

T.C  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**KADINLARIN SAĞLIK OKURYAZARLIK  
DÜZEYİ İLE MEME KANSERİ BİLGİ VE  
TARAMA DAVRANIŞININ İNCELENMESİ**

**DR. CANDAN KENDİR ÇOPURLAR**

**UZMANLIK TEZİ**

**İZMİR 2016**

T.C  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**KADINLARIN SAĞLIK OKURYAZARLIK  
DÜZEYİ İLE MEME KANSERİ BİLGİ VE  
TARAMA DAVRANIŞININ İNCELENMESİ**

**DR. CANDAN KENDİR ÇOPURLAR**

**UZMANLIK TEZİ**

**Tez Danışmanı**

**DOÇ. DR. MEHTAP KARTAL**

**İZMİR 2016**

## İÇİNDEKİLER

<b>TABLO LİSTESİ</b> .....	<b>iv</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>vi</b>
<b>ÖNSÖZ</b> .....	<b>ix</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>1</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>2</b>
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>3</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>4</b>
2.1. Sağlık Okuryazarlığı .....	4
2.1.1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramının Gelişimi ve Kavramsal Modeli .....	4
2.1.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri .....	7
2.1.3. Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Hizmetleriyle İlişkisi.....	9
2.1.4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Sağlık Okuryazarlığının Önemi .....	9
2.2. Meme Kanseri .....	11
2.2.1. Meme Kanserinin Önemi.....	11
2.2.2. Meme Kanseri Risk Faktörleri .....	11
2.2.3. Meme Kanserinin Belirtileri .....	12
2.2.4. Meme Kanseri Taramaları .....	12
2.3. Meme Kanserinin Sağlık Okuryazarlığı ile İlişkisi.....	13
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEMLER</b> .....	<b>14</b>
3.1. Araştırma Modeli .....	14
3.2. Araştırma Örneklemi .....	14
3.3. Araştırmanın Uygulanması.....	15
3.4. Veri Toplama Araçları.....	16
3.4.1. Anket soruları .....	16

3.4.2. REALM Ölçeği .....	16
3.4.3. Yetişkin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği.....	17
3.5. İstatiksel Analizler.....	17
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>19</b>
<b>5. TARTIşMA.....</b>	<b>39</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>44</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>45</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>50</b>
EK 1. Etik Kurul Onay Formu.....	50
EK 2. Halk Sağlığı Müdürlüğü Araştırma İzin Belgesi.....	51
EK 3. Anket Formu.....	52
EK 4. Sağlıkta Yetişkin Okur Yazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi Formu.....	55
EK 5. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ).....	56

## TABLULAR DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b>	Kadınların sosyodemografik Özellikleri.....	19
<b>Tablo 2.</b>	Kadınların REALM ölçeğinden aldıkları puanlar .....	20
<b>Tablo 3.</b>	Kadınların sosyodemografik özellikleri ile REALM puanları arasındaki ilişki .....	21
<b>Tablo 4.</b>	Kadınların sosyodemografik özellikleri ile YSÖ puanları arasındaki ilişki .....	22
<b>Tablo 5.</b>	Kadınların sağlık merkezlerinde verilen bilgi broşürlerini okuma, anlama ve doldurma durumları.....	23
<b>Tablo 6.</b>	Kadınların sağlık merkezlerinde verilen bilgi broşürlerini okuma, anlama ve doldurma durumları ile REALM puan ortalamaları arasındaki ilişki.....	24
<b>Tablo 7.</b>	Kadınların sağlık merkezlerinde verilen bilgi broşürlerini okuma, anlama ve doldurma durumları ile YSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki .....	25
<b>Tablo 8.</b>	Kadınların bilgi sorularına verdikleri yanıtların dağılımı.....	27
<b>Tablo 9.</b>	Kadınların meme kanseri ile ilgili bilgileri öğrendikleri kaynaklar ve kaynak talepleri.....	28
<b>Tablo 10.</b>	Kadınların meme kanseri ile ilgili bilgileri öğrendikleri kaynaklar ve kaynak talepleri ile bilgi puanları arasındaki ilişki .....	29
<b>Tablo 11.</b>	Kadınların meme kanseri ile ilgili bilgileri öğrendikleri kaynaklar ve kaynak talepleri ile REALM puanları arasındaki ilişki .....	30
<b>Tablo 12.</b>	Kadınların meme kanseri ile ilgili bilgileri öğrendikleri kaynaklar ve kaynak talepleri ile YSÖ puanları arasındaki ilişki .....	30
<b>Tablo 13.</b>	Kadınların sosyodemografik özellikleri ile Bilgi puanları arasındaki ilişki .....	32
<b>Tablo 14.</b>	Kadınların bilgi soru ortalamaları ile REALM puanları arasındaki ilişki .....	32
<b>Tablo 15.</b>	Kadınların bilgi puanları ile REALM ve YSÖ puanlarına ait korelasyonlar.....	33

<b>Tablo16.</b> Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM), Klinik Meme Muayenesi (KMM), Meme Ultrasonografisi (USG) ve Mamografi (MMG) yaptırma durumları.....	34
<b>Tablo 17.</b> Kadınların MMG çektirmemeleri önündeki engel sorularına yanıtları .....	35
<b>Tablo 18.</b> Kadınların KKMM yaptırma, KMM, Meme USG ve MMG yaptırma durumları ile REALM puanları arasındaki ilişki .....	36
<b>Tablo 19.</b> Kadınların KKMM yaptırma, KMM, Meme USG ve MMG yaptırma durumları ile YSÖ puanları arasındaki ilişki .....	37
<b>Tablo 20.</b> Kadınların KKMM,KMM, Meme USG ve MMG yaptırma durumları ile bilgi puanları arasındaki ilişki .....	38



## **KISALTMALAR**

SOY	Sağlık Okuryazarlığı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
KKMM	Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	Klinik Meme Muayenesi
USG	Ultrasonografi
MMG	Mamografi
REALM	Rapid Estimate of Adult Literacy Measurement
TOFHLA	Test of Functional Health Literacy Assessment
NVS	Newest Vital Sign
YSÖ	Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
AHLS	Adult Health Literacy Scale

## ÖNSÖZ

Bu tez çalışmasında kadınların Sağlık Okuryazarlık düzeyinin meme kanseri bilgi ve tarama davranışı ile ilişkisi incelenmek istenmiştir.

Öncelikle tez konusunu seçerken isteklerimi göz önünde bulundurarak bana yol gösteren tez danışmanım Doç. Dr. Mehtap Kartal'a teşekkürlerimi sunarım. Tez çalışmamın planlamasında, araştırılmasında, yürütülmesinde ve oluşumunda ilgi ve desteğini esirgemeyen, engin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım hocalarım Prof. Dr. Dilek Güldal, Prof. Dr. Nilgün Özçakar, Prof. Dr. Vildan Mevsim, Doç. Dr. Tolga Günvar, Uzm. Dr. Ediz Yıldırım ve Uzm. Dr. Neslişah Tan'a da teşekkürü borç bilirim. Veri toplama sürecinde her türlü kolaylığı sağlayıp yardımcı olan Karşıyaka 4 Bostanlı 2 nolu ASM hekim ve sağlık çalışanlarına ve Kemalpaşa Armutlu 6 nolu ASM hekim ve sağlık çalışanlarına da teşekkürlerimi sunarım.

Tez süresince yaşadığım zorluklara göğüs germemde bana her zaman destek olan canım arkadaşım Dr. Tuğba Onat'a ve her zaman yanımda olarak bana güç veren eşim Ersel Çopurlar'a da sonsuz teşekkürlerimi sunarım.



## ÖZET

### **KADINLARIN SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİ İLE MEME KANSERİ BİLGİ VE TARAMA DAVRANIŞI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Dr. Candan Kendir Çopurlar, Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir

Tedavi olanakları ilerleyip, toplum farkındalığı arttıkça 50 yaş altında meme kanserine bağlı mortalite hızı gittikçe azalmaktadır ve tarama testleri erken tanıyı mümkün kılmaktadır. Sağlık okuryazarlık düzeyinin, kanser farkındalığı ve tarama davranışı için önemli olduğu bilinmekte olup, bu çalışmada da kadınların sağlık okuryazarlık düzeyinin meme kanseri bilgi ve tarama davranışı ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Bu çalışma kesitsel olarak İzmir ilinde yer alan bir kırsal ASM (Aile Sağlığı Merkezleri) ve bir kentsel ASM'ye kayıtlı 40 yaş üzeri 500 kadında, 2015 yılı Mart- Nisan aylarında gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada, REALM (Rapid Estimation of Adult Literacy Measurement), YSÖ (Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği), sosyodemografik anketi, meme kanseri bilgi ve tarama davranışlarını belirlemeye yönelik bir anket kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan kadınların ortalama yaşı  $49,62 \pm 8,42$  yılıdır. Kadınların %52'si (n=260) kırsal ASM'ye kayıtlı olup, %51,2'si (n=256) ilkokul mezunu, %61,0'i (n=305) ev hanımı ve %74,4'ü (n=372) orta gelir düzeyine sahiptir. REALM ölçeğine göre; kadınların %31,8'i (n=159) sınırlı/yetersiz SOY düzeyine sahiptir ve ortalama YSÖ skoru  $19,55 \pm 2,64$  (min-maks=0-23)'tü. Kadınların REALM ve YSÖ skoru yaş arttıkça ( $p=0,010$ ), eğitim düzeyi düştükçe ( $p<0,001$ ) ve ekonomik durum kötüleştikçe ( $p<0,001$ ) azalmaktaydı. Kadınların ortalama meme kanseri bilgi puanı  $7,47 \pm 3,17$ 'ydi (min-maks=0-15). Kadınların %55,2'si (n=261) hiç mamografi (MMG) yaptırmemişti ve bu kadınlar en az bir kez MMG yaptıranlara göre; daha düşük REALM puanına ( $p<0,001$ ), daha düşük YSÖ puanına ( $p=0,185$ ) ve daha düşük bilgi puanına ( $p=0,004$ ) sahiptir.

Türkiye'de yapılan SOY çalışmaları oldukça sınırlıdır. Kanser tarama başarısının sağlanması için, birinci basamak hekimlerinin hastalarının SOY düzeylerinin farkında olması ve SOY düzeylerine uygun girişimlerde bulunması önemlidir.

## **SUMMARY**

### **RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LITERACY LEVEL AND BREAST CANCER KNOWLEDGE AND SCREENING BEHAVIOR OF WOMEN**

Candan Kendir opurlar, Dokuz Eylul University Family Medicine Department, İzmir

Breast cancer mortality rate under age 50 is decreasing as treatment options improved, awareness of community increased and screenings lead early diagnosis possible. Health literacy seems to be an important for cancer awareness and screening behavior and it's aimed to determine this relationship in Turkish women.

This cross sectional study was conducted in 500 women who are above 40 years and applied to one rural and one urban primary healthcare centers (PHC) in March- April 2015, in İzmir, Turkey. REALM (Rapid Estimation of Adult Literacy Measurement) scale, (Adult Health Literacy Scale), sociodemographic questionnaire, breast cancer knowledge, screening behavior of women were used.

Mean age of women was  $49.62 \pm 8.428$  years. Of the women, 52% (n=260) were registered at rural PHC, 51.2% (n=256) graduated from primary school, 61.0% (n=305) housewives and 74.4% (n=372) had average economic status. According to REALM 31.8% (n=159) had limited/inadequate HL and mean AHLS score was  $19.55 \pm 2.64$  (min-max=0-23). REALM and AHLS score of women was decreasing with increased age (p=0.010), low education (p<0.001) and economical status (p<0.001). Women having a job and applied to urban PHC had higher scores. Mean breast cancer knowledge score of women was  $7.47 \pm 3.17$  (min-max=0-15). Of the women 55.2% (n=261) never had mammography screening. Women who never had mammography screening had lower REALM (p<0.001), AHLS (p=0.185) and breast cancer knowledge score (p=0.004) than women who had at least once.

HL studies in primary care are limited in Turkey. For cancer screening success, physicians have to be aware of their patients HL levels.

## **1. GİRİŞ VE AMAC**

Sağlık okuryazarlığı (SOY), bir bireyin sağlıkla ilgili bir bilgiyi okuyup, anlayıp, buna uygun sağlık davranışı geliştirmesi ve bunu uygulama kapasitesidir<sup>1</sup>.

Bireylerin rahatsızlıklarını doğru ifade edebilmeleri, belirtileri doğru yorumlamaları ve tarama testlerine uyum göstermeleri SOY düzeyleri ile ilişkili olup, temel sağlık davranışlarını oluşturmaktadır. SOY düzeyi düşük olan bireylerin hastane ve acil servis kullanımlarının daha fazla olduğu, gereksiz hastane masraflarının arttığı, hastane yatış sürelerinin daha uzun olduğu görülmüştür. Ayrıca bu bireylerin kronik hastalık yönetimlerinin daha kötü olduğu ve koruyucu sağlık hizmetlerinden daha az faydalandığı da görülmektedir<sup>2</sup>.

Uluslararası Kanser Ajansı (IARC) tarafından yayınlanan Globocan 2012 verilerine göre Türkiye’de kadınlarda en sık görülen kanser türü meme kanseri olup, meme kanseri olan kadınların %42’si 15-49 yaşları arasındayken %58’i 50 yaş ve üstüdür<sup>3</sup>. Meme kanserli hastalarda tüm evrelere göre 5 yıllık sağkalım oranları gelişmemiş ülkelerde %53 iken, gelişmiş ülkelerde bu oran %83’e yükselmektedir. Aradaki fark, gelişmiş ülkelerdeki erken tanıya yardımcı mamografi kullanımının yaygın olması ve yine bu ülkelerde tedavi olanaklarının gelişmemiş ülkelere göre daha iyi olması ile açıklanmaktadır. Erken tanının avantajı; risk gruplarının belirlenmesini sağlaması ve bunlara yönelik özel izlemlere olanak sağlamasıdır<sup>4</sup>. Bireylerin yeterli SOY düzeyine sahip olması erken tanıya yardımcı tarama testlerinin kullanabilmeleri açısından önemlidir ve yetersiz veya sınırlı SOY düzeylerinin yeterli seviyeye yükseltilmesiyle meme kanseri sağkalım oranının belirgin artış göstereceği tahmin edilmektedir<sup>1</sup>.

Ülkemizde kadınlara yönelik meme kanseri, kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi ve mamografi başlığı altında yapılan bilgi, davranış ve uygulamaya yönelik araştırmalar bulunmakta ancak bu araştırmalarda bireylerin meme kanseri bilgisi ve tarama davranışının sağlık okuryazarlık düzeyi ile ilişkisi değerlendirilmemektedir<sup>5-6</sup>.

Bu çalışmayla kırsal ve kentsel alanda yaşayan 40-69 yaş arası kadınların sağlık okuryazarlık düzeyi ile meme kanseri bilgi ve tarama davranışı arasındaki ilişkinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Sağlık Okuryazarlığı**

#### **2.1.1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramının Gelişimi ve Kavramsal Modeli**

Sağlık alanında yaşanan gelişmelerle birlikte bireylere sunulan sağlık hizmetleri artmış, bununla birlikte bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili sorumlulukları, sağlık sistemi içindeki hakları ve görevleri de artmıştır. Gün geçtikçe sayıları artan tanı araçları ile tanı koyma süreci karmaşıklaşmakta ve tıp literatürüne giren yeni bilgilerle insanların sağlıklarıyla ilgili doğru bir şekilde bilgi alması ve bu bilgiyi yorumlaması zorlaşmaktadır. Göçlerle ortaya çıkan anadil farklılıkları, etnik değişimler, yaşlanmayla meydana gelen bilişsel fonksiyon bozuklukları, düşük eğitim seviyesi nedeniyle bilgi eksikliği, düşük sosyoekonomik düzey ve sağlık hizmetlerine ulaşmada güçlük ise bu durumu daha da zorlaştırmaktadır. Tüm bunlara sağlık hizmeti veren ile alan kişi arasındaki iletişim sorunları da eklendiğinde çoğu zaman verilen sağlık bilgisinin yarısından fazlası daha alınırken kaybolmaktadır<sup>7</sup>.

Gelişen sağlık sistemi içinde, koruyucu hekimlik büyük bir önem kazanmış ve geliştirilmesi için çaba harcanmıştır. Bazı ölümcül hastalıkların erken tanısı ve tedavisi mümkün olmakta, birçok kronik hastalığın etkin yönetimi sağlanmakta ve sağlıklı yaşam konusunda halk bilinçlendirilmektedir. 1986 yılı Kasım ayında, Ottawa’da sağlığı geliştirme alanında yapılan ilk uluslararası kongre olan “Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı”nda sağlığın geliştirilmesi için sadece sağlık sektörünün çabasının yetmediği, diğer sektörlerin de buna yardım etmesi gerektiği vurgulanmıştır. Sağlıkla ilgili bilgilerin ulaşılabilir ve anlaşılabilir bir şekilde olmasının ve toplumun da buna uygun davranış geliştirmesinin gerekliliği üzerinde durulmuştur. Bu kararlarla birlikte öne çıkan kavram “Sağlık Okuryazarlığı” (SOY) olmuştur<sup>7</sup>.

İlk kez 1974 yılında Simonds “Sosyal Politika olarak Sağlık Eğitimi” (Health Education as Social Policy) adlı makalesinde okullarda sağlık eğitimini tartışırken, çocukların sağlık alanında okuryazar olmalarının, tarih ve bilim dersleri aldıkları gibi sağlık dersleri de almalarıyla mümkün olabileceğini belirterek bu kavramı kullanmıştır<sup>8</sup>.

Bununla birlikte SOY kavramı bugünkü anlamından uzak bir şekilde bir süre sınırlı bir anlam içerisine hapsolmuştur<sup>9</sup>.

Daha sonraları SOY, 1993 yılında Nutbeam ve Wise'in tanımıyla "Bireyin sağlığı için sağlık bilgisine ulaşması, anlaması ve bu bilgiye uygun davranış geliştirmesi" şeklinde literatürde yerini almıştır. Ardından, 1998 yılında Nutbeam'in Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) adına hazırladığı "Health Promotion Glossary" (Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü) ile tanım genişletilmiş ve "Bir bireyin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve sağlığını geliştirici yönde bu bilgiyi kullanması için motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen sosyal ve bilişsel beceriler" olarak tanımlanmıştır<sup>7</sup>. Bu tanım dilimize T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından çevrilerek Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü'nde Türkçe karşılığıyla yerini almıştır<sup>10</sup>.

Ardından, Amerikan Tıp Derneği 1999 yılında SOY tanımlamasını "Bireyin sağlıkla ilgili mesajları okuyabilmesi, ilaç kutularının üzerini okuyup anlaması, sağlık çalışanları tarafından söylenenleri anlayıp, yapması" şeklinde yapmıştır<sup>11</sup>. Ulusal Akademi Tıp Enstitüsü 2004 yılında yayınlamış olduğu "Karışıklığı Gidermek için Yönerge"de (Prescription to End Confusion) SOY'u şu şekilde açıklamaktadır: "*SOY, bir bireyin sağlıkla ilgili bir bilgiyi edinebilme, okuyup anlayabilme ve buna uygun sağlık davranışı geliştirme yeteneğidir. SOY, bireysel ve sosyal fonksiyonların karışımıdır. Bireylerin SOY düzeyleri eğitim seviyesi, kültür ve dil farklılıklarından etkilenmektedir. Sağlık davranışı oluşurken medyanın, sağlık merkezlerinin ve devletin doğru bir şekilde sağlık bilgisini ulaştırmasında, iletişim ve değerlendirme eşit derecede önemlidir.*"<sup>12</sup>.

1980'li yıllardan itibaren SOY tanımı ile yapılan birçok çalışma olmuş ve 2012 yılında Sorenson ve arkadaşları yapılan tüm tanımlamaları analiz ederek ortak bir tanımlama yapmıştır: "SOY; okuryazarlıkla bağlantılı, insanların sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında karar alma, yaşam kalitelerini yükseltme ve sürdürme için sağlıklarını geliştirme ve hastalıklarını önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlidir"<sup>13</sup>.

İlk tanımlamaların yapıldığı yıllardan 2000'li yıllara kadar birçok kavramsal model ortaya konmaya çalışılmış ancak bunların hiçbir SOY terimini tam anlamıyla kapsamamıştır. Daha sonraları geliştirilmiş modellerden tanım ile en çok örtüşenler incelendiğinde; 2000 yılında Nutbeam'in üç seviyeli olarak geliştirdiği model en önemlilerden biri olarak değerlendirilmektedir.

Bu modele göre;

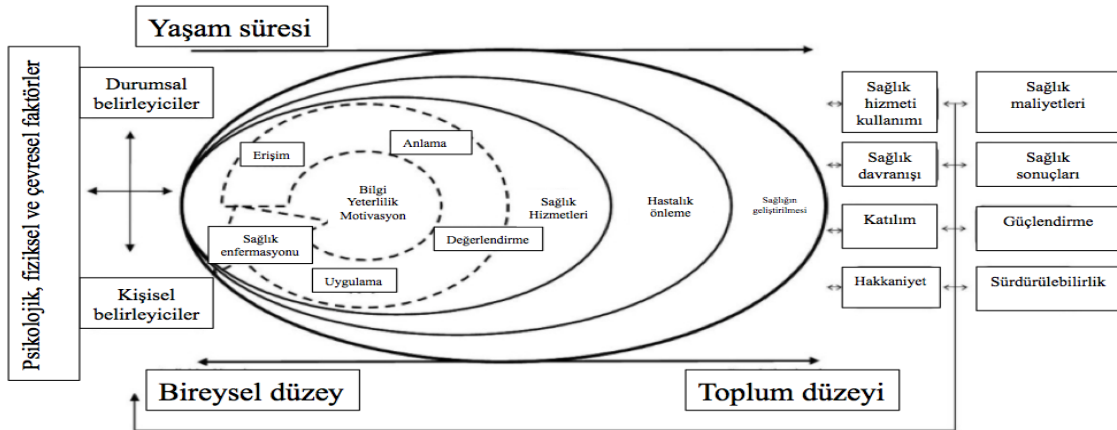
1. Seviye: “fonksiyonel okuryazarlık” olarak adlandırılmış ve bireyin temel okuryazarlık yeteneğini sağlıkla ilgili materyallere uygulayabilmesi,

2. Seviye; “etkileşimli okuryazarlık” olarak adlandırılmış ve ileri bilişsel fonksiyonların geliştirilmesi ve sosyal bir ortamda yönlendirilebilmesi,

3. Seviye ise; “kritik okuryazarlık” olarak adlandırılarak fonksiyonel ve etkileşimli okuryazarlık temelleri üzeri kurulmuş ve bireyin sağlıkla ilgili konularda sosyal hareket katılımını destekleyerek bireysel ve toplumsal gelişimini sağlaması olarak ifade edilmiştir<sup>14</sup>.

“Karışıklığı Gidermek için Yönerge”de de bir model geliştirilmiş ve bu modelde bireyin SOY düzeyinin geliştirilmesini etkileyen faktörler üzerinde durulmuştur. Bu faktörler; eğitim, kültürel etkenler, sosyal faktörler ve sağlık sistemidir<sup>12</sup>.

2012 yılında Sorenson ve arkadaşlarının yaptığı matriks dahilinde oluşturulan kavramsal modelde; merkezde bilgi, yeterlilik ve motivasyon yer almış ve matriksin halkalarını ulaşma-anlama-yorumlama-uygulama, sağlık hizmetleri, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi oluşturmuştur. Yani bu matrikse göre SOY’un dört yönü (sağlık bilgisine ulaşma, ulaşılan bilgiyi anlama, bilgiyi yorumlama, bilgiye uygun davranış geliştirme), üç ayrı sağlık etkinlik alanına (sağlık hizmetleri, hastalıklardan korunma, sağlığın geliştirilmesi) uygulanmaktadır<sup>15</sup>.



## 2.1.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri

1990'lı yıllarda SOY kavramının popülaritesinin artmasıyla birlikte ilk oluşturulan ölçek NAAL (National Assesment of Adult Literacy) olmuştur ve Amerikan sağlık eğitimini yansıtmaktadır. Bu ölçeğin uygulanmasıyla birlikte geribildirimler toplanmış ve bu geribildirimler elde edilen sonuçlar ile yetişkinlerin, sağlık alanındaki yeteneklerinin birbiriyle örtüşmediğini göstermiştir. Bu ölçeğe göre bireyin SOY düzeyi dört seviyede belirlenmektedir: Temel seviyenin altı, temel seviye, orta seviye, yeterli seviyedir<sup>16</sup>.

Daha sonraları ihtiyaç doğrultusunda SOY düzeyini ölçmek için birçok yeni ölçek geliştirilmiştir. Bu gelişmelerle hangi ölçeğin güvenilir olduğu, hangi ölçeği kullanmanın doğru olacağına yönelik de sorunlar ortaya çıkmıştır. Geliştirilen ölçeklerden bazıları şunlardır:

- Yetişkin Temel Öğrenme Sınavı (ABLE-Adult Basic Learning Examination)
- Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlığı Ölçeği (HALS-Health Activities Literacy Scale)
- En Yeni Yaşamsal Bulgu (NVS-Newest Vital Sign)
- Beslenme Okuryazarlığı Ölçeği (NLS-Nutritional Literacy Scale)
- Diş Hekimliğinde Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (REALD-Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry)
- Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (REALM-Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine)
- Revize Edilmiş Tıpta Yetişkin Okuryazarlığı'nın Hızlı Tahmini (REALM-R-Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine- Revised)
- İspanyolca Konuşan Yetişkinler için Sağlık Okuryazarlığı'nın Kısa Değerlendirilmesi (SAHLSA-Short Assessment of Health Literacy for Spanish-speaking Adults)
- Tek Maddelik Okuryazarlık Taraması (SILS-Single Item Literacy Scanner)
- Slosson Sözel Okuma Testi (Slosson Oral Reading Test)
- Yetişkin Temel Eğitiminin Testi (TABE-Test of Adult Basic Education)
- Yetişkin Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA- Test of Functional Health Literacy in Adults)
- Geniş Çeşitlilik Edinim Testi (WRAT-Wide Range Achievement Test)<sup>12</sup>.

Geliştirilmiş olan her ölçeğin değerlendirme yönü farklı olup güçlü ve zayıf yönleri, sınırlılıkları bulunmaktadır. Amerikan Ulusal Akademisi Tıp Enstitüsü, 2004 yılında “Karışıklığı Gidermek için Yönerge”de kavramla ilgili ölçekleri değerlendirmiş ve SOY düzeyi belirlenmesinde kullanılmak üzere dört temel ölçek belirlemiştir<sup>12</sup>.

Bunlar:

- Yetişkin Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA): Bu ölçeğin uygulaması yaklaşık 22-26 dakika sürmekte olup iki ana bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde bireylere bilgi verilip bu bilgilere yönelik sorular sorulurken, ikinci bölümde bireylerin tıbbi konularda verilen paragraflara uygun kelimeleri seçeneklerden seçmesi istenmektedir. TOFHLA ölçeğinin güçlü yönü; bireyin sağlıkla ilişkili metinleri ve bazı sayısal verileri okuyup anlamasını ölçmesidir. Buna karşılık uygulama süresinin uzun olması ve okuma yeteneğine dayanması gibi kısıtlılıkları mevcuttur<sup>17</sup>.

- Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (REALM): Bu ölçekte ise; artan zorluk derecesine göre yazılmış 66 tıbbi kelimenin tanınması ve telaffuzu değerlendirilmektedir. Uygulama süresinin 3-6 dakika olması araştırmalarda zaman tasarrufu açısından avantaj oluşturmaktadır. Ancak; REALM ölçeği anlama ve sayısal beceriyi ölçmemektedir<sup>18</sup>.

- Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlığı Ölçeği (HALS): Bu ölçek ise 5 bölümden oluşmaktadır. Sağlıkın korunması ve geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, sağlık bakımının sürdürülmesi ve gerekli hizmetlere erişim. Bu ölçek düz yazı, sayısal ve belge okuryazarlığını değerlendiren maddeleri içermektedir ve uygulaması yaklaşık 35-40 dakika sürmektedir. SOY düzeyini birçok açıdan değerlendiren bir ölçek olmasına rağmen uygulamasının çok uzun olması pratikte kullanımını zorlaştırmaktadır<sup>19</sup>.

- En Yeni Yaşamsal Bulgu (NVS): Diğer bir ölçek olan NVS ölçeği ise 6 sorudan oluşur ve bireyin bir besin etiketini okuma ve anlamasını ölçer. Bu ölçekte bir dondurma kutusunun arkasında bulunan besin tablosu hastaya verilmektedir ve bu tabloya göre sorulan sorularla kalori, yağ oranı vb hesaplamalar yapması istenmektedir. Hem hesap hem okuma hem de kavrama yönlerini ölçmesi ve REALM gibi 3-6 dakika uygulama süresi ile avantajlıdır. Diğer yandan, iyi ve sınırdaki SOY düzeyini ayırt edememesi kısıtlılığdır<sup>20</sup>.

Geliştirilen bu ölçeklerden REALM ve NVS 2009 yılında Özdemir ve arkadaşları tarafından Türkçeye kazandırılmış ve 456 hastanın SOY düzeyi belirlenerek sosyodemografik özellikleri ile karşılaştırılmıştır. İki testin okuryazarlık değerlendirmeleri



arasında farklılık olduğu ve hastaların REALM testinde NVS'ye göre daha yüksek okuryazarlık düzeyi gösterdiklerini belirlemişlerdir<sup>21</sup>. Bir diğer geçerlilik güvenilirliği yapılan ölçek de 2015 yılında Eyüboğlu ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye kazandırılan TOFHLA ölçeğidir. Önceden belirlenmiş iki diyabet kliniğine başvuran 302 hasta üzerinde yapılan bir çalışmayla ölçek Türkçe'ye uyarlanmış ve bu ölçekte yer alan 36 madde değerlendirilmiştir (Cronbach alpha= 0,97)<sup>22</sup>.

Diğer ülkelerde geliştirilmiş ölçeklerin geçerlilik-güvenirliğinin yapılarak Türkçe'ye uyarlanması dışında Türkçe SOY ölçeği geliştirilmesine dair de bilinen bir çalışma bulunmaktadır. Bu çalışma; Sezer ve arkadaşları tarafından 2014 yılında 18-65 yaş arası 381 bireye uygulanarak geliştirilen 23 maddelik Yetişkin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği geliştirilmesi çalışmasıdır. Bu ölçeğin değerlendirilmesinde; alınan puan arttıkça, bireyin sağlık okuryazarlık düzeyi de artmaktadır<sup>23</sup>.

### **2.1.3. Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Hizmetleriyle İlişkisi**

Sağlık okuryazarlığı, bir bireyin sağlıkla ilgili mesajları doğru alması ve sağlığıyla ilgili doğru kararlar verebilmesi için önemlidir. Sınırlı ve yetersiz SOY düzeyine sahip kişilerin gereksiz yere hastane ve acil servis kullanımlarının yeterli SOY düzeyi olan bireylere göre daha fazla olduğu görülmüştür. Ayrıca bu bireylerin, hastane yatış süreleri daha uzun olmakta, gereksiz yere yaptırılan tetkikler artmakta ve bunlar da hastane masraflarının daha yüksek olmasına neden olmaktadır. Bu nedenler, sağlık sektöründe işgücü kaybına sebep olmakta ve sağlık harcamalarını arttırarak ülke ekonomisine gereksiz ek yükler getirmektedir<sup>24</sup>.

Hastalıklar açısından incelendiğinde de sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan bireylerin yüksek olanlara göre koruyucu sağlık hizmetlerinden daha az faydalandığı, kronik hastalık yönetimlerinin daha kötü olduğu ve morbidite ile mortalite oranlarının da daha yüksek olduğu görülmektedir<sup>25</sup>.

### **2.1.4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Sağlık Okuryazarlığının Önemi**

Birinci basamak hizmetlerinde SOY'un önemini vurgulamak üzere Sağlık Hizmeti Araştırmaları ve Kalite Ajans'ı (Agency for Healthcare Research and Quality) Evrensel

SOY Tedbirlerini Uygulama Rehberi'nin (Guide to Implementing the Health Literacy Universal Precautions Toolkit) ikinci versiyonunu birinci basamak hizmetlerine yönelik olarak hazırlamış ve yayınlamıştır. Bu rehberin içeriği birinci basamağın temel ilkelerine dayanmaktadır. Kılavuz; sağlık okuryazarlığı eğitimi için takım oluşturma, bu takımda rol dağılımlarını yapma, farkındalığı arttırma gibi başlıklarla başlayıp, hastalarla sözel ve yazılı iletişimi arttırma gibi konulara da değinmektedir. Ayrıca içerisinde birinci basamak için anlaşılması kolay rehber hazırlama metotlarına da yer verilmiş ve sağlık eğitimi materyalinin uygun kullanımı ile bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyini arttırmaya yönelik önerilerde de bulunulmuştur. Bu öneriler; tekrarlayan görüşmelerle bireylerin SOY düzeylerinin belirlenmesi ve düşük SOY seviyesine sahip bireylerin düzeylerinin yükseltilmesi, hastaların SOY düzeylerine uygun sağlık bilgisi verilmesi, hastaya sadece medikal değil biyopsikososyal yaklaşılması, sağlık eğitim materyallerinin etkili kullanılmasını içermektedir<sup>26</sup>.

Kılavuzda yer alan bu öneriler; 2002 yılında WONCA Avrupa kurulunun yapmış olduğu Aile hekimliği/ Genel pratisyenlik tanımına göre Aile hekiminin sahip olması gereken çekirdek yeterlilikler olan; birinci basamak yönetimi, kişi merkezli bakım, özgün problem çözme becerileri, kapsamlı yaklaşım, toplum yönelimli olma, bütüncül yaklaşımı ile uyumludur<sup>27</sup>. Birinci basamak hekimi bu çekirdek yeterlilikleri çerçevesinde yaş, cinsiyet, hastalık ayırt etmeksizin hizmet verdiği tüm bireylerin SOY düzeylerinin yükseltilmesinde önemli bir role sahiptir<sup>26</sup>.

Rosenthal ve arkadaşları birinci basamak sağlık merkezinde çalışan 24 aile hekimliği asistanını dahil ettikleri bir çalışmada, doktorların hasta görüşmelerinde okuryazarlık danışmanlığı bilgisini değerlendirmiş, okuryazarlık değerlendirme tutumlarını belirlemiş ve sağlığın korunmasına yönelik danışmanlık hizmeti verme becerileri ile tüm bunların önündeki engelleri değerlendirmiştir. Ardından asistan doktorlara eğitim vermiş ve sonrasında yeniden değerlendirme yapmıştır. Çalışmanın sonucunda eğitim verilen asistanların eğitim öncesine göre; okuryazarlık düzeyi düşük olan bireyleri daha iyi tespit edip, bu hastalara uygun tutum sergileyebildiklerini göstermişlerdir. Buna ek olarak, Rosenthal ve arkadaşları çocuğun okuryazarlık düzeyinin gelişmesinin ailesinin okuryazarlığına bağlı olduğu yorumunu yapmışlardır. Bunu sağlama da en önemli görev Aile Hekimleri'ne düşmektedir. Aile hekimi, ailedeki bireylerin okuryazarlık seviyesini değerlendirmeli, ailenin ve çocuğun sağlık okuryazarlığını geliştirmelidir<sup>28</sup>.

## 2.2.Meme Kanseri

### 2.2.1.Meme Kanserinin Önemi

Kanser, çağımızın en önemli sağlık sorunlarından biri olup, dünyada ve ülkemizde ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Yaş gruplarına göre bakıldığında DSÖ 2013 verilerine göre 35-65 yaş arası kadınların en sık ölüm nedeni kanser olarak belirtilmiştir<sup>29</sup>.

Tüm dünyada kadınlarda, meme kanseri en sık görülen kanser türü olup, kansere bağlı ölümlerin de en sık 2. nedenini oluşturmaktadır. Amerikan Kanser Derneği'nin yayınına göre; yaşam boyunca her 8 kadından birinin meme kanserine yakalandığı bilinmektedir ve bir kadının ölüm nedeninin meme kanseri olma ihtimali %3 olarak görülmektedir. Bunun yanında istatistiklere göre 1989 yılından günümüze meme kanserine bağlı ölümler azalmaktadır, bu azalma en çok 50 yaş ve altı kadınlarda belirgindir<sup>30</sup>. Azalmanın nedeni olarak tarama testleri ile kanserin erken tanısının mümkün olması, toplumsal farkındalığın artmış olması ve gelişmiş tedavi olanakları gösterilmektedir<sup>31</sup>.

### 2.2.2. Meme Kanseri Risk Faktörleri

Meme kanseri için bilinen en önemli risk faktörleri; kadın cinsiyete sahip olmak ve ileri yaşta olmaktır. Diğer bilinen risk faktörleri şunlardır:

- İlk doğum yaşının geç (30 yaşından sonra) olması
- İlk adet yaşının erken olması
- Doğum kontrol haplarının uzun süre kullanılması
- Menopoz sonrası uzun süre hormon replasman tedavisi alınması
- Uzun boylu olmak
- Menopoz öncesi aşırı zayıf, menopoz sonrası aşırı kilolu olunması
- Aşırı alkol (günde 1 bardaktan fazla) tüketilmesi
- Ailede meme kanseri öyküsü olması<sup>3</sup>.

Ek olarak, beslenme ve vitamin alımı, çevresel kimyasallar, sigara içilmesi ve gece işinde çalışıyor olmanın da meme kanseri ile ilişkisi olduğu düşünülmekle birlikte kesin kanıtlara henüz ulaşılamamıştır. Bunların yanında, meme kanserine neden olan faktörler

konusunda yanlış bilgiler de mevcuttur ve bunların en sık bilinenleri de; deodorant kullanımı, sutyen kullanımı, düşük yapma ve meme implantı yaptırmaktır<sup>31</sup>.

### **2.2.3. Meme Kanserin Belirtileri**

Günümüzde meme kanseri tarama yöntemlerinin kullanımı ile meme kanseri erken dönemde yakalanmaya başlanmış ve belirtileri azalma göstermiştir. Belirtiler arasında en sık olanı, memede ele gelen kitledir. Kitlenin ağrısız, sert ve düzensiz sınırlı olması kanseröz olmasına yatkınlık oluştursa da yumuşak, düzenli sınırlı kitleler de bu özelliği gösterebilmektedir. Bu yüzden ele gelen kitle bulgularının hepsi dikkatlice değerlendirilmelidir. Görülebilecek diğer belirtiler şunlardır:

- Memenin bir kısmında veya tamamında şişlik
- Meme başında çekilme
- Meme derisinde anormal görünüm
- Meme derisinin sertleşmesi ve meme derisinde kızarıklık olması
- Memede akıntı olması
- Memede veya meme ucunda ağrı olması<sup>31</sup>.

### **2.2.4. Meme Kanseri Taramaları**

Meme kanserinin erken tanısının, hastalığın ilerleyişinde ve bireyin sağkalımında önemli olduğu bilinmektedir. Yapılan çalışmalara göre meme kanseri taramalarında etkili olduğu bilinen yöntemler kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM), meme ultrasonografisi (USG) ve mamografi (MMG)'dir<sup>32,33</sup>.

Günümüzde önerilen meme kanseri tarama yöntemleri birçok ülkede çeşitli programlar dahilinde kadınlara ulaştırılmaktadır. Ülkemizde de bu hizmet Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) tarafından sağlanmaktadır<sup>32,33</sup>.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı her kadına 20 yaşından sonra kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi ve 40 yaş üzeri kadınlara 2 yılda bir kez mamografi önermektedir<sup>3</sup>.

Ulusal kanser tarama protokolüne göre;

- 20-40 yaş: Her ay kendi kendine meme muayenesi, 2 yılda bir kez klinik meme muayenesi,
- 40-69 yaş: Ayda bir kez kendi kendine meme muayenesi, yılda bir kez klinik meme muayenesi, 2 yılda bir kez mamografi çektilmesi önerilmektedir<sup>3,34</sup>.

### 2.3. Meme Kanserinin Sağlık Okuryazarlığı ile İlişkisi

Yapılan çalışmalarda eğitim düzeyine bakılmaksızın bireyler sağlık sistemi içinde yol almayı zor bulmaktadır. Sağlık bilgisi ile bireye ve aileye yönelik sağlık bakım mesajları içeren bilgi kaynakları da anlaşılması zor olarak değerlendirilmektedir. Bu durum düşük sağlık okuryazarlık düzeyi ile birleşince daha da zor bir hal almaktadır. Bireylerin bilgi düzeylerinin yanı sıra, inançlarının ve tarama davranışlarının da SOY düzeyiyle ilişkili olduğu bilinmektedir. SOY düzeyi yüksek olan bireylerin SOY düzeyi düşük olan bireylere göre tarama davranışında bulunmaya daha yatkın olduğu görülmüştür<sup>35</sup>.

Meme kanseri tarama davranışlarıyla SOY ilişkisi özel olarak incelendiğinde; SOY düzeyi düşük olan bireylerin kendi kendine meme muayene yapma oranının, SOY düzeyi yüksek olan bireylere göre daha düşük olduğu ve bireylerin MMG çektilmemeleri ile ilişkili faktörlerden birinin de SOY düzeyi düşüklüğü olduğu belirtilmiştir. Bunun alt bileşenlerinde de; bireyin bilgi eksikliği ve sağlığıyla ilgili bir problemi anlayamaması üzerinde durulmuştur<sup>37-40</sup>.

Meme kanserli kadınlarda tüm evrelere göre 5 yıllık sağkalım oranları incelendiğinde, gelişmiş ülkelerde sağkalım %83 iken, gelişmekte olan ülkelerde %53 olarak bildirilmektedir<sup>31</sup>. Gelişmiş ülkelerde tarama mamografisi sayesinde erken tanı ve tedavi olanakları ile bu fark ortaya çıkmaktadır. Bireyler erken tanı aldıklarında risk grup belirlemesi yapılarak, risk grubuna uygun izlem yapılması mümkün olmaktadır<sup>4</sup>. Bireylerin SOY düzeyi tespiti yapıldıktan sonra buna uygun materyal geliştirilerek meme kanseri SOY düzeyi yükseltilebilir. SOY düzeyinin yükseltilmesiyle, bireylerin tarama davranışı geliştirilerek, bireylerin erken tanı almalarına bağlı olarak sağkalımlarına ek katkı sağlanabilir<sup>37</sup>.

### **3. GEREK VE YÖNTEMLER**

#### **3.1.Araştırma Modeli**

Bu araştırma kesitsel tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışma; rastgele seçilen kentsel alandan bir, kırsal alandan bir olmak üzere iki Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'nde herhangi bir nedenle bulunan 40 yaş ve üstü kadınlar ile 1 Mart 2015-30 Nisan 2015 tarihleri arasında yapılmıştır.

Çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 12.02.2015 tarih ve 1924-GOA protokol numaralı 2015/04-23 karar numarasıyla etik kurul onayı almıştır (EK 1). Çalışmanın birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılabilmesi için T.C. İzmir Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne başvurulmuş ve 20.03.2015 tarihli 55396543/604.02 sayılı yazı ile izin alınmıştır (Ek 2). Bunun yanında, seçilen her iki ASM'nin görevli hekimlerinin bilgisi dahilinde, sorumlu hekimlerinden de birimin işleyişini bozmadan veri toplanmasına gönüllü olduklarına dair yazılı izinler alınmıştır.

Çalışmada kullanılan ölçeklerden REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy Measurement) ölçeği için geçerlilik güvenirlik çalışmasını yaparak Türkçe'ye uyarlayan Özdemir ve arkadaşlarından, Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği için ölçeği geliştiren Sezer ve arkadaşlarından elektronik posta ile gerekli izinler alınmıştır.

#### **3.2.Araştırma Örnekleme**

Araştırmanın evreni İzmir Karşıyaka 4 Bostanlı 2 No'lu ASM ve İzmir Kemalpaşa Armutlu 6 No'lu ASM'lerine kayıtlı 40-69 yaş arası toplam 1440 kadın olarak belirlenmiştir.

Araştırmada 40-69 yaş arası kadınları temsil etmek üzere "Hedef kitledeki birey sayısının bilindiği;  $n = N \frac{t^2 pq}{d^2 (N-1) + t^2 pq}$  formülü ile örneklem hesaplanmıştır.

Formüldeki;

N: Hedef kitledeki birey sayısı

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı) %50

q: İncelenen olayın görülmemiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı) %50

t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer: 1.96

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örnekleme hatasını %4 ifade etmektedir.

Örnekleme büyüklüğü, kullanılan formülle en az 424 kadın olarak hesaplanmıştır. Belirlenen toplam kadın sayısı, her iki ilçedeki 40 yaş ve üstü kadın sayısına göre orantılı olarak dağıtılmıştır. Çalışma katılmayı kabul eden Kemalpaşa Armutlu 6 No'lu ASM'den 260 Karşıyaka 4 Bostanlı 2 No'lu ASM'den 240 olmak üzere toplam 500 kadın ile tamamlanmıştır.

### 3.3. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmaya katılan kadınlara, araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik özellikleri, meme kanseri bilgi ve tarama davranışına yönelik tutum sorularını içeren anket, Yetişkin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ve REALM ölçeği yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulanmıştır.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı Ulusal Kanser Tarama Protokolüne göre, 20 yaşından itibaren her kadının KKMM, KMM ile tarama programına girmesi, 40-69 yaş arası kadınların da bunlara ek olarak MMG taraması yapılması önerilmektedir<sup>3,34</sup>. Çalışmada yer alan kadınların tamamına mamografi uygulanabilirliği uygun olması için; katılımcıların çalışmaya dahil etme kriterleri, 40 yaş ve üstü ve 69 yaş ve altı kadın olmak, okuryazar olmak ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmak şeklinde belirlenmiştir. Katılımcılara anket ve ölçek uygulanacağı belirtilerek tıbbi girişimde bulunulmayacağı açıklanmış ve istedikleri zaman çalışmadan çıkabilecekleri belirtilmiştir.

Anket soruları bireye sessiz bir ortamda, araştırmacı tarafından okunarak uygulandı. Kadınların vermiş oldukları cevaplara göre uygun seçenekler işaretlendi. Bilgi sorularına verilen yanıtlarda, doğru yanıt veren kadınlara 1 puan verilirken, yanlış yanıtlayan veya bilmiyorum seçeneğini tercih edenlere 0 puan verilerek bilgi soruları puanı hesaplandı. Bu

hesaplamaya göre en düşük değer 0, en yüksek değer 15 olarak belirlendi ve bireyin bu aralıktaki puanı hesaplandı. Meme kanseri bilgilerini öğrendikleri kaynaklara yönelik sorularda, kadınların en çok tercih ettikleri ilk seçenek olarak işaretlenirken, ikinci ve üçüncü tercihleri de diğer seçenekler olarak not edildi.

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

#### **3.4.1. Anket soruları**

- Sosyodemografik özellikleri; yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, sosyoekonomik düzey,
- Meme sağlığına ilişkin bilgiler kapsamında meme kanseri ile; memede anormal görüntü, yeni başlayan akıntı, memede buruşukluk, erkek cinsiyet, adet yaşı, menopoz yaşı, emzirme, doğum kontrol hapı ilişkisi ve tek memede meme kanseri olması ile diğer memede meme kanseri olması arasındaki ilişki,
- Meme tarama davranışları; kendi kendine meme muayenesi yapma, klinik meme muayenesi yaptırma, meme ultrasonu yaptırma, mamografi çekirme durumları sorulmuştur. Ankette ayrıca bireye mamografi çekirmeme sebepleri ile sağlık bilgi kaynaklarını belirlemeye yönelik sorular da yöneltmiştir.

#### **3.4.2. REALM Ölçeği**

REALM ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 456 hasta üzerinde Özdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır<sup>21</sup>. REALM ölçeği uygulanırken kadınlara üzerinde herhangi bir işaretin olmadığı ölçek kağıdı verilerek sesli bir şekilde terimleri okuması istenmiştir. Bu ölçekte hasta yazılı 66 adet tıbbi terimi sırasıyla okurken, bildiği kelimeleri yüksek sesle söylemesi istenerek, bilmediği kelimeleri atlaması beklenir. Hasta kelimeleri söylerken araştırmacı, hastanın bilemediği veya atladığı kelimeleri işaretleyerek eş zamanlı olarak puanlamayı yapar.

Yapılan uygulama sonunda,

- 0-18 arası puan alanlar: 3. sınıf ve altı düzeyinde (Basit seviyedeki eğitim malzemesini bile okuyamaz, tekrar anlatmak gerekir. Görsel ve işitsel malzemeler kullanılmalıdır.),



- 19-44 arası puan alanlar: 4-6. sınıf düzeyinde (Basit seviyedeki eğitim malzemeleri kullanılmalıdır, ilaç kullanma talimatlarını okuyamayabilir.),
- 45-60 arası puan alanlar: 7-8. sınıf düzeyinde (Çoğu eğitim malzemesi ile başedebilir. Basit eğitim malzemesi vererek küstürülmemelidir.),
- 61-66 arası puan alanlar: Lise düzeyinde (Çoğu eğitim malzemesini okuyabilir.) olarak değerlendirilir.

### **3.4.3.Yetişkin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği**

Türkçe bir sağlık okuryazarlık ölçeği ihtiyacı ile “Yetişkin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği” Sezer ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek öncelikle 30 kişilik pilot bir gruba ardından 18-65 yaş arası 381 bireye uygulanarak geliştirilmiştir. Uygulama sonrası ölçeğin Cronbach alpha katsayısı ,77, test tekrar güvenirlik katsayısı ,87 olarak bulunmuştur. Genel kapsam geçerliliği indeksi ise %90,71’dir. Ölçek toplamda 23 maddeden oluşmaktadır. Bu maddelerin 22’si sağlık bilgisi ve ilaç kullanımına dair sorulardır ve biri de vücudumuzdaki organlardan beşinin yerini sorgulayan bilgi sorusudur. Ölçek sorularından 13’ü evet/hayır soruları, dördü boşluk doldurma, dördü çoktan seçmeli, ikisi de eşleştirme sorusudur<sup>23</sup>.

Evet/hayır sorularında evet işaretleyenler bir, hayır işaretleyenler sıfır puan alırken, boşluk doldurma sorularında doğru yanıt bir, yanlış yanıt sıfır puan verilir. Çoktan seçmeli sorularda ve eşleştirme sorularında iki ve daha fazla doğru yanıt verenler bir puan alırken, ikiden az doğru yanıt olanlar sıfır puan alır. Ölçekten alınan puan arttıkça, bireyin sağlık okuryazarlık düzeyi artmakta olarak değerlendirmesi yapılır.

### **3.5.İstatiksel Analizler**

Çalışmada Yetişkin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ve REALM ölçeği ile belirlenen kadınların SOY düzeyleri bağımlı değişken, SOY düzeyleri ile ilişkili olabileceği düşünülen sosyodemografik özellikleri, meme kanseri bilgi düzeyi ve tarama davranışları bağımsız değişkenler olarak belirlenmiştir.

İstatistiksel analizler, SPSS 15.0 paket programı kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma; kategorik değişkenler için sıklık ve yüzde dağılımları

verildi. Bağımlı değişkenlerin bağımsız değişkenler ile karşılaştırılmasında ki-kare testi, iki grubun ortalamaları karşılaştırılmasında t-testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında ANOVA testi ve Post- Hoc Bonferroni testi, iki sayısal değişken arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için korelasyon analizi uygulandı ve p değeri <0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.



#### 4. BULGULAR

Çalışmaya, İzmir ilinde toplam biri il merkezinde (kent) diğeri il merkezi dışında (kır) iki ASM’de herhangi bir nedenle bulunan yaşları 40-69 arasında değişen toplam 500 kadın katıldı. Kadınların ortalama yaşı  $49,62 \pm 8,428$  olup her iki ASM için yaş grupları benzerdi ( $p=0,290$ ). Kadınların %35,4’ü ( $n=177$ ) 40-44 yaş grubuna dahil olup çoğunluğu oluşturmaktaydı. Kadınların %51,2’si ( $n=256$ ) ilköğretim mezunu olup, %25,6’sı ( $n=128$ ) üniversite mezunuydu. Ekonomik durumları sorulduğunda ise; %74,4’ü ( $n=372$ ) ekonomik durumlarını orta, %19,8’i ( $n=99$ ) düşük olarak ifade etti. Kadınların %61,0’i ( $n=305$ ) ev hanımıydı. Kadınların %52,0’si ( $n=260$ ) kır ASM’ye kayıtlıydı (Tablo 1).

**Tablo 1.** Kadınların sosyodemografik Özellikleri

		Toplam	
		Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Yaş grupları</b>			
	40-44	177	35,4
	45-49	118	23,6
	50-54	66	13,2
	55-59	52	10,4
	≥60	87	17,4
<b>En son bitirdiğiniz okul</b>			
	İlköğretim	256	51,2
	Lise	116	23,2
	Üniversitesi	128	25,6
<b>Ekonomik durumunuz</b>			
	Düşük	99	19,8
	Orta	372	74,4
	Yüksek	29	5,8
<b>Çalışma durumunuz</b>			
	Ev hanımı	305	61,0
	Çalışıyor	119	23,8
	Emekli	76	15,2
<b>ASM</b>			
	Kır ASM	260	52,0
	Kent ASM	240	48,0

SOY ölçeklerinden biri olan REALM ölçeğinde; kadınların ortalama puanı  $61,59 \pm 4,97$ 'ydi. Kadınların %68,2'si (n=341) yeterli SOY düzeyine sahip olup, %31,0'ı (n=155) sınırlı SOY düzeyine, %0,8'i de (n=4) yetersiz SOY düzeyine sahipti (Tablo 2).

**Tablo 2:** Kadınların REALM ölçeğinden aldıkları puanlar

REALM puanı	Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde (%)
61-65 (Yeterli)	341	68,2
45-60 (Sınırlı)	155	31,0
19-44 (Yetersiz)	4	0,8

Kadınların sosyodemografik özellikleri ile REALM puanları arasındaki ilişki Tablo 3'te ayrıntılı verildi. Buna göre, kadınların yaşı ilerledikçe REALM puanları azalmaktaydı ( $p=0,010$ ). Buna ek olarak, eğitim düzeyleri düştükçe ( $p<0,001$ ), ekonomik durumları kötüleştikçe ( $p<0,001$ ) de REALM puanları azalmaktaydı. En son bitirilen okulun ilköğretim olması eğitim düzeyi grupları arasında anlamlı farkı yaratırken, ekonomik durumu düşük olmak da ekonomik durum grupları arasında anlamlı farkı yaratmaktaydı. Çalışan kadınların REALM puanları  $63,86 \pm 3,78$  olup ev hanımı olanların ( $60,26 \pm 5,32$ ) ve emeklilerin ( $63,32 \pm 3,02$ ) REALM puanlarına göre daha yüksekti ve bu değişken için anlamlı fark yaratan grup ev hanımı olan kadınlardı. Kent ASM'deki kadınların REALM puanları  $64,44 \pm 1,88$  olup kırsal ASM'deki kadınların REALM puanlarına göre ( $58,96 \pm 5,48$ ) daha yüksek bulundu ( $p<0,001$ ).

**Tablo 3.** Kadınların sosyodemografik özellikleri ile REALM puanları arasındaki ilişki

	REALM puanları			p değeri
	Sayı (n)	Ortalama	Std. sapma	
<b>Yaş grupları</b>				
40-44	177	62,04	4,93	0,010
45-49	118	61,97	4,41	
50-54	66	62,41	3,94	
55-59	52	60,29	5,62	
≥60	87	60,32	5,76	
<b>En son bitirdiğiniz okul</b>				
İlköğretim	256	58,93	5,44	<0,001
Lise	116	63,74	2,38	
Üniversite	128	64,96	1,63	
<b>Ekonomik durumunuz</b>				
Düşük	99	57,67	6,44	<0,001
Orta	372	62,46	4,09	
Yüksek	29	63,86	2,10	
<b>Çalışma durumunuz</b>				
Ev hanımı	305	60,28	5,32	<0,001
Çalışıyor	119	63,86	3,78	
Emekli	76	63,32	3,02	
<b>ASM</b>				
Kır ASM	260	58,96	5,48	<0,001
Kent ASM	240	64,44	1,88	

Kadınların YSÖ ölçeklerinden aldıkları ortalama puan  $19,55 \pm 2,64$ 'tü. Kadınların yaşı ilerledikçe ( $p < 0,001$ ), eğitim düzeyleri düştükçe ( $p < 0,001$ ) ekonomik durumları kötüleştikçe ( $p < 0,001$ ) YSÖ puanları da düşmekteydi. Üniversite mezunlarının YSÖ puanları  $20,57 \pm 2,64$  olup, ilköğretim mezunlarına göre ( $19,00 \pm 2,63$ ) ve lise mezunlarına göre ( $19,65 \pm 2,31$ ) daha yüksekti ( $p < 0,001$ ). Bu grupta anlamlı farkı yaratan üniversite mezunu olma idi. Ayrıca çalışan kadınların YSÖ puanları  $20,90 \pm 2,51$  olup, ev hanımı ( $19,09 \pm 2,58$ ) ve emekli ( $19,27 \pm 2,35$ ) kadınlara göre daha yüksekti ( $p < 0,001$ ). Bu değişken için anlamlı farkı yaratan çalışan kadınlardı. Kent ASM'ye kayıtlı kadınların YSÖ puanları da  $19,86 \pm 2,59$  olup, kır ASM'ye kayıtlı kadınlara göre ( $19,26 \pm 2,65$ ) daha yüksek bulundu ( $p = 0,011$ ) (Tablo 4).

**Tablo 4.** Kadınların sosyodemografik özellikleri ile YSÖ puanları arasındaki ilişki

	YSÖ puanları			P değeri
	Sayı (n)	Ortalama	Std. sapma	
<b>Yaş grupları</b>				
40-44	177	20,01	2,78	<0,001
45-49	118	19,57	2,56	
50-54	66	19,81	2,66	
55-59	52	19,61	1,93	
≥60	87	18,35	2,50	
<b>En son bitirdiğiniz okul</b>				
İlköğretim	256	19,00	2,63	<0,001
Lise	116	19,65	2,31	
Üniversite	128	20,57	2,64	
<b>Ekonomik durumunuz</b>				
Düşük	99	18,42	2,50	<0,001
Orta	372	19,73	2,53	
Yüksek	29	21,17	3,14	
<b>Çalışma durumunuz</b>				
Ev hanımı	305	19,09	2,58	<0,001
Çalışıyor	119	20,90	2,51	
Emekli	76	19,27	2,35	
<b>ASM</b>				
Kır ASM	260	19,26	2,65	0,011
Kent ASM	240	19,86	2,59	

Tablo 5’te kadınların sağlık merkezlerinde kendilerine verilen bilgi broşürlerini okuma, anlama ve kendisinden istenen sağlık formlarını doldurma durumları gösterilmektedir. Kadınların toplamda %83’ü (n=415) sağlık kuruluşlarında kendisine verilen kağıtları kendisi okumakta olup, büyük çoğunluğu oluşturmaktaydı. Kadınların %13,6’sı (n=68) refakatçisine okutmayı seçerken, %3,4’ü (n=17) de sağlık personeline okutmayı tercih etmekteydi. Kadınların %62,4’ü (n=321) sağlık kuruluşlarında kendisine verilen kağıtları çoğunlukla anlarken, %31,6’sı (n=158) ara sıra anladığını, %6,0’sı (n=30) hiç anlamadığını belirtti. Kadınlara kendilerine verilen broşürleri okuma durumu ile ilgili soru sorulduğunda, %82,4’ü (n=412) okuduğunu, %15,8’i (n=79) başkasına okuttuğunu, %1,8’i (n=9) de okumadan çöpe attığını belirtti.

**Tablo 5.**Kadınların sağlık merkezlerinde verilen bilgi broşürlerini okuma, anlama ve doldurma durumları

	Toplam	
	Sayı(n)	Yüzde(%)
<b>Sağlık kuruluşlarında bana verilen kağıtları</b>		
Her zaman kendim okur ve doldururum	415	83,0
Refakatçime okutur ve doldururum	68	13,6
Sağlık personeline okutur ve doldururum	17	3,4
<b>Sağlık kuruluşlarında bana verilen kağıtlarda yazılanları</b>		
Çoğunlukla anlarım	312	62,4
Ara sıra anlarım	158	31,6
Hiç anlamam	30	6,0
<b>Sağlık kuruluşlarında bana verilen</b>		
Okurum	412	82,4
Başkasına okuturum	79	15,8
Okumadan çöpe atarım	9	1,8

Tablo 6 ve 7’de kadınların sağlık merkezlerinde kendilerine verilen kağıtları ve bilgi broşürlerini okuma, anlama ve okutma durumları ile REALM ve YSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki gösterilmektedir. Tablo 6’ya göre; sağlık kuruluşlarında kendisine verilen kağıtları kendi okuyanların REALM puan ortalamaları  $62,39 \pm 4,14$  olup, sağlık personeline okutanların  $63,12 \pm 3,19$  ve refakatçisine okutanların  $56,34 \pm 6,59$  olarak bulundu. Kendi okuyanların veya sağlık personeline okutan kadınların REALM puan ortalamaları refakatçisine okutanlara göre daha yüksek bulundu ( $p < 0,001$ ). Sağlık kuruluşlarında verilen kağıtları her zaman anlayanların REALM puan ortalamaları  $62,75 \pm 3,75$  olup, ara sıra anlayanların REALM puan ortalamalarına ( $60,33 \pm 5,47$ ) ve hiç anlamayanların REALM puan ortalamalarına ( $56,20 \pm 7,76$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ( $p < 0,001$ ). Sağlık kuruluşlarında kendisine verilen broşürleri okumadan çöpe atan kadınların REALM puan ortalamaları  $65,22 \pm 0,97$  olup, kendisi okuyan kadınların REALM puan ortalamalarına ( $62,38 \pm 4,13$ ) göre daha yüksek bulundu. Başkasına okutan kadınların REALM puan ortalaması ise  $57,08 \pm 6,56$  ile en düşük düzeyde bulundu ( $p < 0,001$ ).

**Tablo 6.** Kadınların sağlık merkezlerinde verilen bilgi broşürlerini okuma, anlama ve doldurma durumları ile REALM puan ortalamaları arasındaki ilişki

	REALM puanı			p değeri
	Sayı (n)	Ortalama	Std. Sapma	
<b>Sağlık kuruluşlarında bana verilen kağıtları</b>				<0,001
Her zaman kendim okur ve doldururum	415	62,39	4,14	
Refakatçime okutur ve doldururum	68	56,34	6,59	
Sağlık personeline okutur ve doldururum	17	63,12	3,19	
<b>Sağlık kuruluşlarında bana verilen kağıtlarda yazılanları</b>				<0,001
Çoğunlukla anlarım	312	62,75	3,75	
Ara sıra anlarım	158	60,33	5,47	
Hiç anlamam	30	56,20	7,76	
<b>Sağlık kuruluşlarında bana verilen kağıtları ve broşürleri</b>				<0,001
Okurum	412	62,38	4,13	
Başkasına okuturum	79	57,08	6,56	
Okumadan çöpe atarım	9	65,22	0,97	

Tablo 7'ye göre; sağlık kuruluşlarında kendisine verilen kağıtları her zaman kendi okuyanların YSÖ puan ortalamaları  $19,75 \pm 2,53$  olup, sağlık personeline okutanların ortalaması  $19,70 \pm 2,05$  ve refakatçisine okutanların ortalamaları  $18,30 \pm 3,06$  bulundu. Buna göre; her zaman kendi okuyanların veya sağlık personeline okutanların YSÖ puanları, refakatçisine okutanlara göre yüksek bulundu ( $p < 0,001$ ). Bu kağıtları her zaman anlayanların YSÖ puan ortalaması  $20,21 \pm 2,52$  olup, ara sıra anlayanların ve hiç anlamayanların YSÖ puan ortalamalarına (sırasıyla  $18,64 \pm 2,48$ ,  $17,46 \pm 2,20$ ) göre daha yüksekti ( $p < 0,001$ ). Sağlık kuruluşlarında kendisine verilen broşürleri okumadan çöpe atanların YSÖ puan ortalamaları  $19,88 \pm 2,64$  olup, kendisi okuyanların YSÖ puan ortalamalarına ( $19,77 \pm 2,53$ ) ve başkasına okutanların ortalamasına ( $18,39 \pm 2,97$ ) göre daha yüksekti ( $p < 0,001$ ).



**Tablo 7.** Kadınların sağlık merkezlerinde verilen bilgi broşürlerini okuma, anlama ve doldurma durumları ile YSÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki

	YSÖ puanı			P değeri
	Sayı (n)	Ortalama	Std. Sapma	
<b>Sağlık kuruluşlarında bana verilen kağıtları</b>				<0,001
Her zaman kendim okur ve doldururum	415	19,75	2,53	
Refakatçime okutur ve doldururum	68	18,30	3,06	
Sağlık personeline okutur ve doldururum	17	19,70	2,05	
<b>Sağlık kuruluşlarında bana verilen kağıtlarda yazılanları</b>				<0,001
Çoğunlukla anlarım	312	20,21	2,52	
Ara sıra anlarım	158	18,64	2,48	
Hiç anlamam	30	17,46	2,20	
<b>Sağlık kuruluşlarında bana verilen kağıtları ve broşürleri</b>				<0,001
Okurum	412	19,77*	2,53	
Başkasına okuturum	79	18,39*	2,97	
Okumadan çöpe atarım	9	19,88	2,64	

Kadınlara meme kanseri ile ilgili bilgi soruları sorulduğunda; 15 puan üzerinden kadınların ortalama bilgi puanı  $7,47 \pm 3,17$ 'di.

Kadınların bilgi sorularına verdikleri yanıtlar Tablo 8'de gösterildi. Buna göre; kadınların %75,0'i (n=195) meme kanseri prevalansı ile ilgili önermeye yanlış yanıt vermiştir. Memede yeni başlayan akıntının meme kanseri ile ilişkili olabileceği önermesine kadınların %51,5'i (n=134) doğru yanıt vermiş olup, %36,5'i (n=95) bilmiyorum yanıtı vermiştir. Meme başı asimetrisi ile kanser ilişkisi önermesine kadınların %41,9'u (n=109) bilmiyorum yanıtı vermiş olup, %40,8'i (n=106) doğru yanıt vermiştir. Memede portakal görüntüsü ile meme kanseri ilişkisini sorgulayan önermeye kadınların %45,8'i (n=119) doğru yanıt verirken, %15,4'ü (n=40) yanlış yanıt vermiştir. Meme kanseri ile yaş ilişkisi önermesine ise; %66,9'u (n=174) doğru yanıt verirken, %17,3'ü (n=45) yanlış yanıt vermiştir. Meme kanserinin erkeklerde de görülebileceği önermesine kadınların %41,5'i (n=108) doğru yanıt vermiş olup, %37,3'ü (n=97) yanlış yanıt vermiştir. Kadınlara doğum yapma ile meme kanseri ilişkisine dair önerme sunulduğunda, kadınların %60,4'ü (n=157) doğru yanıt vermiştir. İlk adet görme yaşı ile meme kanseri sorulduğunda ise; %55,4'ü (n=144) bilmiyorum yanıtı vermiş olup, yalnızca %28'i (n=73) doğru yanıt vermiştir. Menopoza girme yaşı ile meme kanseri ilişkisi sorgulandığında, kadınların %51,9'u (n=135) bilmiyorum yanıtı vermiş olup, %27,3'ü (n=71) ise; yanlış yanıt vermiştir. Aile

öyküsü ile ilgili önermeye kadınların %65'i (n=169) doğru yanıt vermiş olup, diyabet ile meme kanseri ilişkisini sorgulayan önermeye yalnızca %43,8'i (n= 114) doğru yanıt verebilmiştir. Alkol kullanımı ile meme kanseri ilişkisi önermesine kadınların %68,5'i (n=178) doğru yanıt verirken, yalnızca %7,3'ü (n=19) yanlış yanıt vermiştir. Kadınlara emzirme ile meme kanseri ilişkisine dair önerme sunulduğunda, %80,4'ü (n=209) doğru yanıt vermiş olup, doğum kontrol hapi kullanımı ilişkisi sorulduğunda yalnızca %31,9'u (n=83) doğru yanıt verebilmiştir. Son olarak kadınlara bir memede meme kanseri olmasının diğer memede görülme ihtimalini arttırmasına yönelik verilen önermeye kadınların %43,1'i (n=112) doğru yanıtlarken, %19,6'sı (n=51) yanlış yanıt vermiştir.



**Tablo 8.** Kadınların bilgi sorularına verdikleri yanıtların dağılımı

	Toplam					
	Doğru yanıt		Yanlış yanıt		Bilmiyor	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Dünyada her 4 kadından biri meme kanseridir.	17	6,5	195	75,0	48	18,5
Meme başında yeni başlayan akıntı meme kanseri belirtisi olabilir.	134	51,5	31	11,9	95	36,5
Meme başlarında asimetri meme kanseri belirtisi olabilir.	106	40,8	45	17,3	109	41,9
Meme derisinde portakal görüntüsü meme kanseri belirtisi olabilir.	119	45,8	40	15,4	101	38,8
Meme kanseri yalnızca 40 yaşından büyük kadınlarda görülür.	174	66,9	45	17,3	41	15,8
Meme kanseri erkeklerde de görülebilir.	108	41,5	97	37,3	55	21,2
Hiç doğum yapmamak meme kanseri riskini artırır.	157	60,4	36	13,8	67	25,8
İlk adet görme yaşının 11'in altında olması meme kanseri riskini azaltır.	73	28,1	43	16,5	144	55,4
Menopoza girme yaşı 50'nin altındaysa meme kanseri görülme riski artar.	54	20,8	71	27,3	135	51,9
Ailede meme kanseri öyküsü olması meme kanseri görülme ihtimalini artırır.	169	65,0	22	8,5	69	26,5
Diyabet (Şeker) hastası olmak meme kanseri riskini artırır.	114	43,8	50	19,2	96	36,9
Yüksek miktarda alkol kullanmak meme kanseri riskini artırır.	178	68,5	19	7,3	63	24,2
Emzirme, meme kanseri görülme riskini artırır.	209	80,4	22	8,5	29	11,2
Doğum kontrol hapı kullanmak meme kanseri riskini azaltır.	83	31,9	48	18,5	129	49,6
Tek memede meme kanseri olması diğer memede de kanser olma olasılığını azaltır.	112	43,1	51	19,6	97	37,3

Kadınlara meme kanseri ile ilgili bilgileri nereden öğrendiklerine dair sorulan soruya kadınların %38,2'si (n=191) "televizyon-radyo" yanıtı vererek büyük çoğunluğu oluşturdu. Bunu %29 (n=145) ile "doktorumdan" yanıtı takip etti. "Komşu ve arkadaşarımdan" diyen kadınlar ise; %17,2 (n=86) ile en sık edinilen 3. kaynak oldu.

Bunun ardından kadınlara meme kanseri hakkında bilgi almak istesenez, hangi kaynağı tercih ettikleri soruldu ve %60'ı (n=300) eğitim toplantısı yanıtını verdi. Bunu %16 (n=80) ile internet sitesi ve %14 (n=70) ile broşür ve el kitapçıkları yanıtları takip etti.

**Tablo 9.** Kadınların meme kanseri ile ilgili bilgileri öğrendikleri kaynaklar ve kaynak talepleri

		Toplam	
		Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Kadınların kullandıkları kaynaklar</b>			
	Doktorundan	145	29,0
	Sağlık merkezinden edinilen broşür/ el kitapçıklarından	57	11,4
	TV- Radyodan	191	38,2
	Komşu- Arkadaşlardan	86	17,2
<b>Kadınların kaynak talepleri</b>			
	Broşür ve el kitapçıkları	70	14,0
	Ses kayıtları	9	1,8
	Eğitim toplantısı	300	60,0
	Online (internetten) eğitim videoları	33	6,6
	İnternet sitesi	80	16,0

Tablo 10'a göre kadınların meme kanseri ile ilgili bilgileri öğrendikleri kaynaklar ve kaynak talepleri ile bilgi puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; bilgi kaynağı doktor olanların ortalama puanı  $7,99 \pm 2,92$  olup sağlık merkezinden verilen broşür/el kitapçıklarından bilgi edinen ( $7,47 \pm 2,73$ ), TV-radyodan bilgi edinen ( $7,09 \pm 3,12$ ) ve komşu-arkadaşlarından bilgi edinenlere ( $6,84 \pm 3,67$ ) göre anlamlı olarak daha yüksekti ( $p < 0,001$ ). Kaynak talepleri incelendiğinde ise; ses kayıtları talep edenlerin bilgi puanları anlamlı daha yüksek bulundu ( $9,66 \pm 2,00$ ).

**Tablo 10.** Kadınların meme kanseri ile ilgili bilgileri öğrendikleri kaynaklar ve kaynak talepleri ile bilgi puanları arasındaki ilişki

	Bilgi puanı			P değeri
	Sayı (n)	Ortalama	Std. Sapma	
<b>Bilgi kaynakları</b>				<0,001
Doktorundan	145	7,99	2,92	
Sağlık merkezinden edinilen broşür/ el kitapçıklarından	57	7,47	2,73	
TV- Radyodan	191	7,09	3,12	
Komşu- Arkadaşlardan	86	6,84	3,67	
<b>Kadınların kaynak talepleri</b>				0,003
Broşür ve el kitapçıkları	70	7,81	3,03	
Ses kayıtları	9	9,66	2,00	
Eğitim toplantısı	300	7,18	3,18	
Online (internetten) eğitim videoları	33	7,39	3,20	
İnternet sitesi	80	7,72	3,19	

Tablo 11'e göre, kadınların bilgi kaynakları ile REALM puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; sağlık merkezinden edinilen broşür/el kitapçığı yoluyla bilgi edinenlerin REALM puanı  $63,21 \pm 3,79$  olup, doktorundan bilgi edinenlere göre ( $62,21 \pm 4,25$ ), TV-radyodan bilgi edinenlere göre ( $60,95 \pm 4,81$ ) ve komşu-arkadaşlardan bilgi edinenlerin puanına göre ( $60,23 \pm 6,73$ ) anlamlı daha yüksek bulundu ( $p < 0,001$ ). Kaynak talepleri ile REALM puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; internet sitesi talep edenlerin REALM puanı  $64,03 \pm 2,86$  olup, broşür-el kitapçıklarından bilgi edinenlerin ( $62,53 \pm 4,44$ ), ses kayıtlarından edinenlerin ( $62,44 \pm 2,69$ ), online eğitim videoları talep edenlerin ( $62,24 \pm 4,61$ ), eğitim toplantısı talep edenlerin REALM puanlarına göre ( $60,56 \pm 5,38$ ) istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ( $p > 0,001$ ).

**Tablo 11.** Kadınların meme kanseri ile ilgili bilgileri öğrendikleri kaynaklar ve kaynak talepleri ile REALM puanları arasındaki ilişki

	REALM			p değeri
	Sayı (n)	Ortalama	Std. Sapma	
<b>Bilgi kaynakları</b>				
Doktorundan	145	62,21	4,25	<0,001
Sağlık merkezinden edinilen broşür/ el kitapçıklarından	57	63,21	3,79	
TV- Radyodan	191	60,95	4,81	
Komşu- Arkadaşlardan	86	60,23	6,73	
<b>Kadınların kaynak talepleri</b>				
Broşür ve el kitapçıkları	70	62,53	4,44	<0,001
Ses kayıtları	9	62,44	2,69	
Eğitim toplantısı	300	60,56	5,38	
Online (internetten) eğitim videoları	33	62,24	4,61	
İnternet sitesi	80	64,03	2,86	

Tablo 12'ye göre, kadınların bilgi kaynakları ile YSÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; kadınların bilgi kaynakları ve kaynak talepleri ile YSÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamadı (sırasıyla  $p=0,376$ ,  $p=0,012$ )

**Tablo 12.** Kadınların meme kanseri ile ilgili bilgileri öğrendikleri kaynaklar ve kaynak talepleri ile YSÖ puanları arasındaki ilişki

	YSÖ puanı			P değeri
	Sayı (n)	Ortalama	Std. Sapma	
<b>Bilgi kaynakları</b>				
Doktorundan	145	19,48	2,49	0,376
Sağlık merkezinden edinilen broşür/ el kitapçıklarından	57	19,66	2,85	
TV- Radyodan	191	19,74	2,47	
Komşu- Arkadaşlardan	86	20,52	3,02	
<b>Kadınların kaynak talepleri</b>				
Broşür ve el kitapçıkları	70	20,41	2,71	0,012
Ses kayıtları	9	19,33	2,29	
Eğitim toplantısı	300	19,38	2,50	
Online (internetten) eğitim videoları	33	18,63	2,02	
İnternet sitesi	80	19,76	3,15	

Kadınların yaşları ile bilgi puanları arasındaki ilişki incelendiğinde yaş grupları arasında anlamlı farklılıklar olduğu görüldü ( $p<0,001$ ). Bu grupta farkı yaratan 40-44 yaş grubuydu. İki ASM'deki kadınların eğitim durumları ile bilgi puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ( $p=0,018$ ). Aradaki bu farkı yaratan ilköğretim mezunu gruptu. İlköğretim mezunları  $7,08\pm3,06$  puan alıp, lise ( $7,86\pm3,06$ ) ve üniversite mezunlarına göre ( $7,91\pm3,39$ ) anlamlı düşük puan aldı. İki ASM'deki kadınların ekonomik durumları ve çalışma durumları ile bilgi puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülse de ( $p<0,001$ ), alt grupların ortalama puanları arasında post-hoc analizlerde fark bulunamadı. Çalışma durumu ile bilgi puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında gruplar arası anlamlı farklılık vardı ( $p<0,001$ ) ve bu farkı yaratan emekli ( $9,09\pm2,74$ ) olmaktadır. Emekli olanların bilgi puanı diğer gruplara göre daha yüksekti. Kent ASM'deki kadınların bilgi puanları  $7,87\pm3,16$  olup, kırsal ASM'deki kadınların bilgi soruları ortalama puanları  $7,11\pm3,14$  olarak bulundu. Kent ASM'deki kadınların ortalaması kırsal ASM'ye göre anlamlı olarak yüksekti ( $p<0,001$ ) (Tablo 13).

**Tablo 13.** Kadınların sosyodemografik özellikleri ile Bilgi puanları arasındaki ilişki

	Bilgi puanı			p değeri
	Sayı(n)	Ortalama	Standart Sapma	
<b>Yaş grupları</b>				
40-44	177	6,67	3,21	<0,001
45-49	118	7,86	2,93	
50-54	66	7,68	3,29	
55-59	52	8,76	3,10	
≥59	87	7,66	2,97	
<b>En son bitirdiğiniz okul</b>				
İlköğretim	256	7,08	3,06	0,018
Lise	116	7,86	3,06	
Üniversite	128	7,91	3,39	
<b>Ekonomik durumunuz</b>				
Düşük	99	6,45	3,40	<0,001
Orta	372	7,61	3,08	
Yüksek	29	9,17	2,40	
<b>Çalışma durumunuz</b>				
Ev hanımı	305	6,98	3,08	<0,001
Çalışıyor	119	7,71	3,29	
Emekli	76	9,09	2,74	
<b>ASM</b>				
Kır ASM	260	7,11	3,14	<0,001
Kent ASM	240	7,87	3,16	

Kadınların bilgi puanları ile REALM düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ( $p < 0,001$ ). Yeterli SOY düzeyi (REALM puanı 61-65) olan kadınların bilgi soruları puan ortalaması  $7,90 \pm 2,98$  iken, sınırlı SOY düzeyi REALM puanı olanların bilgi puan ortalamaları  $6,58 \pm 3,38$  bulundu (Tablo 14).

**Tablo 14.** Kadınların bilgi soru ortalamaları ile REALM puanları arasındaki ilişki

REALM puanı	Bilgi puanı			p değeri
	Sayı(n)	Ortalama	Standart sapma	
61-65 (Yeterli)	341	7,90	2,98	<0,001
45-60 (Sınırlı)	155	6,58	3,38	
19-44 (Yetersiz)	4	6,00	2,82	



Kadınların bilgi puanları ile REALM puanları arasındaki korelasyona bakıldığında, zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $r=0,218$ ,  $p<0,001$ ). Bilgi puanları ile YSÖ puanları arasındaki korelasyonun da aynı şekilde zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı ( $r=0,295$ ,  $p<0,001$ ) ve REALM ile YSÖ puanları arasında da aynı durumun geçerli olduğu görüldü ( $r=0,281$ ,  $p<0,001$ ).

**Tablo 15.** Kadınların bilgi puanları ile REALM ve YSÖ puanlarına ait korelasyonlar

	REALM puanı		YSÖ puanı	
	r	p	r	p
<b>Bilgi puanı</b>	0,218	<0,001	0,295	<0,001
<b>REALM puanı</b>			0,281	<0,001

Kadınlara kendi kendilerine meme muayenesi yapma, klinik meme muayenesi ve meme USG ile MMG yaptırma durumları sorulduğunda; kadınların %47,4'ünün ( $n=237$ ) düzensiz aralıklarla KKMM yaptığı, %34,4'ünün ( $n=172$ ) hiç yapmadığı ve %18,2'sinin ( $n=91$ ) düzenli aralıklarla yaptığı bulundu. Kadınlara KMM yaptırma durumları sorulduğunda, %55,4'ünün ( $n=277$ ) hiç yaptırmadığı, %32,6'sının ( $n=163$ ) düzensiz aralıklarla yaptırdığı ve %12'sinin ( $n=60$ ) düzenli olarak yaptırdığı bulundu. Meme USG de ise; %48,4'ünün ( $n=242$ ) hiç yaptırmadığı, %41,6'sının ( $n=208$ ) düzensiz aralıklarla yaptırdığı, %10'unun ( $n=50$ ) düzenli yaptırdığı bulundu. MMG için; %52,2'sinin ( $n=261$ ) hiç yaptırmadığı, %37,2'sinin ( $n=186$ ) düzensiz aralıklarla yaptırdığı, %6,4'ünün ( $n=32$ ) yılda bir kez düzenli yaptırırken, %4,2'sinin ( $n=21$ ) iki yılda bir kez düzenli yaptırdığı bulundu (Tablo 16).

**Tablo16.** Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM), Klinik Meme Muayenesi (KMM), Meme Ultrasonografisi (USG) ve Mamografi (MMG) yaptıırma durumları

		Toplam	
		Sayı(n)	Yüzde(%)
<b>KKMM</b>			
	Hiç yapmadım	172	34,4
	Düzenli aralıklarla yaparım	91	18,2
	Düzensiz aralıklarla yaparım	237	47,4
<b>KMM</b>			
	Hiç yaptıımadım	277	55,4
	Düzenli aralıklarla yaptıırırım	60	12,0
	Düzensiz aralıklarla yaptıırırım	163	32,6
<b>Meme USG</b>			
	Hiç yaptıımadım	242	48,4
	Düzenli aralıklarla yaptıırırım	50	10,0
	Düzensiz aralıklarla yaptıırırım	208	41,6
<b>MMG</b>			
	Hiç yaptıımadım	261	52,2
	Yılda bir kez düzenli yaptıırırım	32	6,4
	İki yılda bir kez düzenli yaptıırırım	21	4,2
	Düzensiz aralıklarla yaptıırırım	186	37,2

Kadınlara MMG yaptıırmama nedenlerine yönelik bazı önermelerde sunulduğunda; kadınların %36,2'si (n=181) "meme kanseri tanısı alacakmışım gibi hissediyorum" önermesine katılmazken, %16,2'si (n=81) katılmıştır. MMG'nin ağırlı bir işlem olması önermesine %41,4'ü (n=207) katılmıyorum yanıtı verirken, %13,8'i (n=69) bu önermeye katılmıştır. MMG'nin pahalı olduğu önermesine kadınların %48'i (n=240) katılmazken yalnızca %4,4'ü (n=22) bu önermeye katılmıştır. MMG'nin uzun sürmesi önermesine, kadınların %48,4'ü (n=242) katılmazken, %47,6'sı (n=238) fikrim yok demiştir. MMG çekimi sırasında yüksek doz radyasyon verildiği için çektirmeme önermesine kadınların %42,4'ü (n=212) katılmıyorum yanıtı verirken, %45,8'i (n=229) fikrim yok yanıtı vermiştir. MMG hakkında bilgisi olmaması önermesine ise; kadınların %48,6'sı (n=243) katılmıyorum yanıtı verirken, %14'ü (n=70) katılıyorum yanıtı vermiştir (Tablo 17).

**Tablo 17.** Kadınların MMG çektirmemeleri önündeki engel sorularına yanıtları

	Toplam					
	Katılmıyorum		Fikrim yok		Katılıyorum	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Her MMG yaptırdığımda meme kanseri tanısı alacakmışım gibi hissediyorum.	181	36,2	238	47,6	81	16,2
MMG ağırlı bir işlem olduğu için çektirmiyorum.	207	41,4	224	44,8	69	13,8
MMG pahalı olduğu için çektirmiyorum.	240	48,0	238	47,6	22	4,4
MMG uzun sürdüğü için çektirmiyorum.	242	48,4	238	47,6	20	4,0
MMG sırasında yüksek doz radyasyon alındığı için çektirmiyorum.	212	42,4	229	45,8	59	11,8
MMG hakkında bilgim olmadığı için çektirmiyorum.	243	48,6	187	37,4	70	14,0

Kadınların KKMM yapma durumları ile REALM puanları arasındaki ilişki incelendiğinde hiç yapmayan kadınların REALM puanları  $59,11 \pm 6,08$  olup düzenli ( $63,77 \pm 3,29$ ) ve düzensiz yaptıranlara ( $62,55 \pm 3,76$ ) göre anlamlı olarak düşük puan aldığı bulundu ( $p < 0,001$ ). KKMM hiç yapmayan kadınlar alt grup analizinde anlamlı farklılığı yaratan gruptu.

Kadınların KMM yaptırma durumları ile REALM puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ( $p = 0,009$ ). Hiç KMM yaptırmayan kadınların REALM puanları  $60,40 \pm 5,63$  olup düzenli ( $64,13 \pm 2,45$ ) ve düzensiz yaptıranlara ( $62,67 \pm 3,75$ ) göre daha düşüktü.

Meme USG yaptırma durumları ile REALM puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında, hiç yaptırmayanların REALM puanları  $60,76 \pm 5,76$  olup düzenli ( $64,08 \pm 2,33$ ) ve düzensiz yaptıranlara ( $61,96 \pm 4,11$ ) göre daha düşük REALM puanı aldığı ve düzensiz yaptıranların da düzenli yaptıranlara göre daha düşük aldığı bulundu ( $p = 0,048$ ).

Son olarak da MMG yaptırma durumları ile REALM puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında, hiç yaptırmayanların REALM puanları  $61,07 \pm 5,70$  olup yılda bir kez

(63,97±2,59) veya iki yılda bir kez düzenli yaptıranlara (64,05±2,01) göre daha düşük bulundu ( $p<0,001$ ).

**Tablo 18.** Kadınların KKMM yaptırma, KMM, Meme USG ve MMG yaptırma durumları ile REALM puanları arasındaki ilişki

	REALM			
	Sayı (n)	Ortalama	Std. Sapma	p değeri
<b>KKMM</b>				
Hiç yapmadım	172	59,11	6,08	<0,001
Düzenli aralıklarla yaparım	91	63,77	3,29	
Düzensiz aralıklarla yaparım	237	62,55	3,76	
<b>KMM</b>				
Hiç yaptırmadım	277	60,40	5,63	0,009
Düzenli aralıklarla yaptırırım	60	64,13	2,45	
Düzensiz aralıklarla yaptırırım	163	62,67	3,75	
<b>Meme USG</b>				
Hiç yaptırmadım	242	60,76	5,79	0,048
Düzenli aralıklarla yaptırırım	50	64,08	2,33	
Düzensiz aralıklarla yaptırırım	208	61,96	4,11	
<b>MMG</b>				
Hiç yaptırmadım	261	61,07	5,70	<0,001
Yılda 1 kez düzenli yaptırırım	32	63,97	2,59	
2 yılda 1 kez düzenli yaptırırım	21	64,05	2,01	
Düzensiz aralıklarla yaptırırım	186	61,64	4,17	

Kadınların KKMM yapma ve KMM, Meme USG ve MMG yaptırma durumları ile YSÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; hiç KKMM yapmayanların YSÖ puanları  $18,88±2,72$  olup düzenli ( $20,14±2,76$ ) ve düzensiz ( $19,81±2,44$ ) yaptıranlara göre daha düşük olduğu bulundu ( $p<0,001$ ). Hiç KMM muayenesi yaptırmayanların da YSÖ puanları  $19,31±2,76$  olup düzensiz yaptıranlara ( $20,01±2,59$ ) göre anlamlı düşük olduğu bulundu ( $p=0,065$ ). Buna ek olarak, hiç meme USG yaptırmayanların YSÖ puanları ile düzensiz yaptıranların YSÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p=0,087$ ). Aynı şekilde, kadınların MMG yaptırma durumları ile YSÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı ( $p=0,185$ ).

**Tablo 19.** Kadınların KKMM yaptırma, KMM, Meme USG ve MMG yaptırma durumları ile YSÖ puanları arasındaki ilişki

	YSÖ			p değeri
	Sayı (n)	Ortalama	Std. sapma	
<b>KKMM</b>				
Hiç yapmadım	172	18,88	2,72	<0,001
Düzenli aralıklarla yaparım	91	20,14	2,76	
Düzensiz aralıklarla yaparım	237	19,81	2,44	
<b>KMM</b>				
Hiç yaptırmadım	277	19,31	2,76	0,065
Düzenli aralıklarla yaptırırım	60	19,43	2,02	
Düzensiz aralıklarla yaptırırım	163	20,01	2,59	
<b>Meme USG</b>				
Hiç yaptırmadım	242	19,17	2,79	0,087
Düzenli aralıklarla yaptırırım	50	19,64	2,02	
Düzensiz aralıklarla yaptırırım	208	19,97	2,54	
<b>MMG</b>				
Hiç yaptırmadım	261	19,41	2,92	0,185
Yılda 1 kez düzenli yaptırırım	32	19,31	2,20	
2 yılda 1 kez düzenli yaptırırım	21	20,14	2,30	
Düzensiz aralıklarla yaptırırım	186	19,73	2,30	

Kadınların KKMM yapma durumları ile bilgi puanları arasında alt gruplar içinde anlamlı fark bulundu ( $p<0,001$ ) ve bu farkı yaratan hiç KKMM yapmayanlardı. Hiç KKMM yapmayanların bilgi puanları  $6,01\pm 3,22$  olup düzenli ( $8,05\pm 2,92$ ) ve düzensiz yaptırılara ( $8,31\pm 2,83$ ) göre daha düşüktü. Kadınların KMM yaptırma ile bilgi puanları arasında da anlamlı fark bulunmaktaydı ( $p<0,001$ ) ve bu farkı yaratan KKMM de olduğu gibi KMM hiç yaptırmayanlardı. Daha önce hiç KMM yaptırmayan kadınların bilgi puanları  $6,70\pm 3,23$  olup, düzenli ( $8,03\pm 3,57$ ) ve düzensiz yaptırılara ( $8,59\pm 2,46$ ) göre daha düşük bulundu. Kadınların Meme USG yaptırma durumları ile bilgi puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında da gruplar arası anlamlı farklılıklar görülmekteydi ( $p<0,001$ ) ve bu farkı yaratan hiç yaptırmamış olmaktadır. Hiç Meme USG yaptırmayan kadınların bilgi puanları  $6,62\pm 3,32$  olup, düzenli ( $7,78\pm 3,50$ ) ve düzensiz yaptırılara ( $8,39\pm 2,59$ ) göre daha düşük bulundu ( $p<0,001$ ). MMG davranışı ile bilgi puanları arasında da anlamlı ilişki vardı ( $p=0,004$ ), hiç MMG yaptırmayan kadınlar  $6,96\pm 3,33$  puan alıp, düzensiz yaptırılara ( $8,17\pm 2,69$ ) göre daha az bilgi puanı aldı (Tablo 20).

**Tablo 20.** Kadınların KKMM,KMM, Meme USG ve MMG yaptırma durumları ile bilgi puanları arasındaki ilişki

	Bilgi puanı			p değeri
	Sayı (n)	Ortalama	Std. sapma	
<b>KKMM</b>				<0,001
Hiç yapmadım	172	6,01	3,22	
Düzenli aralıklarla yaparım	91	8,05	2,92	
Düzensiz aralıklarla yaparım	237	8,31	2,83	
<b>KMM</b>				<0,001
Hiç yaptırmadım	277	6,70	3,23	
Düzenli aralıklarla yaptırırım	60	8,03	3,57	
Düzensiz aralıklarla yaptırırım	163	8,59	2,46	
<b>Meme USG</b>				<0,001
Hiç yaptırmadım	242	6,62	3,32	
Düzenli aralıklarla yaptırırım	50	7,78	3,50	
Düzensiz aralıklarla yaptırırım	208	8,39	2,59	
<b>MMG</b>				0,004
Hiç yaptırmadım	261	6,96	3,33	
Yılda 1 kez düzenli yaptırırım	32	7,93	3,52	
2 yılda 1 kez düzenli yaptırırım	21	6,95	3,33	
Düzensiz aralıklarla yaptırırım	186	8,17	2,69	

## 5. TARTIŞMA

Bireylerin sağlık sistemi içerisinde kaybolmadan ilerleyebilmeleri, sağlıklarıyla ilgili doğru kararları alabilmeleri ve uygun davranış göstermeleri SOY düzeyleri ile ilişkilidir. Türkiye’de yapılmış bilinen en büyük örneklemlili SOY düzeyi belirleme çalışması; Türkiye Sağlık Okuryazarlık Araştırması’dır (SOYA). Bu çalışma sahada Avrupa Birliği tarafından finanse edilerek SOYA-Avrupa anketi kullanılarak Türkiye’de 12 bölgeden 4924 kişinin katılımı ile yapılmıştır. Bu ankete göre SOY indeksi belirlenerek SOY düzeyi 4 seviyede incelenmiştir; 0-25: yetersiz, 25-33: sınırlı, 33-42: yeterli, 42-50: mükemmel olarak değerlendirilmektedir. SOYA çalışmasına göre katılımcıların %46,2’sini kadınlar oluşturmaktadır olup yaş ortalamaları  $41,4 \pm 0,3$ ’tür. Bu çalışmada kadınların ortalama SOY indeksi  $30,0 \pm 0,24$  olup sınırlı olarak değerlendirilmiştir<sup>41</sup>. Bizim çalışmamızda ise; kadınların yaş ortalaması daha yüksek olup, REALM ölçeğine göre kadınların üçte biri sınırlı veya yetersiz SOY düzeyine sahiptir ve kadınlar ortalama REALM puanlarına göre yeterli SOY düzeyinde değerlendirilmektedir. Kırsal ASM’de kadınların yarısından azı yeterli SOY düzeyine sahipken, kentsel ASM’de ise kadınların neredeyse tamamı yeterli SOY düzeyine sahiptir. Çalışmalarda kullanılan ölçeklerin farklı olması ile SOY’un farklı alt başlıklarını ölçmesi bu farklı sonuçların bir nedeni olabilir. Ayrıca çalışmamızın birinci basamakta iki merkezle sınırlı olması ve seçilen kentsel ASM nüfusunun sosyoekonomik düzeyi yüksek ve eğitimli bireylerden oluşması da çalışmada elde edilen ortalama SOY değerlerini yükseltmiş olabilir.

Türkiye’de SOY ile ilişkili bir başka çalışma da Özdemir ve arkadaşları tarafından REALM ve NVS ölçekleri kullanılarak 456 hastada yapılmıştır. Katılımcıların ortalama yaşı  $36,21 \pm 12,61$  olup, çalışmaya katılanların %60,5’ini kadınlar oluşturmaktaydı. Bu çalışma sonucunda kadınların ortalama REALM skoru  $59,37 \pm 7,60$  olup; sınırlı SOY düzeyine sahip olarak değerlendirilmiştir<sup>21</sup>. Çalışmamızda ise; katılımcıların ortalama REALM puanı  $61,59 \pm 4,97$ ’ydi ve yeterli SOY düzeyine sahip oldukları görülmüştür. Bu durum SOY düzeyinin eğitim durumu, ekonomik durum ve çalışma durumu gibi diğer sosyodemografik özelliklerden de etkilenmesine ve Özdemir ve arkadaşlarının çalışmasının ikinci basamakta ve tek merkezde yapılmış olmasına bağlı olabilir.

Farklı ülkelerde SOY düzeyleri çeşitlilik gösterse de birçoğunda yetersiz ve sınırlı SOY düzeyi toplumun yarısından fazlasını oluşturmaktadır. Amerika'da Williams ve arkadaşları tarafından iki devlet hastanesine başvuran 2659 kişide TOFHLA ölçeği kullanılarak SOY düzeyi belirleme çalışması yapılmıştır. Buna göre; İngilizce konuşan bireylerin %33'ü, İspanyolca konuşan bireylerin ise %61'i yetersiz veya sınırlı SOY düzeyine sahiptir<sup>42</sup>. Haun ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, 378 katılımcının SOY düzeyi TOFHLA ile değerlendirmiş ve katılımcıların %17'sinin SOY düzeyi düşük bulunmuştur. Aynı çalışmada REALM ile yapılan değerlendirmede ise %37'sinin SOY düzeyi düşük bulunmuştur<sup>43</sup>. SOY düzeylerinin çeşitlilik göstermesi kullanılan ölçekten, bireylerin özelliklerine ve hatta bireylerle temas edilen yere kadar birçok değişkenden etkilenebilmektedir<sup>12</sup>.

İleri yaş, düşük SOY düzeyi için bilinen bir etmendir<sup>44</sup>. Çalışma sonuçlarımız diğer çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermiş ve bireylerin yaşı ilerledikçe REALM puanları düşük bulunmuştur. Halbuki, yaşlı hastaların mevcut kronik hastalıkları ve multimorbiditeleri nedeniyle genç hastalara göre çok daha fazla sağlık hizmeti gereksinimleri olduğu bilinmektedir<sup>45</sup>. Bu sonuç, bizleri yaşlı hastalara sağlık hizmeti verirken daha dikkatli olmaya yönlendirmektedir. Bununla birlikte benzer bir ilişki diğer SOY değerlendirme ölçeği YSÖ ile bulunamamıştır. Bu durum REALM'in YSÖ'ye göre SOY düzeyindeki küçük değişiklikleri bile ayırabildiğine işaret edebilir.

SOY düzeyini etkileyen bir diğer değişken; bireyin eğitim düzeyidir<sup>12,21,41,42</sup>. Diğer çalışmalara benzer şekilde çalışmamızda bireylerin eğitim düzeyi yükseldikçe SOY düzeyleri yükselmektedir. Bu yükseliş hem REALM puanında, hem de YSÖ puanında görülmektedir. Bilinmektedir ki; ekonomik durumu kötü olan bireylerin SOY düzeyi diğer gruplara göre daha düşüktür<sup>12,21,41,42</sup>. Buna ek olarak, çalışma sonuçlarımıza göre, çalışıyor olmak da SOY düzeyini yükselten bir etmendir. Çalışan bireylerin REALM ve YSÖ puanları emekli ve çalışmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Kadınların sağlık okuryazarlık düzeyini oluşturan bileşenlerden bir diğeri; sağlık kuruluşlarında kendilerine verilen kağıt ve broşürleri okuma ve anlama durumudur. Çalışmamızda daha önce Özdemir ve arkadaşlarının kullandığı bireylerin sağlık kuruluşlarında kendilerine verilen kağıt ve broşürleri okuma ve anlama soruları kullanıldı. Buna göre, kadınların çoğu her zaman formları ve broşürleri kendileri okuyup, formları doldurmakta, yarısından fazlası çoğunlukla anladığını belirtmekteydi. Bu davranışlarla



SOY düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde; sağlık kuruluşlarında kendisine verilen kağıtları refakatçisine okutanların REALM ve YSÖ puanları anlamlı düşük bulunmuştur. Kadınların kağıtlarda yazılanları anlama oranları düştükçe REALM ve YSÖ puanları da azalmaktadır. Ayrıca, verilen broşürleri kendisi okuyanların REALM ve YSÖ puanları, başkasına okutanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak burada dikkat çeken nokta, okumadan çöpe atanların hem REALM hem de YSÖ puanlarının diğer gruplardan yüksek olduğudur. Daha önce yapılan çalışmalar SOY düzeyi yüksek olan bireylerin basit materyallerle küstürülebileneğine işaret etmektedir ki bu da çalışmamızda SOY düzeyi yüksek olan bireylerin broşürleri okumadan çöpe atmalarını açıklayabilir<sup>12</sup>. Özdemir ve arkadaşlarının çalışmasında da; katılımcıların yanıtına göre, formları ve broşürleri her zaman kendisi okuyup, çoğunlukla anlayanların SOY düzeyleri diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Bireylerden sadece SOY düzeyi yüksek olanların form ve broşürleri anlayabildiği görülmüş ve bireylerin farklı SOY düzeylerine göre form ve broşür ihtiyaçları olduğu tespit edilmiştir<sup>21</sup>.

Günümüzde hastalıklardan korunma, kronik hastalık yönetimi, sağlık servislerini etkin kullanma gibi konularda birçok kampanya düzenlenmekle birlikte, beklenen hasta uyumu bir türlü sağlanamamaktadır. Bunun bir sebebi de bireylerin SOY düzeyi olabilir. Bireylere sağlık bilgisi verdiğimizde bunu anlamamaları ya da bilgilerine uygun davranış geliştirememeleri, yapılan kampanyaların da işe yaramamasına neden olmaktadır. Meme kanseri, dünyada kadınlarda en sık görülen kanser türü olup, kansere bağlı ölümlerin de en sık ikinci sebebinin oluşturması yönüyle günümüzde en çok kampanyası yapılan hastalıklardan biridir. Çalışmamızda kadınlara meme kanserine dair bazı bilgilerini ölçmeye yönelik hazırlanan önermelerden, kadınlar tarafından en iyi bilinen bilginin “meme kanserinin emzirme ile ilişkisi” olduğu bulundu. Bunu alkol, aile öyküsü ve doğum sayısı ile ilişkisi takip etti. En az bilinenler ise; meme kanserinin prevalansı, meme kanserinin menopoza yaşı ve ilk adet yaşı ile ilişkisidir. Aslan ve arkadaşlarının hemşirelik fakültesinde okuyan 102 kız öğrencide yaptığı bir çalışmada ise; en çok bilinen bilgi soruları; meme kanserinin doğum yapma, oral kontraseptif kullanma ve emzirme ile ilişkisidir<sup>46</sup>. Güvenç ve arkadaşlarının Ankara’da bir üniversite hastanesinde 528 kadın üzerinde yaptığı çalışmada ise; kadınların meme kanseri risk faktörleri bilgi düzeylerinin düşük olduğu vurgulanmıştır<sup>47</sup>. Az bilinen risk faktörlerine yönelik kadınların SOY düzeyine uygun bilgilendirilme ihtiyacı olduğu görülmektedir.

Kadınlara meme kanserine dair bildiklerini nereden öğrendikleri sorulduğunda, Aslan ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptıkları çalışmaya katılan hemşirelik öğrencilerinin yaklaşık yarısı televizyon ve dergi derken, Güvenç ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptığı çalışmaya katılan kadınların yaklaşık yarısı doktor yanıtını vermiştir<sup>46,47</sup>. Alpteker ve arkadaşları da 2010 yılında yaptıkları çalışmada bu çalışmayla benzer sonucu bularak, katılımcıların yaklaşık yarısından sağlık personeli yanıtını elde etmiştir<sup>48</sup>. Çalışmamıza katılan kadınların %38'i televizyon-radyo seçeneğini işaretlerken sadece %29'u doktor yanıtını vermiştir. Bu durum başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarının sağlık bilgisi vermede bazı sıkıntılar yaşadığını göstermektedir. Maalesef, televizyon ve radyolar kadınlara hekimlerden daha çok ulaşabilmektedir.

Çalışmamıza göre; meme kanseri bilgi puanlarının en yüksek olduğu kadınlar; 40-44 yaş grubu, üniversite mezunu, yüksek ekonomik düzeye sahip, emekli ve kentte yaşayanlardır. Ek olarak; bireylerin bilgi puanları arttıkça, REALM puanları ve YSÖ puanları da artmakta ancak bu ilişkinin zayıf olduğu bulunmuştur.

Bireylerin SOY düzeyleri tarama davranışı geliştirerek koruyucu hizmetleri etkin kullanmalarında da önemlidir. Koruyucu hizmetlerin başında da kanser tarama testleri bulunmaktadır<sup>37</sup>. Çalışmamıza göre; önerilen tarama testlerinden KKMM, KMM; meme USG ve MMG'yi kadınların yaklaşık yarısının hiç yaptırmadığı görülmüştür. Bu taramalardan KKMM, KMM ve meme USG taramalarını hiç yaptırmayanların hem REALM hem de YSÖ puanları, düzenli veya düzensiz yaptıranlara göre anlamlı olarak düşüktür.

MMG taramasını hiç yaptırmayanların ise; REALM puanları düzenli ve düzensiz yaptıranlara göre düşükken, YSÖ puanları ile anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu durum daha önce bahsedilen farklı SOY ölçeklerinin farklı SOY alt değerlerini ölçmesi ile kısmen açıklanabilir. Çalışmamız, yetersiz veya kısıtlı SOY düzeyine sahip kadınların, tarama davranışları üzerindeki etkisinin de olumsuz olduğunu göstermiştir. Sentell ve arkadaşlarının 50-74 yaş arası 326 kadın üzerinde yaptığı bir çalışmada, kadınlara telefonla ulaşılarak meme kanseri tarama uyumları sorulmuştur. Bu çalışmanın sonucuna göre; kadınların %85,5'inin meme kanseri tarama kılavuzlarına uyduğu bulunmuş ve düşük SOY düzeyine sahip bireylerin tarama davranışına uyumunun çok daha düşük olduğu görülmüştür (OR 0.21; 95% CI 0.08- 0.54)<sup>37</sup>. Pagan ve arkadaşlarının TOFHLA'ya kullanarak 40 yaş üstü 722 kadın üzerinde yaptıkları benzer bir çalışmada da; sınırlı ve

yetersiz SOY düzeyine sahip kadınlara göre yeterli SOY düzeyine sahip kadınların mamografi tarama davranışına uyumlarının daha iyi olduğu gösterilmiştir (OR 2.92; 95% CI 1.62- 5.28)<sup>39</sup>. Komenaka ve arkadaşlarının 40 yaş üzeri 1664 kadın üzerinde NVS kullanarak yaptığı SOY düzeyi ve mamografi tarama davranışı ilişkisi konulu çalışmada da benzer sonuca rastlanmıştır (OR 0.27; 95% CI 0.19- 0.37)<sup>40</sup>.

Kadınlara neden mamografi yaptırmadıklarına ilişkin bazı önermeler sunulduğunda; yaklaşık yarısının mamografinin ağırlı bir işlem olduğu, pahalı olduğu, uzun sürdüğü, radyasyon içerdiği önermelerine fikrim yok yanıtını verdiği görülmüştür. Bu bulgular tarama davranışının önündeki engellerden en önemlisinin, bilgi eksikliği olduğuna işaret etmektedir. Çalışmamıza göre; hiç KKMM yapmayan ve hiç KMM, meme USG ve MMG yaptırmayan kadınların bilgi puanlarının, düzenli veya düzensiz yaptıranlara göre anlamlı düşüktür. Armin ve arkadaşlarının 297 kadın üzerinde REALM ve TOFHLA testlerini kullanarak yaptıkları bir çalışmada kadınların %93'ünün MMG yaptırdığını ve %78'inin son bir sene içinde yaptırdığı belirtilmiştir. Aynı çalışmada, kadınlara mamografi yaptıрма engellerine dair soru sorulduğunda; kadınların %51'i mamografiyi ağırlı bulduğu için yaptırmadığını belirtmiştir. Kadınların %50,3'ü mamografi çektirdiklerinde kötü bir şeyler bulacağını hissettiklerini, %10,5'i utandığını ve %11,9'u da KKMM yapıldığı takdirde MMG'nin gereksiz olduğunu belirtmiştir<sup>38</sup>. Davis ve arkadaşlarının 417 kadın üzerinde REALM kullanarak yaptıkları bir çalışmada da; kadınların %7'si MMG'yi hiç duymadıklarını, %22'si MMG'nin ne işe yaradığını bilmediğini, %72'sinin de hangi yaşta MMG taramasına başlanması gerektiğini bilmediklerini belirtmişlerdir. Buna ek olarak, kadınların MMG bilgisinin iyi olduğunu düşünmeleri ile doğru bilgiye sahip olmaları arasında negatif ilişki bulunmuştur ( $r_s=0,71$ ;  $p<0,001$ )<sup>51</sup>. Bu çalışmaların sonucuna göre, SOY düzeyi düşük olan bireylerin MMG bilgi düzeyinin ve tarama davranışına uyumunun düşük olduğu bulunmuştur<sup>38,51</sup>.

## **6. SONUC VE ÖNERİLER**

SOY, bireyin doğru sağlık bilgisi edinebilmesi ve sağlık hizmetlerini etkin kullanabilmesi için önemli olup, bireyin yaşımdan, eğitim düzeyinden, ekonomik durumundan ve çalışma durumundan etkilenmektedir.

Çalışmamızın sonuçlarına göre, kadınların SOY düzeyi ile meme kanseri bilgi düzeyi arasında anlamlı ve pozitif yönde ilişki bulunurken ve artan SOY düzeyi ile birlikte tarama davranışına uyumun da daha fazla olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, kadınların SOY düzeyleri yaşları ilerledikçe, eğitim düzeyleri düştükçe, ekonomik durumları kötüleştikçe düşmektedir. Kadınların meme kanseri bilgi düzeylerini arttırıp, tarama davranışına uyumlarını arttırmak için sağlık okuryazarlık düzeylerinin arttırılması gerekmektedir. Çalışmamıza göre; kadınların meme kanseri bilgisi edinmek için tercih ettikleri kaynaklar; komşu- arkadaş ve doktordur. Bireylere kapsamlı ve sürekli görüşmeler ile aile hekimleri veya diğer sağlık personeli tarafından birinci basamak sağlık merkezlerinde bilgi verilmesi, toplumun SOY düzeyinin yükseltilmesi için atılabilecek büyük bir adımdır.

Evrensel SOY Tedbirlerini Uygulama rehberinde de önerildiği gibi, yapılan tekrarlayan ve kapsamlı görüşmelerde sınırlı veya yetersiz SOY düzeyine sahip bireyler belirlenerek, sağlık bilgileri, seviyelerine uygun şekilde verilmelidir. Yeterli SOY düzeyine sahip kadınların da sağlık bilgisini doğru aldığımdan emin olunmalı ve sağlık sistemi içinde doğru yol almalarına yardımcı olunmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Peerson A. and Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? Health Promot. Int., April 16, 2009; (2009) dap014v1.
2. Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health Literacy: What is it? Journal of Health Communication.
3. [http://kanser.gov.tr/Dosya/ca\\_istatistik/2009kanseraporu.pdf](http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2009kanseraporu.pdf), Erişim tarihi: 08.09.2015
4. Korde LA, Colzone KA, Zuewski , Assessing breast cancer risk: genetic factors are not the whole story. Postgrad Med ,2004 Oct;116(4):6-8, 11-4,19-20
5. Dişçigil G, Şensoy N, Tekin N ve ark., Meme sağlığı: ege bölgesinde yaşayan bir grup kadının bilgi, davranış ve uygulamaları, Marmara Medical Journal, 2007, Cilt 20, Sayı 1, Sayfa(lar) 029-036
6. Açıköz A, Çehrelı R, Ellidokuz H, Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları, DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi, CİLT 25, SAYI 3, (EYLÜL) 2011, 145 – 154
7. Health Promotion Glossary, <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>, Erişim tarihi: 02.03.2015
8. Simonds SK, Health education: facing issues of policy, ethics, and social justice, Health education monographs 6:Suppl. 1 1978 pg 18-27.
9. Health literacy: new wine in old bottles?, Oxford Journals Health Education Research, Health Educ. Res. (2002) 17 (3): 287-290.
10. Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/64546/3/9789755903613\\_tur.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/64546/3/9789755903613_tur.pdf), Erişim tarihi: 02.03.2015, Bakanlık yayın no: Bakanlık Yayın No: 814, ISBN: 978-975-590-361-3.
11. Health Literacy Program, American Medical Association, <http://www.ama-assn.org/ama/pub/about-ama/ama-foundation/our-programs/public-health/health-literacy-program.page>, Erişim tarihi: 05.01.2015
12. Health Literacy- A Prescription to End Confusion, Institute of Medicine of National academies, [http://www.nap.edu/openbook.php?record\\_id=10883](http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10883), Erişim tarihi: 06.03.2014

13. Kristine Sørensen, Stephan Van den Broucke, James Fullam, Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models, *BMC Public Health* 2012, 12:80
14. Electronic Personal Health Records that Promote Self-management in Chronic Illness, *The Online Journal of Issues in Nursing*. 2010;15(3).
15. Kristine Sørensen, Stephan Van den Broucke, James Fullam, Health literacy and Health 2012, 12:80.
16. Carolyn Clancy, Health Literacy Measurement: Mapping the Terrain, Measures of Health Literacy, Workshop Summary, Institute of Medicine, 2009, [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK45384/pdf/Bookshelf\\_NBK45384.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK45384/pdf/Bookshelf_NBK45384.pdf), Erişim tarihi: 12.11.2014
17. Parker et all, 1995, Erişim tarihi: [http://www.peppercornbooks.com/catalog/information.php?info\\_id=5](http://www.peppercornbooks.com/catalog/information.php?info_id=5)
18. Davis TC, Long SW, Jackson RH, Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Fam Med*. 1993 Jun;25(6):391-5.
19. Norman CD1, Skinner HA. eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *J Med Internet Res*. 2006 Nov 14;8(4):e27.
20. Weiss BD1, Mays MZ, Martz W. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Ann Fam Med*. 2005 Nov-Dec;3(6):514-22.
21. Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Educ Res*.2010;25(3):464-77.
22. Ezgi Eyüboğlu, Peter J. Schulz. Validation of Turkish health literacy measures. *Health Promotion International*, 2015, 1–8
23. Sezer A, Kadioğlu H, Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Geliştirilmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014;17:3.
24. Eichler K, Wieser S, Brügger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. *Int J Public Health*. 2009;54(5):313-24.
25. David W Baker, Ruth M. Parker, Mark V. Williams, Health Literacy and the Risk of Hospital Admission, *J Gen Intern Med*. 1998 Dec; 13(12): 791–798.
26. Cifuentes M, Brega AG, Barnard J, Mabachi NM, Albright K, Weiss BD, West DR, Brach C. Guide to Implementing the Health Literacy Universal Precautions Toolkit. (Prepared by Colorado Health Outcomes Program, University of Colorado Anschutz

Medical Campus under Contract No. HHS290200710008, TO#10.) AHRQ Publication No. 15-0023-1-EF) Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality. January 2015.

27. Aile Hekimliği/ Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı, WONCA Avrupa 2002, <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20Turkish%20version.pdf>, Erişim tarihi: 16.04.2014.
28. Marjorie S. Rosenthal, MD; Mark J. Werner, MD; Norman H. Dubin, PhD, The Effect of a Literacy Training Program on Family Medicine Residents, Special Articles: Health Literacy and Family Medicine, Vol. 36, No. 8.
29. Leading Causes of Death by Age Group, All Females, [http://www.cdc.gov/women/lcod/2013/WomenAll\\_2013.pdf](http://www.cdc.gov/women/lcod/2013/WomenAll_2013.pdf), Erişim Tarihi: 06.09.2015.
30. Breast cancer, <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/index>, Erişim tarihi: 01.10.2015
31. American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer. <http://www.cancer.org/healthy/findcancerearly/cancerscreeningguidelines/american-cancer-society-guidelines-for-the-early-detection-of-cancer>, Erişim tarihi: 03.10.2015
32. NCCN. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines): breast cancer-version 3.2013. 2013.
33. Arasu VA, Joe BN, Lvoff NM, Leung JW, Brenner RJ, Flowers CI. et al. Benefit of semiannual ipsilateral mammographic surveillance following breast conservation therapy. *Radiology*. 2012;264:371–7.
34. Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM), <http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/ketem-ve-kanser-taramalari.html>, Erişim tarihi: 10.08.2015
35. Tetine Sentell, Kathryn L. Braun, James Davis et al, Colorectal Cancer Screening: Low Health Literacy and Limited English Proficiency Among Asians and Whites in California, *J Health Commun*. 2013 Dec; 18(Suppl 1): 242–255
36. Khatcheressian JL, Hurley P, Bantug E. et al. Breast cancer follow-up and management after primary treatment: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol*. 2013;31:961–5. doi:10.1200/JCO.2012.45.9859.

37. Tetine L Sentell, Janice Y Tsoh, Terry Davis et all. Low health literacy and cancer screening among Chinese Americans in California: a cross-sectional analysis, *BMJ Open* 2015;5:e006104
38. Julie Armin, Cristina Huebner Torres, James Vivian et all, Breast self-examination beliefs and practices, ethnicity, and health literacy: Implications for health education to reduce disparities, *Health Educ J.* 2014 May; 73(3): 274–284.
39. José A. Pagán , Cynthia J. Brown, David A et all, Health Literacy and Breast Cancer Screening among Mexican American Women in South Texas, *Journal of Cancer Education*, March 2012, Volume 27, Issue 1, pp 132-137
40. Komenaka IK, Nodora JN, Hsu CH et all, Association of health literacy with adherence to screening mammography guidelines, *Obstet Gynecol.* 2015 Apr;125(4):852-9
41. Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, <http://www.saglikxen.org.tr/MediaContent/vYcK-1419245270-mA5r.pdf>, Erişim tarihi: 06.07.2015
42. M. Williams et all., Inadequate Functional Health Literacy among Patients at Two Public Hospitals, *Journal of the American Medical Association* 274, no. 21(1995):1677-1682
43. Haun J., Luther S. L., Dodd V. J., Donaldson P. Measurement variation among brief health literacy instruments: Implications for research and practice. *Journal of Health Communication.* 2012;17(Suppl. 3):141–159.
44. Gazmararian et all., Health literacy among medicare enrolles
45. Gerteis J, Izrael D, Deitz D et all., Multiple Chronic Conditions Chartbook.[PDF - 10.62 MB] AHRQ Publications No, Q14-0038. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2014. Erişim tarihi: 10.11.2015
46. Aslan A, Temiz M, Yiğit Y et all., The Knowledge Attitude and Behaviorus of Nursery Students about Breast Cancer, *TAF Prev Med Bull.* 2007; 6(3): 193-198.
47. Güvenç I, Güvenç G, Tastan S et all., Identifying Women's Knowledge about Risk Factors of Breast Cancer and Reasons for Having Mammography, *Asian Pacific J Cancer Prev*, 13, 4191-4197.
48. Alpteker H, Avcı A, Kırsal alandaki kadınların meme kanseri bilgisi ve kendi kendine meme muayenesi uygulama durumlarının belirlenmesi, *Meme Sağlığı Dergisi* 2010; Cilt:10, Sayı:2.



49. Kim K, Han HR. Potential links between health literacy and cervical cancer screening behaviors: a systematic review. *Psychooncology*. 2016 Feb;25(2):122-30.
50. Sentell T, Braun KL, Davis J et al. Health literacy and meeting breast and cervical cancer screening guidelines among Asians and whites in California. *Springerplus*. 2015 Aug 19;4:432.
51. Davis TC, Arnold C, Berkel H, Nandy I, Jackson RH, Glass J. Knowledge and attitude on screening mammography among low-literate, low-income women. *Cancer*, 1996; 78(9): 1912–20.



## EKLER

### EK 1. Etik Kurul Onay Formu

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2015/04-23	Tarih: 12.02.2015
	Doç.Dr.Mehtap KARTAL'ın sorumlusu olduğu "Kadınların Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ile Meme Kanseri Bilgi ve Tarama Davranışının İncelenmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın yapılacağı ilgili kurumdan izin belgesi alınması koşuluyla etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. -Kurum izin belgesi alındıktan sonra Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.	
<b>ETİK KURUL BİLGİLERİ</b>		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İy Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
<b>ETİK KURUL ÜYELERİ</b>		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ahmet Turan IŞIK	Geriyatri	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	katılanmadı
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	katılanmadı
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

## EK 2. Halk Sağlığı Müdürlüğü Araştırma İzin Belgesi



T.C.  
İZMİR VALİLİĞİ  
Halk Sağlığı Müdürlüğü



Sayı : 55396543/604.02  
Konu : Doç. Dr. Mehtap KARTAL'ın  
Araştırma İzni

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE**  
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

İlgi: 09/03/2015 tarihli araştırma başvurusu.

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Mehtap KARTAL sorumluluğunda yapılmak istenen "Sağlık Okur - Yazarlık Düzeyi ve Meme Kanseri Bilgi ve Tarama Davranışlarının İncelenmesi" konulu araştırma ile ilgili başvuru evrakları Halk Sağlığı Müdürlüğü Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından incelenmiş ve komisyon tarafından yapılan değerlendirmede;

"Birinci Basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliği'ne uyulması gerekmektedir. Aile Sağlığı Merkezinde gerçekteşecek olan araştırmalarda da bu merkezde çalışan personel den gönüllü olduklarına dair izin alınması, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili verileri şahsın ve yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılmaması, yapılacak çalışmalarda aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından çalışmanın yürütülmesi gerekmektedir."

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yer alan bu ilkelere bağlı kalarak, araştırmanın izin talebi uygun bulunmuştur. Çalışmanın tamamlanması durumunda sonuç raporunun bir nüshasının Kurumumuza gönderilmesi gerekmektedir" denilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uz. Dr. Canan GÜLBAYRAK  
Müdür a.  
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

**BELGENİN ASLI  
ELEKTRONİK İMZALIDIR.**

İMZA:

123/11 sokak Poligon Mahallesi Karabağlar  
Aile Sağlığı Birimi için: Ar-Ge Hizmetleri Birimi 02322483310

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden be5c076b-1b21-40ca-bf3b-630ca8728c0 kodu ile erişebilirsiniz.

## EK 3. Anket Formu

Katılımcı No:.....

Sayın Katılımcı,

Bu anket formundan elde edilecek olan bilgiler Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda yürütülmekte olan "*Kadınların Sağlık Okur-yazarlık Düzeyi ile Meme Kanseri Tarama Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi*" adlı tez çalışmasında bilimsel amaçla kullanılacaktır. Vereceğiniz cevaplar doğru sonuçların elde edilebilmesi açısından çok kıymetlidir. Lütfen soruların tümünü yanıtlayınız. Katkınız için teşekkür ederiz.

### 1. Yaşınız:

#### 2.En son bitirdiğiniz okul:

- İlköğretim  Lise  Üniversite  Yüksek Lisans- Doktora

#### 3. Ekonomik durumunuz:

- Düşük  Orta  Yüksek

#### 4. Çalışma durumunuz:

- Ev Hanımı  Çalışıyor  Emekli

#### 5. Kendi kendinize meme muayenesini hangi sıklıkta yaparsınız?

- Hiç yapmadım.  
 Ayda bir kez, düzenli aralıklarla yaparım.  
 Düzensiz aralıklarla yaparım. En son ..... önce yaptım.

#### 6. Bir sağlık personeline klinik meme muayenesi hangi sıklıkta yaptırarsınız?

- Hiç yaptırmadım.  
 Yılda en az 1 kere yaptırırım.  
 Düzensiz aralıklarla yaptırırım. En son ..... önce yaptırdım.

#### 7. Meme ultrasonunu hangi sıklıkta yaptırarsınız?

- Hiç yaptırmadım.  
 Yılda en az 1 kere yaptırırım.  
 Düzensiz aralıklarla yaptırırım. En son ..... önce yaptırdım.

#### 8. Meme mamografisini en son ne zaman yaptırdınız?

- Hiç yaptırmadım.  
 Yılda 1 kere düzenli yaptırdım.  
 2 yılda 1 kere düzenli yaptırdım.  
 Düzensiz aralıklarla yaptırdım. En son ..... önce yaptırdım.

Aşağıdaki cümleleri lütfen kendinize göre tamamlayınız.

**9. Sağlık kuruluşlarında bana verilen kağıtları**

- Her zaman kendim okur ve doldururum  Refakatçime okutur ve doldurturum  
 Sağlık personeline okutur ve doldurturum  Cevapsız bırakırım

**10. Sağlık kuruluşlarında bana verilen kağıtlarda yazılanları**

- Çoğunlukla anlarım  Ara sıra anlarım  Hiç anlamam

**11. Sağlık kuruluşlarında bana verilen kağıtları veya broşürleri**

- Okurum  Başkasına okuturum  Okumadan çöpe atarım

**Meme kanseri ile ilgili önermeleri kendinize uygun biçimde işaretleyiniz.**

	DOĞRU	YANLIŞ	BİLMİYORUM
12. Dünyada her dört kadından biri meme kanseridir.			
13. Meme başında "yeni başlayan akıntı" meme kanseri belirtisi olabilir.			
14. Meme başlarında "asimetri" meme kanseri belirtisi olabilir.			
15. Meme derisinde "portakal görüntüsü" meme kanseri belirtisi olabilir.			
16. Meme kanseri yalnızca 40 yaşından büyük kadınlarda görülür.			
17. Meme kanseri erkeklerde de görülebilir.			
18. Hiç doğum yapmamak meme kanseri riskini artırır.			
19. İlk adet görme yaşının 11'in altında olması meme kanseri riskini azaltır.			
20. Menapoza girme yaşı 50'nin altındaysa meme kanseri görülme riski artar.			
21. Ailede meme kanseri öyküsü olması meme kanseri görülme ihtimalini artırır.			
22. Diyabet (Şeker hastası) olmak meme kanseri riskini artırır.			
23. Yüksek miktarda alkol kullanmak meme kanseri riskini artırır.			
24. Emzirme, meme kanseri görülme riskini artırır.			
25. Doğum kontrol hapı kullanmak meme kanseri riskini azaltır.			
26. Tek memede meme kanseri olması diğer memede de kanser olma olasılığını azaltır.			

**Mamografi hakkındaki ifadeleri kendinize uygun şekilde işaretleyiniz.**

	<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Fikrim yok</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kesinlikle katılıyorum</b>
<b>27.</b> Her mamografi yaptırdığımda meme kanseri tanısı alacakmışım gibi hissediyorum.					
<b>28.</b> Mamografi ağrılı bir işlem olduğu için çektiirmiyorum.					
<b>29.</b> Mamografi pahalı olduğu için çektiirmiyorum.					
<b>30.</b> Mamografi uzun sürdüğü için çektiirmiyorum.					
<b>31.</b> Mamografi sırasında yüksek doz radyasyon alındığı için çektiirmiyorum.					
<b>32.</b> Mamografi hakkında bilgim olmadığı için çektiirmiyorum.					

**33. Meme kanseri hakkında bildiklerinizi nereden öğrendiniz?**

- Doktorunuzdan       Sağlık merkezinden aldığım broşür/ el kitapçıklarından  
 TV- Radyodan       Komşu- Arkadaşlardan        
Diğer.....(Lütfen belirtiniz.)

**34. Meme kanseri taramaları hakkında bilgi almak isterseniz hangi kaynağı kullanmak isterdiniz?**

- Anlayabileceğim bir dilde hazırlanmış "broşür ve el kitapçıkları"  
 Anlayabileceğim bir dilde hazırlanmış "ses kayıtları"  
 Sağlık merkezimde yapılan "eğitim toplantısı"  
 Anlayabileceğim bir dilde hazırlanmış "online ( internetten) eğitim videoları"  
 Anlayabileceğim bir dilde hazırlanmış "internet sitesi"  
 Diğer: .....(Lütfen belirtiniz.)

## EK 4. Sağlıkta Yetişkin Okur Yazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi Formu

### SAğLIKTA YETIşKİN OKUR YAZARLIğININ HIZLI DEğERLENDİRİLMESİ FORMU

1. Liste	2. Liste	3. Liste
Őiřman	Bitkinlik	Alerji
Grip	Pelvik	Regli
Hap	Sarılık	Testis
Doz	Enfeksiyon	Kolit
Göz	Egzersiz	Acil
Stres	Davranış	İlaç
Sürüntü	Reçete	Meslek
Sinirler	Bildirme	Cinsel
Mikroplar	Safra kesesi	Alkolizm
Öğün	Kalori	Tahriş
Hastalık	Depresyon	Kabızlık
Kanser	Düşük	Bel soğukluğu
Kafein	Gebelik	İltihabi
Yakalanma	Artrit	Dişabet
Böbrekler	Beslenme	Hepatit
Hormonlar	Menopoz	Antibiyotik
Uçuk	Apandis	Teşhis
Nöbet	Anormal	Potasyum
Barsak	Frengi	Anemi
Astım	Basur	Őiřmanlık
Rektum	Bulantı	Osteoporoz
Ensest	Yönlendirmek	Çıban
(+) işaretli cevap sayısı:	(+) işaretli cevap sayısı:	(+) işaretli cevap sayısı:
HAM PUAN:.....		





**9. Doktorunuzun iki günde bir almanızı önerdiği bir vitamin ilacının ilk dozunu Salı günü aldınız. İkinci dozunu hangi gün alırsınız?**

.....

**10. Doktorunuzun aç karnına almanızı önerdiği bir ilacı ne zaman alırsınız?**

- 1)Yemekten hemen önce
- 2)Yemekten 1 saat önce
- 3)Yemekle beraber
- 4)Bilmiyorum

**11. Yemekten sonra midenizde yanma, şişlik, hazımsızlık hissediyorsunuz. Bu durumda aşağıdaki kliniklerden hangilerine başvurabilirsiniz?(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)**

- 1)Dâhiliye
- 2)Gastroenteroloji
- 3)Üroloji
- 4) Kardiyoloji
- 5)Acil
- 6)Bilmiyorum

**12. Tuvalete gittiğinizde idrarınızı yaparken yanma ve ağrı hissediyorsunuz. Bu durumda aşağıdaki kliniklerden hangilerine başvurabilirsiniz?(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)**

- 1)Dâhiliye
- 2)Gastroenteroloji
- 3)Üroloji
- 4) Kardiyoloji
- 5)Acil
- 6)Bilmiyorum

**13. Aşağıda belirtilen tarama testlerini yapılma zamanlarına göre doğru harflerle eşleştirip parantezlere yazınız.**

*Bu bölümü sadece kadınlar cevaplayacaktır.*

Kendi Kendine Meme Muayenesi( )	a.50 yaş üstü bireyler için her yıl
Mamografi Tarama Testi( )	b.18 yaşından itibaren her ay
Pap Smear Testi ( )	c.40 yaş üstü kadınlarda iki yılda bir
Bağırsak Kanseri Taraması( )	d.18 yaş üstü kadınlarda üç yılda bir

<b>Aşağıda belirtilen tarama testlerini yapılma zamanlarına göre doğru harflerle eşleştirip parantezlere yazınız.</b> <i>Bu bölümü sadece erkekler cevaplayacaktır.</i>	
Kendi Kendine Testis Muayenesi( )	a.18 yaş ve üzeri erkekler için her ay
Prostat Kanseri Testi ( )	b.50 yaş üstü bireyler için her yıl
Bağırsak Kanseri Taraması ( )	c.50 yaş üstü erkekler için her yıl
<b>14. Aşağıda hastane ile ilgili bazı klinikler verilmiştir. Her kliniği tanımlayan doğru harflerle eşleştirip parantezlere yazınız.</b>	
Dahiliye ( )	a. İdrar Yolu Hastalıkları
Radyoloji ( )	b. Ruh Sağlığı
Psikiyatri ( )	c. Görüntüleme Teknikleri
Kardiyoloji ( )	d. Kalp Damar Hastalıkları
Üroloji ( )	e. İç Hastalıkları
<b>15. Sağlık hizmetleri alırken hasta haklarınızın neler olduğunu biliyor musunuz?</b> 1)Evet 2)Hayır	
<b>16. Sağlık kurumuna başvurunuzda veya sağlık sorunlarınızla ilgili hizmetleri alırken zorlanır mısınız?</b> 1)Evet 2)Hayır	
<b>17. Hastaneden nasıl randevu alabileceğinizi biliyor musunuz?</b> 1)Evet 2)Hayır	
<b>18. Doktor/hemşire'ye sağlık sorununuzu anlatmakta zorluk yaşamışınız?</b> 1)Evet 2)Hayır	
<b>19. Doktora/hemşireye sağlık durumunuz ile ilgili rahatça soru sorabilir misiniz?</b> 1)Evet 2)Hayır	
<b>20. Sağlıkla ilgili haberleri takip eder misiniz?</b> 1)Evet 2)Hayır	
<b>21. Sağlıkla ilgili gazete/dergi v.s okur musunuz?</b> 1)Evet 2)Hayır	
<b>22. Sağlıkla ilgili broşürleri okuma ve anlamada zorlanır mısınız?</b> 1)Evet 2)Hayır	

23. Aşağıda oklarla belirtilen organların adlarını yazınız.

