

T.C.

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

KADINLARDA SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİNİN
MEME KANSERİ TARAMA TUTUMU VE MEME KANSERİ
RİSK ALGISI İLE İLİŞKİLERİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Eren BÜYÜKÖZMEN

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Asya Banu BABAOĞLU

YARDIMCI TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Mustafa TÖZÜN

İZMİR

MAYIS – 2024

T.C.

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

KADINLARDA SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİNİN
MEME KANSERİ TARAMA TUTUMU VE MEME KANSERİ
RİSK ALGISI İLE İLİŞKİLERİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Eren BÜYÜKÖZMEN

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Asya Banu BABAOĞLU

YARDIMCI TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Mustafa TÖZÜN

İZMİR

MAYIS – 2024

TEŞEKKÜR

Asistanlığım boyunca ve tez sürecimde tecrübe ve bilgileriyle her türlü desteği veren tez danışmanım Doç. Dr. Asya Banu BABAOĞLU, anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Mustafa TÖZÜN ve Prof. Dr. Melih Kaan SÖZMEN hocalarıma teşekkürlerimi sunarım.

Biyoistatistik anabilim dalı başkanı Prof. Dr. Ferhan ELMALI'ya dersleri ve bana kattığı bilgiler için teşekkür ederim.

Beraber çalışmaktan keyif aldığım tüm değerli asistan arkadaşlarıma,

Destekleri ile yanımda olan anneme, babama ve kardeşime,

Birlikte bir hayat paylaşmaktan çok mutlu olduğum, en iyi arkadaşım ve eşim Dr. Betül GÜLEÇ BÜYÜKÖZMEN'e çok teşekkür ederim.

Eren BÜYÜKÖZMEN

İzmir-2024

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	IV
TABLolar.....	V
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.Meme Kanseri.....	3
2.1.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi.....	3
2.1.2. Meme Kanseri Risk Faktörleri.....	3
2.1.3. Meme Kanseri Risk Değerlendirme Modelleri.....	7
2.1.4. Meme Kanseri Belirtileri.....	10
2.1.5. Meme Kanseri Erken Tanısında Kullanılan Yöntemler.....	11
2.1.6. Meme Kanseri Erken Teşhisi ve Taramaları.....	13
2.2.Sağlık Okuryazarlığı.....	17
2.2.1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı.....	17
2.2.2. Sağlık Okuryazarlığı Basamakları.....	18
2.2.3. Sağlık Okuryazarlığının Önemi.....	19
2.2.4. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler.....	20
2.2.5. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Belirlenmesinde Kullanılan Araçlar.....	21
2.2.6. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı Araştırmaları.....	25
2.3 Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri İle Meme Kanseri Taramaları Arasındaki İlişki.....	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
3.1. Araştırmanın Tipi.....	27
3.2. Araştırmanın Yeri.....	27
3.3. Araştırmada Örneklem Seçimi.....	27
3.4. Araştırmaya Dahil Olma ve Dışlama Kriterleri.....	27
3.4.1. Dahil Olma Kriterleri.....	27
3.4.2 Dışlama Kriterleri.....	27
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	28
3.5.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri.....	28
3.5.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri.....	28

3.6. Araştırmanın Hipotezleri.....	30
3.7. Veri Toplama Araçları ve Özellikleri.....	30
3.7.1. Meme Kanseri Risk Değerlendirme Aracı (GAIL Modeli).....	31
3.7.2. Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği (TSOY-32).....	31
3.8. Araştırmanın Planlanması ve Uygulanması.....	32
3.9. Araştırma Verilerinin Analizi.....	32
3.10. Araştırmanın Etik Boyutu.....	33
4. BULGULAR.....	34
5. TARTIŞMA.....	51
5.1. Katılımcıların Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Yöntemleri Hakkındaki Bilgi, Davranış ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi.....	51
5.2. Sosyodemografik ve Sağlık İlişkili Özelliklerin Kadınların Mamografi Taramalarına Katılım Üzerine Etkisi.....	54
5.3. Katılımcıların Meme Kanseri Gelişme Riskinin Ulusal ve Uluslararası Verilerle Karşılaştırılması.....	58
5.4. Meme Kanseri Riski ve Risk Algısı ile Mamografi Çekirme Davranışı Arasındaki İlişki.....	58
5.5. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Değerlendirilmesi.....	59
5.6. Sosyodemografik ve Sağlık İlişkili Özelliklerin Kadınların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Üzerine Etkisi.....	59
5.7. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Meme Kanseri Taramalarına Katılım Üzerindeki Etkisi.....	61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	63
7. KISITLILIKLAR	66
TÜRKÇE ÖZET.....	67
İNGİLİZCE ÖZET.....	69
KAYNAKLAR.....	70
EKLER.....	82

SİMGELER VE KISALTMALAR

KETEM: Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ADH: Atipik Duktal Hiperplazi

ALH: Atipik Lobüler Hiperplazi

CDC: Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri

HRT: Hormon Replasman Tedavisi

BKİ: Beden Kitle İndeksi

LCIS: Lobüler Karsinoma in situ

DCIS: Duktal Karsinoma in situ

OKS: Oral Kontraseptif

KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

KMM: Klinik Meme Muayenesi

USG: Ultrasonografi

MRG: Manyetik Rezonans Görüntüleme

NAAL: Yetişkin Okuryazarlığı Ulusal Değerlendirmesi

TABLULAR

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 2. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Davranışları ile İlgili Özellikleri

Tablo 3. Katılımcıların Sağlık ile İlgili Bazı Özellikleri

Tablo 4. Kadınların Bireysel Meme Kanseri Risk Algısı ve Gail Risk Hesaplama Modeline Göre Risk Düzeyleri

Tablo 5. Kadınların Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Yöntemleri Bilgisi ve Bilgiye Ulaşma Yolları

Tablo 6. Kadınların Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemlerini Uygulama Durumları

Tablo 7. En Az Bir Defa Mamografi Çektiren Kadınların Çektirme Nedenleri

Tablo 8. Mamografi Çektirmeyen Kadınların Çektirmeme Nedenleri

Tablo 9. Sosyodemografik Özellikler ile Mamografi Taramalarına Katılım Durumlarının Karşılaştırılması

Tablo 10. Sağlıklı Yaşam Davranışları ile Mamografi Taramalarına Katılım Durumlarının Karşılaştırılması

Tablo 11. Sağlık ile İlişkili Özellikler ile Mamografi Taramalarına Katılım Durumlarının Karşılaştırılması

Tablo 12. Kadınların Bireysel Meme Kanseri Risk Algısı ve Gail Risk Hesaplama Modeline Göre Risk Düzeyleri ile Mamografi Taramalarına Katılım Durumlarının Karşılaştırılması

Tablo 13. Katılımcıların Tsoy32 Ölçeği ve Alt Boyutları Puanları ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

Tablo 14. Sosyodemografik Özellikler ile Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Karşılaştırılması

Tablo 15. Sağlıklı Yaşam Davranışları ile Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Karşılaştırılması

Tablo 16. Sağlık ile İlişkili Özellikler ve Bireysel Meme Kanseri Risk Algısı İle Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Karşılaştırılması

Tablo 17. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ile Mamografi Taramalarına Katılım Durumlarının Karşılaştırılması

Tablo 18. Lojistik Regresyon Analiziyle Mamografi Çektirmeyi Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Tablo 19. Lojistik Regresyon Analiziyle Düzenli Mamografi Çektirmeyi Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi





1.GİRİŞ VE AMAÇ

Meme kanseri dünyada en sık görülen ve kadınlarda en sık ölüme sebep olan kanser türüdür. Dünyada her yıl 2.26 milyon meme kanseri vakası görülmekte ve 685.0000 kişi meme kanserinden hayatını kaybetmektedir (1). Ülkemizde de meme kanseri kadınlarda en sık görülen ve en fazla ölüme neden olan kanser türüdür. Ülkemizde meme kanseri sıklığına baktığımızda bu kansere yönelik erken tanının önemi ortaya çıkmaktadır (2). Meme kanseri için ülkemizde 2008'den beri "Ulusal Kanser Tarama Programı" yürütülmektedir. Ulusal tarama programı kapsamında, kadınların meme kanseri erken tanısı için 40-69 yaş arasında iki yılda bir mamografi çekilmesi önerilmektedir. Bu taramalar ülkemizde yaygın olarak "Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM)" tarafından yürütülmekte, fırsatçı taramalar ise hastanelere başvuru sırasında yapılabilmektedir. Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) kendilerine kayıtlı kişileri programlar hakkında bilgilendirme, taramalara davet etme ve sonuçları iletmede anahtar fonksiyona sahiptir (3).

Sağlık okuryazarlığının birden çok tanımı olmakla beraber sağlık okur yazarlığı "*bireylerin iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması; bilgiyi anlaması ve kullanması için gerekli olan bilişsel ve sosyal beceri kapasitesi*" olarak tanımlanmıştır (4). Sağlık okuryazarlık düzeyleri için farklı gruplandırmalar mevcuttur, ancak genel olarak "yetersiz, sorunlu, yeterli ve mükemmel" olarak gruplandırılmaktadır (5). Türkiye'de sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda sınırlı/sorunlu ve yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyleri %58,4 ile %77,3 arasında değişmektedir (5-8).

Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan bireylerin sağlık hizmetlerinin kullanımında sorunlar yaşadıkları, korucu sağlık hizmetlerini daha az kullandıkları ve tarama programlarına katılımlarının daha sınırlı olduğu görülmektedir (5,9). Meme kanseri taramalarına katılım ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiye baktığımızda çalışmalar büyük oranda sağlık okuryazarlık düzeyi düştükçe meme kanseri taramalarına katılım oranlarının düştüğünü göstermektedir (10).

Bu çalışmanın amacı, T.C. Sağlık Bakanlığı'nın meme kanseri taraması için önerdiği 40-69 yaş aralığındaki kadınların; sağlık okuryazarlığı düzeyleri, meme kanseri riskleri, risk algıları ve meme kanseri tarama programına katılım oranlarının

belirlenmesi ile sağlık okuryazarlığı düzeyinin risk algısı ve mamografi katılım durumuna etkisinin değerlendirilmesidir.



2.GENEL BİLGİLER

2.1. Meme Kanseri

2.1.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türü olmakla beraber kadınlarda kansere bağlı ölümlerde ilk sırada gelmektedir. Toplumda kansere bağlı ölümlerde meme kanseri ikici sıradadır (11). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, 2022 yılında 2.3 milyon kadına meme kanseri teşhisi konmuş ve yaklaşık 670.000 ölüme neden olmuştur. Meme kanseri 185 ülkeden 157'sinde kadınlarda en yaygın görülen kanser türü olarak tespit edilmiştir (12). Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı'nın (IARC) verilerine göre 2022 yılında kadınlarda görülen kanser vakalarının %23,8'ini meme kanseri vakaları oluşturmakta; bunu akciğer kanseri %9,4, kolorektal ise %8,9 ile takip etmektedir. Mortalite oranlarına bakıldığında %15,4 ile yine meme kanseri ilk sırada yer almakta; %13,3 ile akciğer kanseri ve %9,4 ile kolorektal kanser izlemektedir (11).

Ülkemizde kadınlarda meme kanseri sıklığı yüz binde 48.6 olup kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. Kanser tanısı konulan her dört kadından biri meme kanseridir (12). Ülkemizde erken ölümlere bağlı yitirilen yaşam yıllarına (YLL) baktığımızda 2002 yılında bu değer 94,322 iken 2019 yılında %74'lük artışla 164,911'e yükselmiştir (13).

Meme kanseri görülme sıklığı ve mortalite oranları ülkelerin gelişmişlik ve gelir düzeyine göre farklılıklar göstermektedir. Yüksek gelir düzeyi olan ülkelerde insidans yüz binde 83,9 iken mortalitesi yüz binde 12,8'dir. Düşük gelir düzeyli ülkelerde insidans yüz binde 30,6 iken mortalitesi 16,8'dir. Ülkelerin gelir düzeyi artıkça meme kanseri insidansı artmakta, mortalitesi azalmaktadır (11). Bu durumun gelişmiş ülkelerin erken tanı ve tedavideki avantajlı durumlarından kaynaklanmaktadır.

2.1.2. Meme Kanseri Risk Faktörleri

Kontrol Edilemeyen Risk Faktörleri

Cinsiyet: Kadın cinsiyet meme kanseri için ana risk faktörüdür. Erkeklerde de meme kanseri görülebilir ancak bu tüm meme kanserleri içindeki meme kanseri tanısı alan erkeklerin oranı %1'den düşüktür (14,15).

Yaş: Meme kanseri riski yaş ile birlikte artmakta olup tespit edilen vakaların yaklaşık 2/3'ü 50 yaş ve üzeridir (16). ABD Ulusal Kanser Enstitüsü'nün raporlarına göre, 30 yaşındaki bireylerin 10 yıl içinde meme kanserine yakalanma riski %0,49 iken, 40 yaşında bu riskin %1,55, elli yaşında %2,4, altmış yaşında %3,54, 70 yaşında ise %4,09 olduğu bildirilmiştir (17).

Aile Öyküsü: Meme kanseri vakalarının yaklaşık %15 ila %20'sinin kalıtsal olduğu ve bu vakaların birinci ve ikinci derece akrabalarında meme kanseri tanısı aldığı bildirilmektedir (18). Birinci derece akrabalarında (anne, kız kardeş veya kız çocuğu) tek bir meme kanseri tanısı olan kadının riski iki katına, iki akrabası meme kanseri tanısı olan kadının riski yaklaşık üç katına çıkmaktadır. Babası veya erkek kardeşinde meme kanseri tanısı bulunması da kadınlarda meme kanserine yakalanma riskini arttırmaktadır (14).

Gen Mutasyonları: BRCA1 veya BRCA2 gen mutasyonları, meme kanseri riskini artıran en yaygın kalıtsal genetik değişiklikler arasında öne çıkar. Bu gen mutasyonlarına sahip bir kadının 80 yaşına kadar olan süreçte meme kanseri teşhisi alma olasılığı %70'tir. Akrabalarında meme kanseri öyküsü bulunan bireylerde bu oran daha da yükselmektedir (14,19). Genetik yatkınlıkla ilgili olarak, ATM, PALB2, TP53, CHECK2, PTEN, CDH1, STK11 gibi çeşitli gen mutasyonları da bu hastalığın gelişimine neden olabilir (14).

Meme Hastalıkları Öyküsü: Meme kanseri öyküsü olan kadınların karşı memede ikincil meme kanseri gelişme riski genel popülasyona göre yüksektir. Kişisel meme kanseri olan kadınlarda ailesinde de meme kanseri varsa karşı memede ikincil meme kanseri gelişme riski de yaklaşık iki kat yüksektir (20,21). Atipik duktal hiperplazi (ADH) veya atipik lobüler hiperplazi (ALH) gibi meme hastalıkları, genel popülasyona göre meme kanseri gelişme riskini 4-5 kat artırabilir (14,16,22).

Reproduktif Faktörler: İlk menarş yaşı düşük olan (<12 yaş) ve geç menopoza giren kişilerin meme kanserine yakalanma açısından daha riskli oldukları bilinmektedir. Araştırmalara göre, menarşın her yıl gecikmesi, meme kanseri riskini %10 ila %20 oranında azaltabileceği tahmin edilmektedir (14,23). Yapılan büyük çaplı bir vaka kontrol çalışmasına göre menarş yaşındaki 2 yıllık bir gecikme, meme kanseri riskinde %10'luk bir azalmaya neden olurken, menopoza giren kadınlarda her 5 yıllık gecikme %17'lik bir artışa sebep olmaktadır (24). Meme kanseri riskini artırabilen

faktörler arasında, ilk hamileliğin 30 yaşından sonra yaşanması, emzirmeme ve hiçbir zaman tam süreli hamilelik yaşanmaması da bulunmaktadır. Bu risklerin olası bir açıklaması kadınların daha fazla adet döngüsüne sahip olması ve östrojen ve progesterona maruziyetin artması olarak açıklanmaktadır (16,25,26).

Diğer Risk Faktörleri: Uzun boylu kadınların kısa boylu kadınlara göre meme kanseri riskinin daha yüksek olduğu yapılan araştırmalarla göstermiş ancak nedeni tam olarak bulunamamıştır (25).

Yoğun meme dokusuna sahip olan kadınların, meme kanserine yakalanma riski daha fazladır. Yoğun meme dokusunda, yağ dokusuna göre daha fazla bağ dokusu bulunması, bazen mamografide tümörlerin daha zor fark edilmesine yol açabilir (16).

Göğüs bölgesine radyasyon alan kadınlarda meme kanseri riski artmaktadır. Bu risk özellikle radyasyonun alındığı yaş ve radyasyonun dozu ile bağlantılı olup ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde en yüksektir (14,27). Kırk yaş üstü kadınlarda ise göğüs bölgesine alınan radyasyonun meme kanseri riskini arttırdığına ilişkin kanıt yoktur (14).

Dietilstilbestrol geçmişte düşük yapmayı önleyici ilaç olarak kullanmış olup meme kanseri riskini arttırdığı görülmüştür. Hamilelik döneminde bu ilacı kullanan kadınların, kız çocuklarında da meme kanseri riskinin arttığı gözlemlenmiştir (16).

Kontrol Edilebilir Risk Faktörleri

Doğum Kontrol Yöntemleri ve Hormon Replasman Tedavisi: Bilimsel çalışmalar, oral kontraseptif kullanımı ile meme kanseri riskinde tutarlı bir artışa dair kanıtlar sunamamaktadır. Bazı araştırmalarda bu kullanım ile bir risk artışı gözlemlenirken, diğer bazı araştırmalarda böyle bir ilişki belirlenememiştir (28–33). Amerikan Kanser Derneği ve ABD Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (CDC) oral kontraseptif kullanan kadınların, hiç kullanmayan kadınlara kıyasla meme kanseri riskinin hafif derecede artmış olduğunu ifade etmektedir (16,25). Doğum kontrol iğneleri, deri içi implantlar, vajinal halka ve hormonlu rahim içi araçlar ile meme kanseri riski arasında ilişki olduğu öne sürülse de yeterli kanıt bulunamamıştır (25). Hormon replasman tedavisi (HRT), menopoz semptomlarını hafifletmek ve osteoporozu önlemeye yardımcı olmak amacıyla kullanılmaktadır. HRT meme kanseri riskindeki artışla ilişkili ve kullanım süresi arttıkça risk düzeyinin de arttığı

görülmüştür. Yapılan çalışmalarda HRT ile ilişkili risk, östrojen-progesteron kombinasyonu kullananlarda tek başına östrojen kullananlara göre daha fazla bulunmuştur. Hormon replasman tedavisi kullanan kadınlarda tedavinin kesilmesinden sonraki 2 yıl içinde ise meme kanseri riskinin normale döndüğü görülmüştür (25,28,33–36).

Alkol Tüketimi: Araştırmalar alkol tüketimi ile meme kanseri riskinin artmış olduğunu göstermektedir. Bu risk tüketilen alkol miktarı arttıkça artmaktadır (16). Yapılan bir meta-analiz çalışmasında günlük bir birim alkol (yaklaşık 330 ml bira, 150 ml şarap ve %40 alkol içeren içkilerden 40 ml) (37) tüketimine kadar olan düzeyde, meme kanseri riskinde %4, günde üç veya daha fazla birim içki tüketiminde bu riskin %40-50 oranında artmış olduğu görülmüştür (38). Amerikan Kanser Derneği günde bir birim alkollü içki içen kadınlarda, içmeyenlere kıyasla meme kanseri riskinde yaklaşık %7-10 arasında, günde 2 ila 3 birim içki içen kadınlarda bu risk, içmeyenlere göre yaklaşık %20 artmış olduğunu belirtmektedir (25).

Aşırı Kiloluluk veya Obezite: Obezite meme kanseri riskini ve meme kanseri teşhisinden sonra mortalite oranlarını arttırmaktadır. Aşırı kilolu bireylerin menopoz döneminden sonra meme kanseri riski artmaktadır. Bunun nedeni olarak menopozdan sonra östrojenin çoğunun yağ dokusundan gelmesi ve daha fazla yağ dokusuna sahip olan bireylerdeki yüksek östrojen düzeylerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bununla birlikte aşırı kilolu kadınlarda insülin düzeyi yükselmekte ve bu da meme kanseri için risk oluşturmaktadır (25,39).

Fiziksel Aktivite: Fiziksel aktivitenin, meme kanseri riskini yaklaşık %25 oranında azalttığına ve artan fiziksel aktivitenin azalan meme kanseri riski ile ilişkili olduğuna dair çalışmalar mevcuttur. Fiziksel aktivitenin meme kanseri riskini tam olarak nasıl azalttığı net olmamakla birlikte bu etkinin vücut ağırlığındaki azalma ve hormon seviyelerindeki değişikliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir (25,40).

Meme Kanseri Riski Üzerinde Etkisi Belirsiz Olan Faktörler: Diyet, vitaminler, kimyasal maddeler, gece vardiyasında çalışma ve sigara kullanımının meme kanseri ile ilişkisi uzun süredir tartışılmakla birlikte etkileri henüz belirsiz olarak kabul edilmektedir (41). Sigara kullanımı ile ilgili olarak aktif içiciliğin yanı sıra sigara içme süresi, içilen sigara sayısı, sigaraya başlama yaşı ve sigarayı bırakma yılı gibi belirli sigara içme alışkanlıklarının risk faktörü olabileceğine dair çalışmalar

mevcuttur. Sigara içme ile meme kanseri arasındaki ilişki tartışmalı olmakla beraber ABD Genel Cerrahi Derneği sigara kullanmanın meme kanseri riskini artırdığına dair "önemli ancak yeterli olmayan" kanıtların olduğunu bildirmiştir (41–43).

Kanıtlanmamış veya Tartışmalı Meme Kanseri Risk Faktörleri:
Antiperspirantlar, sütyen, kürtaj, meme implantları tartışmalı risk faktörleridir (25,44).

Meme Kanseri Risk Değerlendirme Modelleri

Meme kanserinin gelişme riskinin belirlenmesi, hastalığa erken tanısının konulması ve bu sayede meme kanserine bağlı ölümlerin önlenmesi için büyük bir öneme sahiptir. Bu amaçla tanımlanmış birçok risk faktörünün birleşik etkisini ölçen risk modelleri geliştirilmiştir. Bu modeller, hastalara önerilerde bulunma, taramalar konusunda bilgilendirme, genetik danışmanlık ve testlere yönlendirme, aynı zamanda meme kanseri araştırmalarına katkı sağlamak amacıyla kullanılmaktadır (45,46).

Meme kanseri riskini değerlendirmek amacıyla kullanılan risk modelleri, üç temel kategoride ele alınabilir:

1. Genel meme kanseri riskini hesaplayan programlar,
2. Bireyin genetik meme kanseri riskini değerlendiren programlar,
3. Hem genel hem de genetik risk değerlendirmesi yapan programlar.

Bazı modeller hormonal ve çevresel faktörlere odaklanırken; bazı modeller daha çok kalıtsal riske odaklanır (45–47). Bu modeller arasında Gail, Claus, BOADICEA ve Tyrer-Cuzick gibi risk modelleri, meme kanserinde en yaygın kullanılanlar arasında öne çıkar (47).

Gail Risk Ölçüm Modeli

Meme kanseri risk düzeyini belirlemek için kullanılan Gail modeli ilk olarak Mitchell Gail tarafından geliştirilmiştir. Bu modelin oluşturulmasında, ABD’de 1973-1980 yılları arasında 28 mamografi tarama merkezinde gerçekleştirilen ve 35-74 yaş arası 280.000 beyaz kadını kapsayan ‘Breast Cancer Detection Demonstration Project’ adlı çalışmadan elde edilen veriler kullanılmıştır. (48). Gail modeli, genellikle genetik olmayan etmenlere odaklanarak özellikle reproduktif faktörler üzerinden risk değerlendirmesi gerçekleştirir (46).

Gail risk modelinde hastanın yaşı, etnik kökeni, meme biyopsisi geçmişi ve sayısı, meme biyopsisinde atipik hiperplazi olup olmadığı, ilk menstrüasyon yaşı, canlı doğum yapıp yapmama durumu ve ilk canlı doğum yaşı, birinci dereceden akrabalarında meme kanseri öyküsü sorgulanmaktadır (48). Bu risk faktörleri ile beş yıllık ve ömür boyu (90 yaşına kadar) meme kanseri gelişme risk puanını hesaplayabilmekte ve herhangi bir risk faktörü taşımayan aynı yaş grubundaki bir kadının risk puanı ile karşılaştırabilmektedir. Hesaplanan beş yıllık risk, genel popülasyondan bağımsız olarak %1,67'nin üzerinde olduğunda, birey yüksek risk grubuna dahil edilmektedir. Gail modeli, kemoprevensiyona ihtiyaç duyan kadınları belirlemekte kullanılabilir. Ayrıca yüksek riskli gruplarda, klinik durumu ve yan etki profili uygun olan kadınlarda risk azaltıcı ilaçları kullanma kararını destekler (45,48,49).

Bu model; BRCA1 veya BRCA2 mutasyonu taşıyan kadınların, daha önce invaziv meme kanseri veya in situ meme kanseri öyküsü olan kadınların (lobüler veya duktal) ve bilinen veya şüphelenilen kalıtsal meme kanserine neden olan sendroma sahip kadınların risk belirlenmesinde kullanılmaz (48). Modelinin en önemli kısıtlılıklarında biri ise sadece birinci derece akrabaları içermesidir. Bu durum, baba tarafından geçen riskin gerçekte tahmin edilenden daha düşük olmasına neden olmaktadır (46). Kısıtlılıklarına rağmen Gail modeli genel tarama popülasyonunda kanser riskini tahmin etmek ve gözetim veya kemoprevensiyon için potansiyel ihtiyaca karar vermek için klinikte en yaygın kullanılan modeldir (45).

Claus Modeli

Bu model Claus ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup verileri 'Cancer and Steroid Hormone Study' adlı çok merkezli vaka-kontrol çalışmasından elde edilmiştir (50). Claus Modeli de ailesinde meme kanseri bulunan yani risk altındaki kişiler için daha uygundur. Çünkü bu model; kişinin yaşı, meme kanseri olan birinci ve ikinci derece akraba sayısı, meme kanseri olan birinci ve ikinci derece akrabanın meme kanseri olma yaşı ile kişinin riskini hesaplar (50,51). Daha sonra, Claus modeline, bilateral meme kanseri, yumurtalık kanseri ve üç veya daha fazla etkilenen akraba durumu için risk faktörleri eklenerek 'Genişletilmiş Claus' modeli geliştirilmiştir (45,52,53).

Claus modeli Gail modelinden farklı olarak sadece aile öyküsüne odaklanır. Baba tarafındaki riskler ve ikinci derece akrabalarda modele dahil edilir. Kişiyeye ait biyopsi sonucu (atipik duktal hiperplazi), ilk menarş ve ilk doğum yaşı risk hesaplamada dikkate alınmaz. Gail modeli gibi daha önce invaziv duktal karsinom, duktal karsinoma in situ (DKİS) ve lobüler karsinoma in situ (LKİS) saptanmış olanlara ve BRCA1 veya BRCA2 mutasyonu taşıyan kadınlara uygulanamaz. Bu durum, gerçek riskin beklenen riskten düşük hesaplanmasına yol açabilir. Claus modelinin en büyük dezavantajı kalıtsal faktörler dışındaki risk faktörlerini içermemesidir (45,46,54).

Tyrer-Cuzick Modeli

Bu model BRCA1 ve BRCA2 genlerinin bulunması ile Tyrer, Duffy ve Cuzick tarafından tanımlanmıştır. Model hem kişisel hem de kalıtsal risk faktörlerini hesaba katarak bir kadının, on yıllık ve ömür boyu meme kanseri riskini tahmin eder (45,55,56).

Modelde yaş, beden kitle indeksi (BKİ), menarş yaşı, ilk canlı doğumdaki yaş, canlı doğum sayısı, menopoz yaşı, hormon replasman tedavisi kullanımı ve süresi, meme biyopsileri, hiperplazi varlığı, atipik hiperplazi (duktal veya lobüler), kadının BRCA1 ya da BRCA2 geninde mutasyon veya lobüler karsinoma in situ (LCIS)-duktal karsinoma in situ (DCIS) varlığı ve aile öyküsü olarak meme kanseri ve/veya yumurtalık kanseri olan birinci, ikinci ve üçüncü derece akrabalar; kanser varsa başlangıç yaşı ve iki taraflı meme kanserlerinin varlığı öyküsü dahil edilerek risk hesaplanır (45,56).

Bu modelin en önemli avantajı hem kişisel hem de kalıtsal faktörlerine diğer modellere göre ayrıntılı yer vermesidir. Bu nedenle meme kanseri risk belirlenmesinde en iyi modellerden biri olarak kabul görmektedir (45,46,56).

BOADICEA Modeli

Meme ve over kanseri riski belirlemek için 2002 yılında Antoniou ve arkadaşları tarafından tanımlanmış olup 2004 yılında daha geliştirilmiş bir model olarak yayınlanmıştır. Bu model meme kanseri riskinin yanında; BRCA1 ve BRCA2 gen mutasyonlarını taşıma olasılığı, ailesel göreceli meme kanseri riskini ve karşı memede kanser olma olasılığını da hesaplar. Bu modelde, meme ve yumurtalık kanserini

tahmin etmek için aile öyküsü (meme, over, prostat ve pankreas kanserinden etkilenen veya etkilenmeyen tüm aile üyeleri), cinsiyet (tüm aile üyelerinin), yaş (tüm aile üyelerinin), orta ve yüksek riskli genetik varyantlar (BRCA1, BRCA2, PALB2 vb.), etnik köken, reproduktif öykü, oral kontraseptif (OKS) ve menopozda HRT kullanımı, BKİ, alkol alımı, mamografik yoğunluk, kalıtsal kanser sendromları kullanılarak risk hesaplanır. Bu modelin en önemli avantajlarından biri hem etkilenen hem etkilenmeyen aile üyelerini dahil etmesidir (45,57,58).

2.1.3. Meme Kanseri Belirtileri

Kadınların hayatları boyunca, farklı dönemlerde memelerinde değişiklikler meydana gelmektedir. Menstruasyon dönemi öncesinde veya sırasında, hamilelik süresince, menopoza yaklaştıkça, hormon tedavisi sırasında, postmenopozal dönemde gibi. Bu yüzden kişilerin kendi memelerini tanıması, memelerin dokusunu, döngüsel değişiklikleri, boyutunu ve cilt durumunu tanımları çok önemlidir. Bunun en güzel yolu da aylık yapılması gereken kendi kendine meme muayenesidir (KKMM) (59,60).

Meme kanseri belirtileri arasında en yaygın olanı, ele gelen şişlik veya kitle oluşumudur. Diğer belirtileri;

- Koltuk veya köprücük kemiği üstünde ele gelen bir kitle
- Meme derisinde kalınlaşma, şişme, renk değişikliği
- Meme başında kalınlaşma, kızarıklık veya yara olması
- Memede veya meme başında içeri doğru çekinti olması
- Meme başında akıntı
- Memenin şeklinde ve boyutlarındaki değişiklik
- Meme başlarının pozisyonlarında değişiklik
- Memede hassasiyet ve olağandışı meme ağrısı
- Üst kolda anormal şişlik

Hastalığın ileri evrelerinde metastazlara bağlı kemik ağrısı, nefes darlığı, iştahsızlık, istemsiz kilo kaybı, baş ağrısı gibi diğer nonspesifik semptomlar görülebilir (60–62).

2.1.4. Meme Kanseri Erken Tanısında Kullanılan Yöntemler

Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

Kendi kendine meme muayenesi, kadınların memelerindeki herhangi bir kitle veya değişikliği hem fiziksel hem de görsel olarak kontrol etmeyi amaçlayan rutin bir uygulamadır. Bu muayenenin temel hedefi, kadınların kendi memelerinin normal durumunu bilmeleri, meme topografyasını öğrenmeleri ve gelecekte oluşabilecek değişikliklere karşı farkındalık geliştirmeleridir (63,64). Bu muayenenin 20 yaşından itibaren ayda en az bir kez, adet döngüsünün altıncı ile onuncu günleri arasında yapılması önerilmektedir. Bu zaman diliminde muayene yapılmasının sebebi, bu dönem dışında meydana gelen memedeki şişlikler ve fibrokistik değişikliklerin yanılığa yol açabilmesidir (47,65).

Kendi Kendine Meme Muayenesi sırasında kişinin herhangi bir değişiklik fark etmemesi, mamografi taramalarına katılımı azaltabilmektedir. Bu nedenler DSÖ ve Amerikan Kanser Derneği, rutin meme kanseri tarama programında KKMM'nin bulunmasını önermemektedir (63,66,67). Kendi kendine meme muayenesinin tek başına bir tarama aracı değil diğer tarama yöntemleri ile birlikte kullanılması önerilmektedir. Yapılan çalışmalar KKMM'nin mortaliteyi azaltmaya anlamlı etkisinin olmadığını göstermektedir (63,66,68).

Klinik Meme Muayenesi (KMM)

Klinik meme muayenesi doktor tarafından yapılan tüm meme ve göğüs bölgesini, buradaki lenf nodlarını, köprücük kemiğinin üstünü ve altını ve her iki koltuk altını içeren görsel ve fiziksel muayenedir (64,65). Meme kanseri vakalarının çoğu 40 yaş üzerinde görülse de 40 yaşının altındaki meme kanseri oranı %20'lerdedir. Bu yüzden klinik meme muayenesine 20 yaşında başlanması ve her yıl tekrarlanması önerilmektedir (47).

Yapılan çalışmalar tek başına KMM'nin meme kanserine erken tanı oranlarını arttırması ve meme kanserine bağlı ölümlerin azaltılması ile ilgili etkinliği gösterilmemiş olmasına rağmen KMM meme kitlesinin varlığını belirlemek için birinci basamakta etkili bir tanı aracı olarak görülmektedir (64-66). KMM ile mamografinin beraber kullanılmasının erken tanı oranlarını arttırdığı ve meme kanserine bağlı ölümleri azalttığı görülmüştür (64).

Amerikan Kanser Derneği KKMM ve KMM'ni rutin tarama programının bir parçası olarak önermemesi bu muayenelerin yapılmaması gerektiği anlamına gelmez. KMM erken teşhis konusunda danışmalık verilmesi, genetik ve çevresel riskleri değerlendirerek uygun tarama yöntemlerinin belirlenmesi açısından önemlidir (66).

Mamografi

Mamografi, meme lezyonlarının değerlendirilmesi için geliştirilmiş düşük dozlu görüntüleme yöntemidir (66). Mamografiler tarama ve tanısal olarak ikiye ayrılmaktadır. Tarama mamografisi, semptom göstermeyen kadınlarda klinik olarak şüphelenilmeyen gizli anormalliklerin tespitinde kullanılırken, tanısal mamografi, klinik olarak veya taramayla tespit edilen anormalliklerin ileri incelemesinde kullanılır (69). Tarama amaçlı mamografilerde kanser tespit oranı %0,2-0,8 civarındayken, tanısal mamografiye yönlendirilmiş kişilerde oran %10'a yükselmektedir (70).

Mamografi, kanser olabilecek meme değişikliklerini (özellikle elle hissedilemeyen kitleleri) fiziksel semptomlar ortaya çıkmadan yıllar önce tespit edebilir. Mamografi taraması düzenli olarak yaptırılan kadınlarda meme kanserinin daha erken dönemde teşhis edildiği ve bu sayede meme kanserine bağlı ölümlerin azaldığı gözlemlenmiştir (64,66,69). Yapılan çalışmalarda 50-69 yaş arası kadınlara yönelik mamografi taramasının, meme kanserine bağlı ölümleri yaklaşık %40 oranında azalttığı görülmüştür. Mamografi taraması, özellikle 50 yaş ve üzeri kadınlarda etkili olup, 40 yaş altı kadınlarda meme yoğunluğunun yüksek olması nedeniyle kitlelerin tespitini zorlaştırdığı için önerilmez. Mamografi ayrıca meme kanseri teşhisi konulan hastalarda, diğer memedeki kanseri ve aynı memedeki ikincil lezyonları dışlamak ve tedavi sonrası takip için kullanılmaktadır (69).

Meme Ultrasonografi (USG)

Ultrasonografi, meme kanserinin tespitinde, görüntü eşliğinde biyopsi uygulamalarında ve lenf nodu tanısında önemli bir rol oynamaktadır (71). USG genellikle meme kanseri için rutin bir tarama testi olarak kullanılmamakla birlikte, özellikle yoğun meme dokusuna sahip bireylerde mamografide zor görülebilen alanlarda, kitleler gibi bazı meme değişikliklerinde, yoğun glandüler yapılarda lezyonların morfolojisinin tespit edilmesinde kullanılır. Aynı zamanda mamografide şüpheli bir bölgenin daha iyi incelenmesi amacıyla da kullanılmaktadır (66,71). Meme USG, özellikle içi sıvı dolu bir kist (kanseri olma olasılığı çok düşük olan) ile katı bir

kitle (kanser olmadıklarından emin olmak için ileri inceleme yapılması gereken) arasındaki ayrımı yapmak, mamografide belirgin olmayan ancak elle hissedilebilen anormallikleri araştırmak ve mamografi çekilemeyen bir lezyonun daha detaylı bir görüntüsünü elde etmek için kullanılır (66,69). USG düşük özgüllüğe sahip olması ve tarama programına eklendiğinde maliyeti artırması nedeniyle, genellikle rutin taramada tercih edilmemektedir (47).

Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)

Manyetik rezonans görüntüleme genellikle yüksek risk grubundaki kadınlarda mamografi ve ultrasonografiye ek olarak kullanılan tarama yöntemidir. Meme MRG, meme dokusunu detaylı bir şekilde inceleyebilir ve daha önce tespit edilemeyen lezyonları ortaya çıkarabilir. Bu nedenle, genetik mutasyon taşıyan kadınlar veya aile öyküsünde meme kanseri bulunan bireyler gibi yüksek riskli gruplarda meme MRG taraması ek olarak önerilir. Ancak, bu tarama yönteminin invaziv ve maliyetli olması, yaygın olarak uygulanamaması sebebiyle genel popülasyon için rutin olarak önerilmemektedir. Bu nedenle, meme MRG, belirli risk grupları için ek bir tarama yöntemi olarak düşünülmekte tek başına bir tarama testi olarak genel kullanıma uygun görülmemektedir (66,69).

2.1.5. Meme Kanseri Erken Teşhisi ve Taramaları

Erken Teşhis ve Tarama

Kanserin erken teşhisi, tedavi başarısını önemli ölçüde artırabilir. Bu erken teşhis süreci, tarama ve erken tanı olmak üzere iki temel bileşeni içerir. Tarama, hastalığın preklinik evrelerinde olan olası kanser tanısı alabilecek asemptomatik bireylerin tespitini amaçlar. Erken tanıda, semptomatik hastaların mümkün olduğunca erken tespit edilip kanserin diğer organlara veya çevre dokulara metastaz yapmadan tanı konması hedeflenir. Tarama programları, erken teşhis ve etkili tedavi ile ölüm oranlarının azalması sağlanır (64,72).

Bir tarama programının etkin bir şekilde uygulanması aşağıdaki faktörlere bağlıdır (64).

- Taranan hastalık yaygın olarak görülmeli, yüksek morbidite ve mortalite ile ilişkili olmalıdır
- Taranacak hastalığın latent veya erken semptomatik bir dönemi bulunmalı

- Tarama testlerinin hedef popülasyonda mortalite ve morbiditeyi azaltabileceğine dair güçlü kanıtlar bulunmalıdır
- Kullanılan tarama testleri toplum tarafından kabul edilebilir, güvenli ve uygun maliyetli olmalıdır
- Hastalığın erken evrede tespitinden sonra hastalığın iyileşmesi sağlayacak veya ilerlemesini durdurabilecek etkili tedavi yöntemleri bulunmalıdır
- Taramada çeşitli evrelerde saptanan hastaları için uygun tedavi protokolleri bulunmalıdır
- Hastalığın erken teşhisi için spesifitesi ve sensitivitesi olabildiğince yüksek pratik bir tanı testi mevcut olmalıdır
- Hastalığın tanı, tedavi ve izlemeleri için gerekli muayene, laboratuvar, personel vb. olanaklar yeterli olmalıdır
- Taramanın maliyet-yarar dengesi iyi korunmalı; faydaları, olumsuz maliyetlerinden daha ağır basmalıdır.

Meme Kanseri Taramaları

Meme kanserini erken evrede tespit etmek ve kansere bağlı ölümleri azaltmak için çeşitli tarama yöntemleri kullanılmaktadır. Meme kanseri taramaları, meme kanseri belirtisi veya semptomu olmayan kadınlarda basit testler kullanılarak hastalığın erken tanısını koymayı amaçlamaktadır (72).

Dünya Sağlık Örgütü meme kanseri taramalarında en etkili yöntem olarak mamografiyi önermektedir. Mamografi semptomatik kadınlarda tanı, asemptomatik kadınlarda tarama aracı olarak kullanılmaktadır. Bu taramalardaki amaç kadınların memelerinde meme kanseri ile ilişkili herhangi bir belirti hissetmeden önce tanı koymaktır. DSÖ, mamografi taramaları konusunda ülkelerdeki sağlık sistemlerinin düzeylerine göre çeşitli önerilerde bulunmuştur. Bu öneriler, farklı sağlık altyapısına sahip ülkelerde mamografi taramalarının etkin bir şekilde uygulanabilmesi için çeşitlilik göstermektedir.

- Sağlık sistemleri güçlü, iyi kaynaklara sahip ülkelerde; 50-69 yaş arası kadınlar için iki yılda bir toplum tabanlı mamografi tarama programı önerilmektedir. Ancak, bu ülkelerde 40-49 yaş ve 70-75 yaş arası kadınlar için tarama

programları, araştırma, takip ve değerlendirme bağlamında uygulanmasını tavsiye etmektedir.

- Sağlık sistemlerinin nispeten güçlü olduğu sınırlı kaynaklara sahip ülkelerde; 50-69 yaş arası kadınlar için uygun koşullar sağlandığında her 2 yılda bir toplum tabanlı mamografi tarama programı önemekte olup; 40-49 yaş ve 70-75 yaş arası kadınlara mamografi taraması yapılmasını tavsiye edilmemektedir.
- Sağlık sistemlerinin zayıf olduğu sınırlı kaynaklara sahip ülkelerde, organize toplum tabanlı mamografi tarama programları maliyet etkin ve uygulanabilir olmayabilceğinden dolayı önerilmemektedir. Bu nedenlerden semptomatik kadınların erken teşhisi, hızlı tanı ve tedaviye öncelik verilmesi gerekmekte ve tarama yaklaşımı olarak klinik meme muayenesi değerlendirilmelidir (73).

Amerikan Kanseri Derneği'nin tarama önerileri, 40-54 yaş arası kadınların her yıl düzenli mamografi çektirmesini, 55 yaş ve üstü kadınların ise iki yılda bir mamografi çektirmesini veya yıllık taramalara devam etmesini önermektedir. Tarama, kadının sağlık durumunun iyi olduğu ve en az 10 yıllık yaşam beklentisine sahip olduğu sürece devam etmelidir (66).

Türkiye'de Meme Kanseri Tarama Programı, 2004 yılında Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından Avrupa Birliği ülkelerine benzer ulusal standartlar belirleyerek mamografi taramasının 50-69 yaş arasında ve 2 yılda bir yapılmasını önermiştir. Ancak, ülkemizdeki genç nüfus ve meme kanseri vakalarının yaklaşık yarısının 50 yaş altında ve premenopozal dönemde görülmesi sebebiyle, 2012 yılında Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu tarafından toplum tabanlı meme kanseri tarama programı standartları yeniden düzenlenmiştir. Yüksek risk grubunda olmayan kadınlarda taramaya 40 yaşında başlanması ve 40-69 yaş arasında 2 yılda bir tarama yapılması önerilmektedir.

Ülkemizde meme kanseri taramaları fırsatçı ve toplum tabanlı olarak uygulanmaktadır. Toplum tabanlı taramalar, KETEM tarafından; fırsatçı taramalar ise hastanelere başvuran kadınlara yönelik olarak yapılmaktadır (3,47,74). Ulusal meme kanseri tarama programı çerçevesinde, kadınlara mamografiye ek olarak aylık kendi kendine meme muayenesi yapmaları ve yılda bir klinik meme muayenesi olmaları önerilmektedir. Bu öneriler, meme kanserinin erken teşhisine yönelik bireysel

çabaların ve profesyonel sağlık hizmetlerinin entegre bir şekilde kullanılmasını hedeflemektedir(47,75).

Yüksek riskli gruplarda tarama

Meme kanseri için yüksek risk taşıyan kadınlar;

- Aile geçmişine dayalı risk değerlendirme araçlarına göre yaşam boyu meme kanseri riski %20'den yüksek olan bireyler
- Bilinen bir BRCA1 veya BRCA2 gen mutasyonuna sahip olanlar
- BRCA1 veya BRCA2 gen mutasyonuna sahip birinci derece akrabası bulunanlar
- 30 yaşına gelmeden göğüs bölgesine radyasyon tedavisi görmüş kişiler
- Li-Fraumeni sendromu, Cowden sendromu veya Bannayan-Riley-Ruvalcaba sendromu hastalığına sahip olanlar veya bu sendromlardan birine sahip birinci derece akrabaları bulunanlar olarak tanımlanmıştır (66).

Meme kanseri için yüksek risk taşıyan kadınlar daha erken yaşlarda mamografi ve/veya MRG ve USG ile taranmalı ve bu taramalara genel olarak 30 yaşından itibaren başlanmalıdır. Yüksek riskli kadınlarda meme kanseri taramasında mamografiye ek olarak yapılan USG ve MRG yöntemlerinin etkinliğini araştıran çalışmalarda, MRG'nin yüksek maliyeti olmasına rağmen, duyarlılık ve seçicilik açısından en yüksek performansa sahip olduğu belirlenmiştir (47,66).

Yüksek riskli grupta taramaya;

1. Birinci derece akrabasında meme kanseri olanların 30 yaş altında olmamak şartıyla tanı aldığı yaştan 10 yıl önce başlayıp yıllık mamografi ve MRG görüntülemeleri
2. Yaşam boyu risk \geq %20 grupta MRG taramaya 25 yaşında başlanması ve 30 üzerinde taramaya mamografi eklenmesi
3. Meme koruyucu cerrahi geçiren olgularda radyoterapiden 12 ay sonra ilk görüntüleme yapılması (ilk 2 yıl boyunca istenirse 6 ayda bir görüntüleme yapılabilir) sonra yıllık mamografi ve MRG görüntülemeleri

4. Herhangi bir nedenle yapılan meme biyopsisi sonucu ADH, ALH, LCIS veya meme kanseri tanısı alan hastalarda taramalar tanı anında başlayıp her yıl mamografi ve MRG görüntülemeleri yapılması

5. BRCA gen mutasyonu taşıyıcılığı bilinen veya şüphelenilen grupta MRG ile taramaya 25 yaşında başlanması ve 30 üzerinde taramaya mamografi eklenmesi

6. Toraksa radyoterapi alanlarda tarama 25 yaşından itibaren veya tedaviden 8 yıl sonra (25 yaşından önce olmamak kaydıyla) başlanıp yıllık mamografi ve MRG görüntülemeleri önerilmektedir.

MRG tetkiki tolere edemeyen yüksek riskli grupta mamografiye ilaveten taramada USG yapılabilir (47,76,77).

2.2.Sağlık Okuryazarlığı

2.2.1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk olarak Simonds tarafından 1974 yılında “Sosyal Politika Olarak Sağlık Eğitimi” başlıklı makalede ele alınmıştır (78,79). Ancak akademik olarak ilk bilimsel makalede 1980’li yıllarda, ikincisi ise 1990’lı yılların başında yayımlanmıştır (79). Institute of Medicine tarafından 2004 yılında yayımlanan raporda Amerika Birleşik Devletleri’nde yaşayan erişkin nüfusun yarsının sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu belirtilmiş ve sağlık okuryazarlığı kavramına dikkat çekilmiştir (80). Sağlık okuryazarlığı ile ilgili 2006 yılında 100’ün üzerinde makale yayımlanmış olup sağlık okuryazarlığı kavramının önemi günümüzde giderek artmıştır (79).

Sağlık okuryazarlığı kavramını ile ilgili çeşitli tanımlamalar yapılmış olup Ulusal Sağlık Eğitimi Standartları Ortak Komitesi 1995 yılında Sağlık okuryazarlığını “bireylerin temel sağlık bilgisi ve hizmetlerini elde etme, yorumlama ve anlama yeteneği, bu bilgi ve hizmetleri sağlığı artıracak şekillerde kullanma yetkinliği” olarak tanımlamıştır (79). Don Nutbeam 1998 yılında yaptığı tanıma göre sağlık okuryazarlığı bireylerin motivasyonunu ve yeteneklerini belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler, kişilerin sağlıklarını teşvik eden ve sürdüren bilgiye erişme, anlama ve kullanma konusundaki kapasiteleridir (81).

ABD Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri sağlık okur yazarlığını bireyin kendisi ve etrafındaki insanlar ilgili sağlıkla ilişkili durumlarda uygun kararlar

alabilmek için temel sağlık bilgisi ve hizmetleri alabilme, bilgiyi anlayabilme ve kullanma becerisi olarak tanımlanmıştır (82).

Dünya Sağlık Örgütü bu kavramı "bireylerin kendi, aileleri ve toplulukları için iyi sağlık halinin sürdürülmesi, geliştirilmesi amacıyla sağlıkla ilgili bilgiye erişme, bu bilgiyi anlama ve kullanması için gerekli olan bilişsel ve sosyal beceri kapasitesi yeteneği" olarak ifade etmiştir (83).

Sorensen ve arkadaşları 2012 yılında literatürde sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan farklı tanımlardan yola çıkarak kapsamlı bir tanım yapmayı amaçlamışlardır. Yaptıkları tanıma göre sağlık okuryazarlığı genel okuryazarlık ile bağlantılıdır ve insanların sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında karar almak, yaşam kalitelerini korumak ve yükseltmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıkları önleme amacıyla sağlıkla ilgili bilgiye erişme, bu bilgileri anlama, yorumlama ve uygulamayı hedefleyen bilgi, motivasyon ve yeterlidir (84).

Sağlık okuryazarlığı farklı tanımlamalar kullanılan ve evrim geçiren bir kavramdır, ancak sağlık okuryazarlığı sadece "broşürleri okuma", "randevu alabilme", "gıda etiketlerini anlama", "acil durumlarda karar verebilme" veya "doktorun önerilerine uyma" gibi kavramlardan daha fazlasını ifade etmektedir (83,85). Sağlık okuryazarlığı sadece bireysel bir konu değildir, toplumun sağlığın sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicileriyle ilgili konularda harekete geçmesini de sağlar. Bununla birlikte, hükümetlerin ve sağlık sistemlerinin de topluma, farklı kitlelere uygun, doğru ve erişilebilir bilgi sunma konusunda sorumlulukları vardır (83).

Sağlık Okur Yazarlığı Basamakları

Nutbeam, sağlık okuryazarlığını temel/işlevsel, interaktif/iletişimsel ve eleştirel sağlık okuryazarlığı olmak üzere üç düzeyde ele almaktadır. Bu yaklaşım, sağlık okuryazarlığını sadece temel bilgi ve becerilerle sınırlı kalmayıp, daha derinlemesine anlama, etkileşim ve eleştirel düşünme yeteneklerini de içeren bir perspektiften ele alır. Bu üç düzey şunları içerir:

Temel/İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı: Günlük durumlarda etkili bir şekilde çalışabilmek için okuma ve yazmada yeterli temel beceriler temel sağlık bilgilerini anlama ve kullanma yeteneğini ifade eder. Sağlıkla ilgili temel kavramları anlamak,

basit sağlık bilgilerini okuyup anlamak ve sağlık hizmetlerini kullanma becerisini içerir.

İnteraktif/İletişimsel Sağlık Okuryazarlığı: İleri düzeyde gelişmiş bilişsel ve okuryazarlık becerileri, sosyal becerilerle birleşerek bilgi edinme ve kullanma süreçlerini, çeşitli iletişim yöntemlerinden anlam çıkarabilme yeteneğini ve bu bilgileri yeni durumlara uygulayabilme kapasitesini içerir. Bu beceriler, etkili iletişim kurabilmek ve daha yüksek seviyedeki okuryazarlık için bilişsel ve sosyal yeteneklerin önemini gösterir.

Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı: Bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri eleştirel bir bakış açısıyla değerlendirebilme ve sağlık kararlarını bilgiye dayalı olarak alabilme yeteneğini içerir. Sağlık hizmetlerini eleştirel bir Şekilde değerlendirme, sağlık bilgilerinin sorgulama ve sağlık politikalarına katılım gibi becerileri kapsar.

Bu üç düzey, sağlık okuryazarlığının sadece bilgiye erişim ve anlamla sınırlı olmadığını, aynı zamanda bilgiyi etkili bir Şekilde kullanma, iletişim kurma ve eleştirel düşünme yeteneklerini de içerdiğini vurgular (86).

2.2.2. Sağlık Okuryazarlığının nemi

Sağlık okuryazarlığının birey ve toplum sağlığı üzerinde önemli bir etkisi vardır. Sağlık okuryazarlığı tanı, tedavi veya önerilen yaşam tarzı değeriklikleri gibi sağlıkla ilgili kararları anlama ve uygulama konusunda belirleyicidir. Yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif bir ilişki grlmektedir. Ayrıca, sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan bireylerin genel sağlık, hastalık ve tedavi ile ilgili bilgilerinde özellikle kronik hastalık durumlarıyla ilgili bakım ve hastalığı yönetmede yetersiz oldukları gözlemlenmektedir(87). Araştırmaların çoğu sağlık okuryazarlık düzeyinin bireyin sağlık durumu hakkında sosyodemografik özelliklere göre (yaş, gelir durumu, çalışma durumu, eğitim düzeyi ve ırk veya etnik grup vb.) daha güçlü bir etken olduğunu belirtmektedir (88).

Düşük sağlık okuryazarlığı, bireylerin uygun sağlık kararları vermek için gereken temel sağlık bilgilerinin ve hizmetlerini elde edememesi, işleyememesi ve anlayamaması anlamına gelir. Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi;

- Bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak tedavi hizmetlerinin kullanımında düşüklüğe,

- Hastane randevuları kaçırmamasına, hastaneye ve hastane içindeki birimlere ulaşmada zorluklar yaşamasına,
- Kronik durumlarla ilgili bakım ve hastalığı yönetme becerilerindeki yetersizlik ile kronik hastalıklara bağlı komplikasyonların artmasına, mortalite oranlarında yükselmeye,
- Öz bakım yetersizliğine, tıbbi öneri ve talimatlara uyumda eksiklik yaşanmasına,
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yetersiz düzeyde olmasına,
- Bireylerin hastane/acil servis kullanımında, tetkik yaptırma oranları artışa,
- Önlenebilir hastane yatışlarında artışa, hastanede yatışlarında sıklıklarının ve kalma sürelerinin uzun olmasına,
- Sağlık bakım maliyetlerinde artışa neden olmaktadır (88–92).

Sağlık okuryazarlığının artması, bireylerin sağlık hizmetlerinden daha etkin bir şekilde yararlanmasını, sağlık bilgilerini daha doğru anlaşılmasını sağlar. Bu durum, hastalıkların önlenmesi, erken teşhis edilmesi ve etkili bir şekilde tedavi edilmesi açısından büyük önem taşır. Sağlık okuryazarlığının artması toplumun genel sağlık durumunu ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkiler (82,83,93).

2.2.3. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Sağlık okuryazarlığını etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Bunlar arasında eğitim düzeyi, dil ve kültürel farklılıklar, sosyoekonomik durum, yaş, görsel veya işitsel engeller, sağlık sistemi ve sağlık bilgiye erişim imkanları yer almaktadır (4,80,94,95).

Eğitim düzeyi, sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkileri açısından en belirleyici faktördür (88). Yapılan akademik çalışmalar, bireylerin eğitim seviyesinin artmasıyla sağlık okuryazarlığı düzeylerinin de arttığını göstermektedir. Daha yüksek eğitim seviyesine sahip bireyler genellikle sağlık bilgilerini daha iyi anlar, sağlık hizmetlerini daha etkin bir şekilde kullanır ve sağlık kararlarını bilinçli bir şekilde alabilirler (80,94,96).

Dil ve kültürel farklılıklar da sağlık okuryazarlığını etkileyen önemli bir faktördür. Bireylerin ana dillerinde sağlık bilgilerine erişim imkanı ve sağlık hizmetlerini anlama düzeyi, dil ve kültürel faktörlerle yakından ilişkilidir (80,94).

Sosyoekonomik durum da sağlık okuryazarlığını belirleyen faktörlerden biridir. Düşük gelir seviyesine sahip olan bireyler genellikle sağlık hizmetlerine erişimde ve sağlık bilgilerine ulaşımında zorluklar yaşamaktadır (4,80,94,96).

Yaş, engeller de sağlık okuryazarlığını etkileyen diğer faktörlerdir. Yaşlılar, çocuklar ve engelli bireyler genellikle sağlık bilgilerini anlama ve sağlık hizmetlerini kullanma konusunda ek zorluklarla karşılaşmaktadır (80,96–99).

2.2.4. Sağlık Okur yazarlığının Düzeyinin Belirlenmesinde Kullanılan Araçlar

Sağlık okuryazarlığını düzeyinin belirlenmesinde birçok ölçek kullanılmakta olup 2003 Yetişkin Okuryazarlığı Ulusal Değerlendirmesi (NAAL), Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık okuryazarlığını ölçmek için tasarlanmış ilk büyük ölçekli ulusal değerlendirmedir. NAAL sağlık okuryazarlığı bileşeni, Amerika'daki 16 yaş ve üzeri yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı durumunu belirlemek için yapılmıştır. Değerlendirme sonuçları, yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı becerilerini temel altı, temel, orta ve yeterli olmak üzere dört performans düzeyinde rapor eder. Bu sonuçlar, sağlık okuryazarlığının ölçülmesi ve ilerlemesinin takip edilmesi açısından önemli bir referans olmuştur (100,101).

Sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesinde kullanılan ölçekler, genellikle araştırmanın odaklandığı grup veya popülasyonun demografik özellikleri tarafından belirlenir. Bu demografik özellikler arasında popülasyonun yaş yapısı, hastalık grubu, eğitim düzeyi ve kültürel faktörler önemli bir rol oynar (102,103).

Dünyada ve ülkemizde en yaygın bilinen ve kullanılan ölçekler; Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-REALM), Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini-Revize (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-Revised-REALM-R), Geniş Kapsamlı Başarı Testi (Wide Range Achievement Test-WRAT), Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults-TOFHLA), Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults-Short-TOFLA-S), En Yeni Yaşamsal Belirteç (The Newest Vital Sign-NVS), Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (European Health Literacy Survey Questionnaire-HLS-EU-Q), Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) olarak sıralanabilir (4,90,102,103).

Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-REALM)

REALM ölçeği, Davis ve diğerleri tarafından 1991 yılında geliştirilmiştir. Bu ölçek, doktorların sınırlı okuma becerisine sahip hastaları belirleme ve hastaların okuma seviyelerini tahmin etme amacıyla hızlı bir tarama aracı olarak tasarlanmıştır (104). Ölçek ilk önce 125 kelime olarak tasarlanmış daha sonra REALM-Short (REALM-S) olarak 66 kelimeye indirilmiştir(105). REALM-Revised (REALM-R), 10 kelimelik en kısa formu olan testtir. Bass ve ark tarafından 2003 yılında geliştirilmiştir (104). Ölçek tıbbi terim içeren kelime tanıma testidir ve toplam puana dayalı olarak sağlık okur yazarlığı düzeyi belirler (106). Teste katılımcıların kelimeleri yüksek sesle okunması istemekte, her doğru telaffuz edilen kelime için katılımcı bir puan almaktadır. Sağlık okuryazarlık düzeylerini belirlemek için toplam puanlara göre bireyler, "temel seviye, ilkokul seviyesi, ortaokul seviyesi ve lise seviyesi" olmak üzere dört temel kategoriye ayrılırlar (103,107,108). Ölçek Özdemir ve ark. tarafından Türkçeye uyarlanıp 2010 yılında kullanılmıştır (109).

Geniş Kapsamlı Başarı Testi (Wide Range Achievement Test-WRAT)

REALM ölçeği gibi bireylerin tek tek kelimelerden oluşan bir listeden okuduğu kelime tanıma testleri, genel okuma becerisinin test edildiği ölçektir. Bu testler, muayene eden kişinin hastaya zorluk derecesi kolaydan zora doğru değişen 42 tıbbi olmayan kelime listesi sunarak karmaşık kelimelerin okunmasını içerir. Kelime tanıma testleri; yalnızca tek tek kelimeleri tanıma, okuma ve telaffuz etme becerisini ölçerken, okuduğunu anlama veya yorumlamayı değerlendirmez (90,107,110).

Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults-TOFHLA)

TOFHLA, 1995 yılında Parker ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. TOFHLA, 50 maddelik okuduğunu anlama ve 17 maddelik sayısal yetenek testinden oluşur. Testin uygulanması genellikle 20-25 dakika sürmektedir (111). Ölçek katılımcıları 100 puan üzerinde değerlendirmektedir. Ölçek Sağlık okuryazarlığını;

- 0-59 puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı (sağlık metinlerini okuyup yorumlama konusunda yetersiz)

- 60-74 puan: sınırlı sağlık okuryazarlığı (sağlık metinlerini okuyup yorumlamada zorluk çekme)
- 75-100 puan: yeterli sağlık okuryazarlığı (çoğu sağlık metnini okuyup yorumlayabilme kabiliyetine sahip) olarak sınıflandırmaktadır (112).

Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi-S TOFHLA (Short Test of Functional Health Literacy in Adults), 1999 yılında Baker ve ark. tarafından oluşturulmuştur. Bu test, sağlık okuryazarlığını ölçmek için kısa bir versiyondur. 36 maddelik okuduğunu anlama ve 4 maddelik sayısal yetenek testinden oluşur. Uygulanması en fazla 12 dakika sürmektedir (113). Ölçek sağlık okuryazarlığını;

- 0-16 puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı
- 17-22 puan: sınırlı sağlık okuryazarlığı
- 23-36 puan: yeterli sağlık okuryazarlığı, olarak sınıflandırmaktadır (112).

TOFHLA Ölçeğinin Türkçeye uyarlama çalışması 2014 yılında Üçpunar ve ark. tarafından yapılmış olup Cronbach alfa değeri testin sayısal bölümü için 0,732, sözel bölüm için 0,523 olarak bulunmuştur (114).

En Yeni Yaşamsal Belirteç (The Newest Vital Sign-NVS)

Weiss ve diğerleri (2005) tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinde sınırlı okuryazarlığı hızlı bir şekilde tespit etmek amacıyla geliştirilmiştir (115). Test kişinin besin etiketleri üzerinde yazanları okuması ve anlamasına yönelik altı(dört tanesi hesaplama ve sayısal beceri gerektiren, iki tanesi ürün etiketindeki uygun bilgiyi bulmaya yönelik soru) sorudan oluşmaktadır (103,108,112). Her soru bir puan değerindedir. Ölçekte;

- 0-1 puan aralığı genellikle sınırlı okuryazarlığı
- 2-3 puan aralığı olasılıkla sınırlı okuryazarlığı
- 4-6 puan aralığı ise yüksek ihtimalle yeterli okuryazarlığı olarak sınıflandırılır (112,115).

Ölçeğin İngilizce ve İspanyolca versiyonları için Cronbach alfa katsayıları sırasıyla 0,76 ve 0,69 olarak bulunmuştur (115). Özdemir ve ark. 2010 yılında ölçeğe Türkçeye uyarlayıp kullanmışlardır (109).

Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, 2014 yılında Sezer ve ark. tarafından yetişkin bireylerde Türk toplumuna uygun olarak sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçme aracıdır.

Ölçekte, yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemeye yönelik olarak sağlık bilgileri, ilaç kullanımı ve vücuttaki organların yerini bilme gibi konuları içeren 22 soru ile bir şekil bulunmaktadır. Soruların dağılımı 13 adet evet/hayır, 4 adet boşluk doldurma, 4 adet çoktan seçmeli ve 2 adet eşleştirme sorusu şeklindedir. Ölçeğin puanlaması 0 ile 23 arasında değişmektedir. Ölçekte sağlık okur yazarlığı kategorize edilmemiş olup ölçekten alınan puan arttıkça sağlık okur yazarlık düzeyi artmaktadır (116).

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (European Health Literacy Survey Questionnaire-HLS-EU-Q)

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu (European Health Literacy Survey, HLS-EU) tarafından 2012 yılında geliştirilmiştir (117). Türkçeye uyarlanması Okyay ve ark tarafından 2016 yılında yapılmıştır. Ölçek 47 maddeden oluşmaktadır. Kavramsal çerçeve, sağlıkla ilgili üç boyut (tedavi, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi) ve sağlık konularında karar alma, uygulama bilgi edinme süreçlerini (ulaşma, anlama, karar verme ve uygulama) içermektedir. Her bir madde, 1=Çok zor, 2=Zor, 3=Kolay, 4=Çok kolay olacak şekilde dört farklı dereceye sahiptir. Ayrıca, "Bilmiyorum" ifadesi için 5 kodu kullanılmıştır. Ölçekten elde edilebilecek toplam puan 47 ile 188 arasında değişmektedir. Hesaplama kolaylığı açısından, toplam puan 0 ile 50 arasında bir değere standartlaştırılmıştır.

Sağlık okuryazarlığı düzeyi, elde edilen puana göre

- (0-25) puan : yetersiz sağlık okuryazarlığı
- (>25-33) : sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı
- (>33-42) : yeterli sağlık okuryazarlığı
- (>42-50) : mükemmel sağlık okuryazarlığı olarak dört kategoride sınıflandırılmıştır (5).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)

Okyay ve ark 2016 yılında HLS-EU Çalışması Kavramsal Çerçevesini temel olarak TSOY-32 ölçeğini geliştirmişlerdir (5). Ölçek ASOY-TR temel alınarak hazırlanmış olup 5’li likert tipte 32 sorudan oluşmaktadır. ASOY-TR ölçeğinden farklı olarak kavramsal çerçevesi iki temel boyut, dört süreçten oluşmaktadır (5). Ölçekle ilgi ayrıntılı bilgiler çalışmamızın gereç yöntem kısmında anlatılacaktır.

2.2.5. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı Araştırmaları

ABD’de 2022 yılında yayınlanan ‘Health Literacy in The United States, Enhancing Assessments and Reducing Disparities’ adlı raporda katılımcıların %12’si mükemmel, %50’sinin orta yeterlilikte sağlık okur yazarlığına sahip olduğu vurgulanmıştır (118). Avrupa’da sekiz ülkede (Almanya, Avusturya, Bulgaristan, Hollanda, İrlanda, İspanya, Polonya, Yunanistan) Avrupa Sağlık Okuryazarlık ölçeği kullanılarak yapılan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı araştırmasında yeterli/mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinin %53 olduğu görülmüştür. Ancak üye ülkeler arasında sağlık okuryazarlık düzeyi değişkenli göstermektedir. Hollanda’da yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olanların oranı %1,8’i, Bulgaristan’da bu oran %26,9’dur. Çalışmada, mükemmel/orta düzeyde sağlık okuryazarlık oranı en yüksek olan ülke %71,4 ile Hollanda olarak belirlenirken, %60,0 ile ikinci sırada İrlanda yer almaktadır. Mükemmel/orta düzeyde sağlık okuryazarlık oranı en düşük olan ülke ise %3,9 ile Bulgaristan olup, bunu %41,7 ile İspanya takip etmektedir (119). Sahra Altı Afrika ülkelerinde 2006 ile 2015 yılları arasında gerçekleştirilen çalışmada, katılımcıların %35,77’sinin yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olduğu ve %64,23’ünün ise düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir (120). Ülkemizde 2018 yılında yayımlanan TSOY-32 ölçeği kullanılarak yapılan Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması’nda sağlık okuryazarlığı düzeyleri %30,9 yetersiz, %38,0 sınırlı/sorunlu, 23,4 yeterli, %7,7 mükemmel olarak bulunmuştur(4). Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2024-2028’de Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması 2023 araştırmasının ön sonuçlarına göre sağlık okuryazarlığı yeterli ve mükemmel olanların oranı %45,4 olarak bulunmuştur. Bu oranının 2026 yılında %48’e, 2028 yılında %52’ye yükseltilmesi hedeflenmektedir (121).

2.3. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ile Meme Kanseri Taramaları Arasındaki İlişki

Yüksek sağlık okuryazarlığına sahip bireyler, meme kanseri taramalarının önemini ve erken teşhisin sağladığı avantajları daha iyi anlarlar ve bu nedenle düzenli tarama programlarına daha yüksek oranda katılım sağlarlar. Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireyler ise taramaların gerekliliği konusunda eksik veya yanlış bilgilere sahip olabilirler ve bu durum düzenli tarama katılımını olumsuz yönde etkiler. Bu nedenle yapılan çalışmaların büyük bir kısmında sağlık okuryazarlığının artmasıyla meme kanseri taramalarına katılım oranlarında artış görölmektedir (122–127).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırmamız kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Çalışma T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir Narlıdere 4 Nolu, Çiğli 15 Nolu ve Karşıyaka 17 Nolu Kâtip Çelebi Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinde 01.08.2022-15.01.2023 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmada Örneklem Seçimi

Örneklem büyüklüğü hesaplaması Epi İno 7.2.5.0 3.1 programı kullanılarak yapılmıştır. Daha önce yapılan benzer bir çalışmanın (Keskin O. Ve Çağlayan C. The Relationship Between Participation in Mammography Screening Program and Health Literacy) (127) bulguları kullanılarak yüksek ve düşük Sağlık okuryazarlık gruplarındaki mamografi tarama yüzdelerinin %53 ve %30 olacağı ön görülerek %80 güç ve %95 güven aralığı toplamda en az 180 kişiye ulaşılması gerektiği hesaplanmıştır.

Çalışma 40-69 yaş grubundaki kadınları kapsamaktadır.

3.4. Araştırmaya Dahil Olma ve Dışlama Kriterleri

3.4.1. Dahil Olma Kriterleri

1. 40-69 yaş kadın olmak
2. Çalışmaya katılmayı kabul etmek
3. Sorulara yanıt verecek bilişsel bir engeli olmamak
4. İletişim sorununun olmaması

3.4.2 Dışlama Kriterleri

1. Sağlık personeli olmak
2. Çalışmaya katılmaya uygun olmasına rağmen onay vermeyenler
3. Geçirilmiş veya aktif meme kanseri tanısı olanlar
4. Kişisel öyküsünde herhangi bir meme kanseri, duktal karsinoma in situ (DCIS) veya lobüler karsinoma in situ (LCIS) olan veya daha önce Hodgkin lenfoma tedavisi için göğsüne radyasyon uygulanan kadınlar

5. BRCA1 veya BRCA2 geninde bir mutasyon veya yüksek meme kanseri riski ile ilişkili olabilecek bir genetik sendrom tanısı olanlar

(4. ve 5. maddeler GAİL modelinde risk hesaplaması için kullanılan dışlama kriterleridir.)

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

- Mamografi Çektirme Durumu: Hayatında en az bir defa mamografi çektirenler ve hiç çektirmeyenler olarak sınıflandırılmıştır.
- Düzenli Mamografi Çektirme Durumu: Son iki yıl içinde mamografi çektirmiş olanlar 'düzenli', daha uzun aralıklarla çektirenler 'düzensiz' olarak sınıflandırıldı.

3.5.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

- Sosyodemografik özellikler
 - Yaş: Yıl olarak sorgulanmıştır. Analizlerde '40-49', '50-59' ve '60-69' olarak gruplandırıldı.
 - Öğrenim Durumu: En son mezun olunan okula göre sorgulanmış olup. Okuryazar değil, sadece okuryazar, ilkokul, ortaokul, lise, üniversite ve yüksek okul olarak sorgulanmıştır. Analizlerde 'Ortaokul ve altı' ve 'Lise ve üzeri' olarak gruplandırıldı.
 - Medeni Durum: Katılımcıların beyanlarına göre bekar, evli, boşanmış ve eşi ölmüş olarak sorulmuştur. Bekar, boşanmış ve eşi ölmüş olanlar 'evli olmayanlar' olarak kabul edilip istatistiksel analizlerde 'evli' ve 'evli olmayan' olarak gruplandırıldı.
 - Gelir Getiren İşte Çalışma Durumu: Katılımcıların beyanlarına göre 'evet' ve 'hayır' olarak sınıflandırılmıştır.
 - Sosyal Güvence Varlığı: Katılımcıların beyanlarına göre 'sosyal güvencesi var' ve 'sosyal güvencesi yok' olarak sınıflandırılmıştır.
 - Özel Sağlık Sigorta Varlığı Durumu: Katılımcıların beyanlarına göre 'özel sağlık sigortası var' ve 'özel sağlık sigortası yok' olarak sınıflandırılmıştır.
 - Gelir Durumu: Katılımcıların beyanına göre 'gelirim giderimden az', 'gelirim giderime eşit' ve 'gelirim giderimden fazla' olarak sınıflandırılmıştır.

- Sağlıkla ilişkili özellikler

Boy-kilo: Katılımcıların beyanlarına göre boy ve kiloları toplanmıştır. Kiloları boyun karesine bölerek (kg/m^2) katılımcıların beden BKİ hesaplanmıştır. ABD Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri BKİ'yi;

18.50'nin altı zayıf

18.50-24.99 normal

25.00-29.99 fazla kilolu

30.00 ve üzeri obez olarak sınıflandırılmaktadır (128).

Çalışmamızda analizlerde '30 altı' ve '30 ve üzeri' olarak sınıflandırılmıştır.

Sigara Kullanma Durumu: Katılımcıların beyanlarına göre 'hiç kullanmamış', 'bırakmış' ve 'halen kullanıyor' olarak sınıflandırılmıştır.

Alkol Kullanma Durumu: Katılımcıların beyanlarına göre 'hiç', 'ayda 1 veya daha az', 'ayda 1-2 kez', 'haftada 1 veya üzeri' ve 'her gün' olarak sorgulanmış. 'Alkol kullanmayan' ve 'alkol kullanan' olarak sınıflandırılmıştır.

Fiziksel Aktivite Yapma Durumu: Katılımcılara 'Hiç spor ya da fiziksel aktivite yapmıyorum', 'Ara sıra spor ya da fiziksel aktivite yapıyorum' ve 'Günde 30 dakika ve haftada en az 5 gün hafif veya orta düzeyde fiziksel aktivite yapma durumu (Yürüyüş, hafif koşu, bisiklet veya yüzme gibi)' olarak sorgulanmıştır. Hiç spor ya da fiziksel aktivite yapmıyorum diyenler 'fiziksel aktivite yapmıyorum', Ara sıra spor ya da fiziksel aktivite yapıyorum diyenler ve günde 30 dakika ve haftada en az 5 gün hafif veya orta düzeyde fiziksel aktivite yapma durumu (Yürüyüş, hafif koşu, bisiklet veya yüzme gibi) 'fiziksel aktivite yapıyor' olarak sınıflandırılmıştır.

Kronik Hastalık Varlığı: Katılımcıları 'Doktor tarafından tanı konulan kronik bir hastalığınız var mı' sorusu yöneltilmiş olup 'evet' ve 'hayır' olarak sınıflandırılmıştır. Evet diyenlerin hastalık/hastalıkları yazılı olarak kaydedilmiştir.

- Meme kanseri risk düzeyi: Çalışmamıza katılan kadınların meme kanseri risk düzeyini belirlemek için Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü'nün web sayfasından Meme Kanseri Riski Hesaplama Modeli (Breast Cancer Risk Assesment Tool) başlığı altındaki GAİL modeli kullanılmıştır.
- Meme kanseri risk algısı: Katılımcılara 'kendinizi meme kanseri açısından risk altında görüyor musunuz?' sorusu sorulmuştur. Katılımcıların cevaplarına göre 'evet', 'hayır' ve 'bilmiyorum' olarak sınıflandırılmıştır.

- Sağlık okuryazarlığı düzeyi: Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeylerini değerlendirmek için TSOY-32 ölçeği kullanılmıştır.

3.6.Araştırmanın Hipotezleri

H.0.1 Çalışma grubunun sağlık okuryazarlık düzeyi ile meme kanseri taramalarına katılımları arasında ilişki yoktur.

H.1.1 Çalışma grubunun sağlık okuryazarlık düzeyi ile meme kanseri taramalarına katılımları arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.

H.0.2 Çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri ile meme kanseri taramalarına katılımları arasında ilişki yoktur.

H.1.2 Çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri ile meme kanseri taramalarına katılımları arasında bir ilişki vardır.

H.0.3 Çalışma grubunun sağlıkla ilişkili bazı özellikleri ile meme kanseri taramalarına katılımları arasında ilişki yoktur.

H.1.3 Çalışma grubunun sağlıkla ilişkili bazı özellikleri ile meme kanseri taramalarına katılımları arasında bir ilişki vardır.

H.0.4 Çalışma grubunun sağlık okuryazarlık düzeyi ile meme kanseri riskini doğru algılama arasında ilişki yoktur.

H.1.4 Çalışma grubunun sağlık okuryazarlık düzeyi ile meme kanseri riskini doğru algılama arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.

(Hipotezler H1 hipotez kurma ilkesine göre oluşturuldu.)

3.7. Veri Toplama Araçları ve Özellikleri

Katılımcılara araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik özelliklerini, meme kanseri risk algısını, mamografi taraması yaptırma durumunu içeren 26 sorudan oluşan bir anket ve meme kanseri risk düzeyini belirlemek amacıyla 8 sorudan oluşan Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü'nün web sayfasından Meme Kanseri Riski Hesaplama Modeli (Breast Cancer Risk Assessment Tool) başlığı altındaki GAIL modeli kullanılmıştır. Sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemek amacıyla Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği-32 (TSOY-32) ölçeği kullanılmıştır (5).

3.7.1 Meme Kanseri Risk Değerlendirme Aracı (Gail Modeli)

Meme kanseri risk düzeyini belirlemek için kullanılan Gail modeli ilk olarak Mitchell Gail (17) tarafından geliştirilmiştir. Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü'nün internet sayfasında Meme Kanseri Riski Hesaplama Modeli (Breast Cancer Risk Assessment Tool) başlığı altında bulunan bir bilgisayar programıdır ve araştırmacıların kullanımına açık erişim olarak sunulmaktadır. Bu model bireysel risk faktörlerini kullanarak kadının 5 yıllık ve yaşam boyu meme kanseri riskini hesaplamak ve hangi bireylerde kemoprevansiyonun uygulanması gerektiğini belirlemek için kullanılmaktadır. Bu model beş yıllık meme kanseri risk düzeyi %1,67 ve altında olanları 'düşük risk', '%1,67'nin üstünde olanları 'yüksek risk' olarak gruplandırmıştır. Gail modeli risk düzeyinde kadının şu andaki yaşı (35-85 yaş arası), menarş yaşı, canlı ilk doğum yaşı ya da hiç doğum yapmama, meme kanserli birinci derece yakınının (anne, kız kardeş, kız çocuğu) varlığı ve sayısı, önceki meme biyopsi yaptırap yaptırmadığı ve sayısı, önceki meme biyopsisinde atipik hiperplazi ve ırk yer almaktadır. Gail modeli ile risk hesaplanırken öyküsünde herhangi bir meme kanseri, DCIS veya LCIS olan veya daha önce Hodgkin lenfoma tedavisi için göğsüne radyasyon uygulanan kadınlar ve *BRCA1* veya *BRCA2* geninde bir mutasyon veya yüksek meme kanseri riski ile ilişkili olabilecek bir genetik sendrom tanısı olanlar çalışmaya dahil edilmez.

3.7.2 Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği-32

Sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek için kullanılacak olan TSOY-32 Okyay ve ark. (5) tarafından HLS-EU Çalışması Kavramsal Çerçevesi (HLS-EU CONSORTIUM, 2012) kapsamında 2016 yılında geliştirilen, güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılan ölçek Türkiye'de kullanılmaya başlanmıştır. Ölçek 32 sorudan oluşan 5'li likert tipi bir ölçektir. Ölçek hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi ve tedavi/hizmet olarak 2 ana boyut, sağlık bilgisine ulaşma, sağlık bilgisini anlama, sağlık bilgisini değerlendirme ve sağlık bilgisini uygulama/kullanma olarak 4 süreçten oluşan 2*4'lük bir matris yapıdan oluşmaktadır. Ölçekte yer alan sorular 0 ile 4 arasında puanlanmakta (0=fikrim yok, 1=çok zor, 2=zor, 3=kolay, 4=çok kolay) toplam puan 0 ile 128 arasında değişmektedir. Kullanım kolaylığı açısından ölçeğin değerlendirilmesinde kullanılan indeksler 'İndeks = (ortalama-1) x (50/3)' toplam puan 0 ile 50 arasında olacak şekilde standardize edilmiştir. Sağlık okuryazarlık düzeyi 4 kategoride değerlendirilmiş olup; (0-25) puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı, (>25-

33): sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı, (>33-42): yeterli sağlık okuryazarlığı, (>42-50): mükemmel sağlık okuryazarlığını göstermektedir. Okyay ve ark. (5) yaptığı çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri ölçek geneli için 0.93, “Tedavi ve Hizmet” alt boyutu için 0.88, “Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi” alt boyutu için 0.86 olarak bulunmuştur. Bu ölçek Sağlık Bakanlığınca ‘Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması’ adı altında yayınlanmış olup araştırmacıların kullanımına sunulmuştur.

3.8. Araştırmanın Planlanması ve Uygulanması

1. Çalışmamızda literatüre dayalı hazırlanan 26 soruluk anket, 8 soruluk Gail formu ve 32 soruluk TSOY-32 ölçeği kullanılmıştır. Önce yaklaşık 10 kişilik bir grup ile pilot çalışması yapılmış. Ardından pilot çalışma grubu ile form üzerinde anlaşılmayan sorular vb var ise düzenlemeleri yapılmıştır. Pilot çalışmadaki katılımcıların verileri çalışmaya dahil edilmemiştir.
2. İkinci aşamada Aile sağlığı merkezlerine gidilerek bekleme alanında sıra bekleyen, dahil olma kriterlerine uygun olan kadınlarla yüz yüze görüşülerek anket uygulanmıştır. Görüşmeler ASM eğitim salonu gibi, mahremiyetin sağlanacağı şekilde, iş ve işleyişi aksatmayacak şekilde yürütülmüştür.

3.9. Araştırma Verilerinin Analizi

Veriler IBM SPSS Statistics Standard Concurrent User V 25 (IBM Corp., Armonk, New York, ABD) istatistik paket programında değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler birim sayısı (n), yüzde (%), ortalama \pm standart sapma ($\bar{x} \pm ss$) olarak verildi. Gruplar ile kategorik değişkenler arası ilişkiye kıkare testi ile bakıldı. Rxc tablolarda kıkare testinde ilişki bulunması durumunda kategorilerde gruplar arası farklılık Bonferroni düzeltmeli İki Oran z testi ile belirlendi. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak önemli kabul edildi. Mamografi taramalarına katılım üzerine etkili olan bağımsız değişkenlerin belirlenmesi için geriye doğru elemeli Wald çoklu lojistik regresyon analizlerinden yararlandı. Kurulan modeller lojistik regresyon analizi için uygunluğu Hosmer Lemeshow model uyum iyiliği testi ile değerlendirildi. Regresyon analizleri için $p < 0,10$ değerine sahip değişkenler ve yaş, eğitim durumu modele dahil edildi. Analizler için $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.10. Araştırmanın Etik Boyutu

Bu alışma için Kâtip Çelebi Üniöersitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay (2022/0149 sayılı karar) alınmıştır (EK-1).

İzmir İl Sağlık Müdürlüğünden Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılmak İstenen alışmaları Değerlendirme Komisyonu'nda onay (E-36026262-604.01.02) alınmıştır (EK-2).



3. BULGULAR

Araştırmamıza 180 kadın katılmıştır. Araştırmamıza katılan kadınların yaş ortalaması $53,60 \pm 7,68$ yıl olup %40'ı 50-59 yaş grubundadır. Kadınların %45,6'sı üniversite mezunu, %50'si gelir getiren işte çalışmaktadır. Katılımcıların %70,6'sı evlidir. Katılımcıların %50,6'sı gelir durumlarını gelir-gider dengesi açısından eşit algılamaktadır. Tüm katılımcıların sosyal güvenceleri bulunmakta olup, özel sağlık sigortasına sahip olanların oranı %11,7'dir. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri (N=180)

Değişkenler		
Yaş (ort±ss)	53,60±7,68	
	n	%
Yaş (yıl)		
40-49	62	34,4
50-59	72	40,0
60-69	46	25,6
Öğrenim Durumu		
İlkokul	32	17,8
Ortaokul	22	12,2
Lise	44	24,4
Üniversite	82	45,6
Medeni Durum		
Bekar	27	15,0
Evli	127	70,6
Boşanmış	14	7,8
Eşi Ölmüş	12	6,7
Gelir Getiren İşte Çalışma Durumu		
Evet	90	50,0
Hayır	90	50,0
Sosyal Güvence Varlığı		
Var	180	100
Yok	0	0,0
Özel Sağlık Güvencesi		
Var	21	11,7
Yok	159	88,3
Algılanan Gelir Durumu		
Gelirim giderimden az	70	38,9
Gelirim giderime eşit	91	50,6
Gelirim giderimden fazla	19	10,6

Katılımcıların %22,8'i sigara kullanırken, %73,9'u alkol kullanmamaktadır. Araştırmaya katılanların %39,4'ü ise fiziksel aktivite yapmamaktadır. Katılımcıların sağlıklı yaşam davranışlarını ilgili özellikleri Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Davranışları ile ilgili Özellikleri

Değişkenler	<i>n</i>	%
Sigara içme durumu		
Hayır	117	65,0
Bırakmış	22	12,2
Evet	41	22,8
Alkol kullanma durumu		
Hiç Kullanmıyor	133	73,9
Kullanıyor	47	26,1
Fiziksel aktivite durumu		
Yapmıyor	71	39,4
Yapıyor	109	60,6

Katılımcıların sağlık durumlarına ilişkin bazı özelliklerine baktığımızda vücut kitle indeksi (BKİ) <30 olanların oranı %73,8 olup %52,2'sinde en az bir kronik hastalık bulunmaktadır. Araştırmaya katılanların %11,7'sinin ailesinde meme kanseri öyküsü bulunmaktadır. Aile öyküsü olanların %38,0'ında birinci derece akrabalarında meme kanseri bulunmaktadır. Katılımcıların %7,8'ine meme biyopsisi yapılmış olup, bu bireylerin %14'ünde atipik bulgular tespit edilmiştir. Katılımcıların %81,1'i canlı doğum yapmış olup, ilk canlı doğumda yaş ortalaması 24,05±4,77 yıldır. Katılımcıların ilk menarş yaş ortalaması 12,98±1,32 yıldır. Katılımcıların sağlık ile ilgili bazı özellikleri Tablo 3'te verilmiştir.

Meme kanseri risk algısına bakıldığında kadınların %63,9'u kendini risk altında görmemektedir. Gail risk hesaplama modelinde 1,67'lik kesim noktasına göre 5 yıllık sürede meme kanserine yakalanma riski yüksek olan kadınların oranı %14,4'tür. Topluma göre karşılaştırmalı olarak hesaplanan riske bakıldığında 5 yıllık ve hayat boyu riskli olan kadınların oranı %16,1'dir (Tablo 4).

Tablo 3. Katılımcıların Sağlık ile İlgili Bazı Özellikleri(N=180)

Değişkenler	<i>n</i>	%
BKİ		
<30	141	78,3
≥30	39	21,7
Kronik Hastalık Varlığı		
Var	94	52,2
Yok	86	47,8
Akrabalarında Meme Kanseri Öyküsü		
Var	21	11,7
Yok	159	88,3
Meme Biyopsisi		
Var	14	7,8
Yok	166	92,2
Atipik Bulgu Varlığı*		
Var	2	14,2
Yok	12	85,8
Canlı Doğum Yapma Durumu		
Evet	146	81,1
Hayır	34	18,9
İlk Canlı Doğumdaki Yaş (ort±ss)		24,05±4,77
İlk Menarş Yaşı (ort±ss)		12,98±1,32

*Meme biyopsisi yapılan kadınlar üzerinden değerlendirilmiştir.

Katılımcıların %93,9'u kendi kendine meme muayenesini, %79,4'ü klinik meme muayenesini, %93,9'u mamografiyi, %73,9'u ise meme ultrasonunu duymuştu. Katılımcılar bu bilgilere en çok %72,8 ile hekimden ulaşırken, bunu %62,2 ile televizyon-radyo takip etmektedir. Kadınların meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemleri hakkındaki bilgi düzeyi ve bu bilgilere erişme yolları Tablo 5'te sunulmuştur.

Katılımcıların %82,8'i kendi kendine meme muayenesini yapmayı bilirken, %31,1'i bu muayeneyi ayda bir düzenli olarak yapmaktadır. Hayatları boyunca hiç kendi kendine meme muayenesi yapmayan kadınların oranı %19,4'tür. Kadınların %28,3'ü yılda bir klinik meme muayenesi yaptırdığını belirtmiştir. Kadınların %60'ı hayatlarında en az bir defa mamografi yaptırdığını, %42,7'si son iki yılda mamografi yaptırdığını belirtmiştir. Mamografi yaptıran kadınların %71,3'ü son iki yıl içinde mamografi yaptırmış olup %74,1'i mamografiyi 2. veya 3. Basamak hastanelerde

çektirmişlerdir. Kadınların meme kanseri erken tanı yöntemlerini uygulama durumları Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 4. Kadınların Bireysel Meme Kanseri Risk Algısı ve Gail Risk Hesaplama Modeline Göre Risk Düzeyleri

Değişkenler	<i>n</i>	%
Risk algısı		
Evet	35	19,4
Hayır	115	63,9
Bilmiyorum	30	16,7
Gail modeline göre 5 yıllık risk*		
Düşük	154	85,6
Yüksek	26	14,4
Gail modeline göre 5 yıllık risk§		
Düşük	151	83,9
Yüksek	29	16,1
Gail modeline göre hayat boyu risk§		
Düşük	151	83,9
Yüksek	29	16,1
Doğru risk algısı		
Evet	70	38,8
Hayır	110	61,2

*1.67 kesim noktasına göre hesaplanan risk, § Toplumla karşılaştırmalı olarak hesaplanan risk

Mamografi çektiren kadınların çektirme nedenlerine baktığımızda %66,7’si doktor aracılığı ile tarama amaçlı olarak %31,5’i mamografi çektirmesi gerektiğini bildiği için yaptırmıştır. Mamografi çektirmeyen kadınların %47,2’si mamografi taraması yaptırmaması gerektiğini bilmediği için %36,1’i kendini risk altında görmediğinden dolayı mamografi çektirmemiştir. Kadınların mamografi çektirme ve çektirmeme nedenleri Tablo 7 ve Tablo 8’de gösterilmiştir.

Sosyodemografik özelliklerine göre katılımcıların mamografi çektirme durumları incelendiğinde, 50-59 yaş ve 60-69 yaş aralığındaki kadınların, 40-49 yaş aralığındaki kadınlara kıyasla anlamlı derecede daha fazla mamografi çektirmişlerdir ($p=0,034$). Gelir getiren işte çalışmayan kadınların mamografi çektirme oranı %71,1 olup bu oran, gelir getiren işte çalışan kadınlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,004$). Algılanan gelir durumu ile mamografi çektirme durumuna gelir düzeyi artıkça mamografi çektirme oranları artmaktadır ($p<0,045$). Eğitim durumu, medeni

durum, özel sağlık sigortası varlığı ile mamografi yaptıırma arasında anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 9).

Tablo 5. Kadınların Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Yöntemleri Bilgisi ve Bilgiye Ulaşma Yolları

Değişkenler	<i>n</i>	%
Kendi kendine meme muayenesi duyma durumu		
Evet	169	93,9
Hayır	11	6,1
Klinik meme muayenesi duyma durumu		
Evet	143	79,4
Hayır	37	20,6
Mamografi duyma durumu		
Evet	169	93,9
Hayır	11	6,1
USG duyma durumu		
Evet	133	73,9
Hayır	47	26,1
Bilgiye ulaşma yolları*		
	<i>n</i>	%**
Hekim	131	72,8
Ebe-hemşire	45	25,0
İnternet	90	50,0
Tv-radyo	112	62,2
Tanıdık Çevre	98	54,4
Afiş	83	46,1

n: Kategorilerdeki katılımcı sayısı, %: Yüzde değer *Birden fazla seçenek işaretlenmiştir **Satır yüzdesi olarak verilmiştir.

Tablo 6. Kadınların Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemlerini Uygulama Durumları

Değişkenler	<i>n</i>	%
Kendi kendine meme muayenesi bilme		
Evet	149	82,8
Hayır	31	17,2
Kendi kendine meme muayenesi yapma		
Evet ayda bir	56	31,1
Evet ara sıra	89	49,4
Hayır	35	19,4
Klinik meme muayenesi yaptıırma		
Evet yılda bir	51	28,3
Evet ara sıra	73	40,6
Hayır	56	31,1

Tablo 6. Kadınların Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemlerini Uygulama Durumları (Devam)

Mamografi çekirme		
Evet	108	60,0
Hayır	72	40,0
Mamografi Çektirme (Son iki yıl)		
Evet	77	42,7
Hayır	103	57,3
Mamografi Çektirme Zaman(n=108)		
Son iki yıl	77	71,3
İki yıldan uzun	31	28,7
Mamografi Çektirme Kurum (n=108)		
1. Basamak	28	25,9
2. Veya 3. Basamak	80	74,1

Tablo 7. En Az Bir Defa Mamografi Çektiren Kadınların Çektirme Nedenleri

N=108	n*	%**
Hekim önerisi	72	66,7
Meme ile ilgili hastalık	24	22,2
Aile-arkadaş	12	11,1
Aile öyküsü	10	9,3
Bildiği için	34	31,5
Afiş-broşür	5	4,6
Tarama aracı	4	3,7

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir **Satur yüzdesi olarak verilmiştir.

Tablo 8. Mamografi Çektirmeyen Kadınların Çektirmeme Nedenleri

N=72	n*	%**
Yaptırması gerektiğini bilmeme	34	47,2
Risk görmeme	26	36,1
Rahatsız edici bir işlem olduğunu düşünme	25	34,7
Sonucundan korkma	18	25,0
Maddi imkan yetersizliği	1	1,4
Ulaşım güçlüğü	4	5,6
Sonucu güvenmeme	0	0,0
Erken tanının etkisiz olduğunu düşünme	0	0,0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir **Satur yüzdesi olarak verilmiştir.

Düzenli mamografi çekirme durumuna bakıldığında eğitim düzeyi lise ve üzeri olanlar, ortaokul ve altı olanlara göre son iki yıl içinde mamografi çekirme

oranları anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,018$). Özel sağlık sigortasına sahip olan kadınların son iki yıl içinde mamografi çekirme oranlarının, sigortası olmayanlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksektir ($p=0,034$). Algılanan gelir durumu ile son iki yıl içinde mamografi çekirme durumuna gelir düzeyi artıkça mamografi çekirme oranları artmaktadır ($p<0,007$). Yaş, medeni durumu ve gelir getiren işte çalışma durumu ile düzenli mamografi yaptırma arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 9).

Sağlıklı yaşam davranışlarına baktığımızda sigara, alkol kullanımı ile mamografi çekirme durumu açısından anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir. Fiziksel aktivite yapan kadınlarda mamografi çekirme oranı %76,7 olup, bu oran hiç fiziksel aktivite yapmayanlara göre anlamlı olarak fazladır ($p=0,017$). Düzenli mamografi çekirme durumuna bakıldığında sigara içmenin anlamlı olmadığı görülmüştür. Fiziksel aktivite yapan kadınlarda ve alkol kullanan kadınlarda son iki yıl içinde mamografi çekirme oranları anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,001$, $p=0,018$) (Tablo 10).

Akrabalarında meme kanseri öyküsü olan kadınların mamografi çekirme oranları %90,5 olup bu oran akrabalarında meme kanseri olmayanlara göre anlamlı olarak daha fazladır ($p=0,005$). BKİ, kronik hastalık varlığı ve canlı doğum yapma durumu mamografi davranışlarını etkilememiştir. Akrabasında meme kanseri öyküsü bulunan kadınlarda son iki yıl içinde mamografi çekirme oranı %66,7 olup bu oran akrabalarında meme kanseri olmayanlara göre anlamlı olarak daha fazladır ($p=0,034$). BKİ 25'ten küçük olan kadınlarda da son iki yıl içinde mamografi çekirme oranı daha yüksektir ($p=0,034$). Kronik hastalık varlığı ve canlı doğum yapma durumu ile son iki yıl içinde mamografi çekirme arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 11).

Kadınların meme kanserine yakalanma riskini algılayıp algılamadıkları ile mamografi çekirme davranışları arasındaki ilişki incelendiğinde, riski kendini riskli görenlerin ve riskini görmeyenlerin mamografi çekirme oranları, "riskimi bilmiyorum" diyenlerden anlamlı derecede yüksektir ($p=0,018$). Ancak, riskini evet veya hayır olarak belirtenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Gail risk hesaplama modeline göre 1,67 kesim noktasına göre 5 yıllık, topluma göre karşılaştırmalı olarak 5 yıllık ve hayat boyu riski fazla bulunan bireylerin mamografi çekirme oranları anlamlı olarak fazladır ($p=0,011$, $p=0,012$,

p=0,012). Riskin doğru algılanma ile mamografi çekirme arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Son iki yıl içerisinde mamografi çekirme oranlarıyla risk algısı ve Gail risk hesaplama modeline göre belirlenen 1,67 kesim noktasına göre 5 yıllık risk arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Topluma göre karşılaştırmalı olarak 5 yıllık ve hayat boyu riski fazla bulunan bireylerin son iki yıl içinde mamografi çekirme oranları anlamlı olarak fazladır (p=0,013, p=0,013). Riskin doğru algılanma ile son iki yıl içinde mamografi çekirme arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 12).

Katılımcıların Tsoy-32 ölçeği puan ortalaması 32,81±8,64'tür. Ölçeğin alt boyutlarına bakıldığında tedavi ve hizmet alt boyutunun puan ortalaması 33,65±8,73, hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutunun puan ortalaması 31,99±9,12'dir.

Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeylerine bakıldığında %18,3'ü yetersiz, %36,7'si sorunlu, %27,2'si yeterli, %17,8'i mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyine sahiptir. Ölçeğin alt boyutlarına bakıldığında tedavi ve hizmet alt boyutunda %16,7'si yetersiz, %31,1'si sorunlu, %30,6'sı yeterli, %21,7'si mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyine sahiptir. Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutunda %23,9'u yetersiz, %32,8'i sorunlu, %27,2'si yeterli, %16,1'i mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyine sahiptir (Tablo 13).

Lise ve daha üst düzey eğitim almış bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi, %54,2 olup anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur (p=0,001). Özel sağlık sigortasına sahip olan kadınların %66,7'si yeterli/mükemmel sağlık okur yazarlığına sahip olup olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (p=0,038). Algılanan gelir düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyi artmaktadır (p=0,027). Yaş, medeni durumu ve gelir getiren işte çalışma durumu ile sağlık okur yazarlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 14).

Tablo 9. Sosyodemografik Özellikler ile Mamografi Taramalarına Katılım Durumlarının Karşılaştırılması

	Mamografi Çektirme Durumu			Düzenli Mamografi Çektirme Durumu		
	Evet	Hayır	Test İstatistikleri	Evet	Hayır	Test İstatistikleri
Yaş grupları (yıl), n (%)						
40-49	29 ^a (46,8)	33 (53,2)	$\chi^2=6,943$ $p=0,034$	22 (35,5)	40 (64,5)	$\chi^2=3,780$ $p=0,156$
50-59	49 ^b (68,1)	23 (31,9)		37 (51,4)	35 (48,6)	
60-69	30 ^b (65,2)	16 (34,8)		18 (39,1)	28 (60,9)	
Öğrenim, n (%)						
Ortaokul ve altı	32 (51,6)	30 (48,4)	$\chi^2=2,753$ $p=0,097$	19 (30,6)	43 (69,4)	$\chi^2=5,687$ $p=0,018$
Lise ve üzeri	76 (64,4)	42 (35,6)		58 (49,2)	60 (50,8)	
Medeni Durum, n (%)						
Bekar	16 (59,3)	11 (40,7)	$\chi^2=0,326$ $p=0,525$	13 (48,1)	14 (51,9)	$\chi^2=3,355$ $p=0,187$
Evli	79 (62,2)	48 (37,8)		57 (44,9)	70 (55,1)	
Boşanmış/eşi ölmüş	13 (50,0)	13 (50,0)		7 (26,9)	19 (73,1)	
Gelir Getiren İşte Çalışma Durumu n (%)						
Evet	44 (48,9)	46(51,1)	$\chi^2=9,259$ $p=0,004$	36 (40,0)	54 (60,0)	$\chi^2=0,567$ $p=0,547$
Hayır	64 (71,1)	26 (28,9)		41 (45,6)	49 (54,4)	
Özel Sigorta						
Evet	16 (76,2)	5 (23,8)	$\chi^2=1,889$ $p=0,169$	14 (66,7)	7 (33,3)	$\chi^2=4,493$ $p=0,034$
Hayır	92 (57,9)	67 (42,1)		63 (39,6)	96 (60,4)	
Algılanan Gelir Durumu n (%)						
Gelirim giderimden az	36 (51,4)	34 (48,6)	$\chi^2=4,111$ $p=0,045^*$	22 (31,4)	48 (68,6)	$\chi^2=7,609$ $p=0,007^*$
Gelirim giderime eşit	58 (63,7)	33 (36,3)		43 (47,3)	48 (52,7)	
Gelirim giderimden fazla	14 (73,7)	5 (26,3)		12 (63,2)	7 (36,8)	

a ve *b* üst simgeleri gruplar arası farkı göstermektedir. Aynı harflerin yer aldığı gruplar istatistiksel olarak benzerdir.

*Linear-by-Linear Ki-kare testi

Tablo 10. Sağlıklı Yaşam Davranışları ile Mamografi Taramalarına Katılım Durumlarının Karşılaştırılması

	Mamografi Çektirme Durumu			Düzenli Mamografi Çektirme Durumu		
	Evet	Hayır	Test İstatistikleri	Evet	Hayır	Test İstatistikleri
Sigara İçme Durumu						
<i>n</i> (%)						
Hayır	72 (61,5)	45 (38,5)		53 (45,3)	64 (54,7)	
Bırakmış	14 (63,6)	8 (36,4)	$\chi^2=0,915$	11 (50,0)	11 (50,0)	$\chi^2=2,884$
Evet	22 (53,7)	19 (46,3)	$p=0,650$	13 (31,7)	28 (68,3)	$p=0,236$
Alkol Kullanma Durumu						
<i>n</i> (%)						
Hayır	75 (56,8)	57 (43,2)	$\chi^2=1,621$	49 (37,1)	83 (62,9)	$\chi^2=5,633$
Evet	33 (68,8)	15 (31,3)	$p=0,203$	28 (58,3)	20 (41,7)	$p=0,018$
Fiziksel Aktivite Yapma Durumu						
<i>n</i> (%)						
Hayır	75 (54,7)	62 (45,3)	$\chi^2=5,715$	49 (35,8)	88 (64,2)	$\chi^2=10,349$
Evet	33 (76,7)	10 (23,3)	$p=0,017$	28 (65,1)	15 (34,9)	$p=0,001$

Tablo 11. Sağlık ile İlişkili Özellikler ile Mamografi Taramalarına Katılım Durumlarının Karşılaştırılması

	Mamografi Çektirme Durumu			Düzenli Mamografi Çektirme Durumu		
	Evet	Hayır	Test İstatistikleri	Evet	Hayır	Test İstatistikleri
BKİ						
<30	84 (59.6)	57 (40.4)	$\chi^2=0.001$	59 (41.8)	82 (58.2)	$\chi^2=0.089$
>30	24 (61.5)	15 (38.5)	$p=0,971$	18 (46.2)	21 (53.8)	$p=0,765$
Kronik Hastalık Varlığı n (%)						
Var	61 (64,9)	33 (35,1)	$\chi^2=1,963$	44 (46,8)	50 (53,2)	$\chi^2=1,306$
Yok	47 (54,7)	39 (45,3)	$p=0,173$	33 (38,4)	53 (31,6)	$p=0,253$
Akrabalarında Meme Kanseri Öyküsü n (%)						
Var	19 (90,5)	2 (9,5)	$\chi^2=7,819$	14 (66,7)	7 (33,3)	$\chi^2=4,493$
Yok	89 (55,0)	70 (44,0)	$p=0,005$	63 (39,6)	63 (39,6)	$p=0,034$
Canlı Doğum Yapma Durumu n (%)						
evet	92 (63,0)	54 (37,0)	$\chi^2=2,298$	66 (45,2)	80 (54,8)	$\chi^2=10,562$
hayır	16 (47,1)	18 (52,9)	$p=0,130$	11 (32,4)	23 (67,6)	$p=0,453$

Tablo 12. Kadınların Bireysel Meme Kanseri Risk Algısı ve Gail Risk Hesaplama Modeline Göre Risk Düzeyleri ile Mamografi Taramalarına Katılım Durumlarının Karşılaştırılması

	Mamografi Çektirme Durumu			Düzenli Mamografi Çektirme Durumu		
	Evet	Hayır	Test İstatistikleri	Evet	Hayır	Test İstatistikleri
Risk Algısı n (%)						
Evet	23 (65,7)	12 (34,3)		19 (54,3)	16 (45,7)	
Hayır	74 (63,4)	41 (35,7)	$\chi^2=8,031$	49 (42,6)	66 (57,4)	$\chi^2=3,948$
Bilmiyorum	11 (36,7)	19 (63,3)	$p=0,018$	9 (30)	21 (70,0)	$p=0,139$
Gail modeline göre 5 yıllık risk* n (%)						
Düşük	86 (55,8)	68 (44,2)	$\chi^2=6,520$	63 (40,9)	91 (59,1)	$\chi^2=1,038$
Yüksek	22 (84,6)	4 (15,4)	$p=0,011$	14 (53,8)	12 (46,2)	$p=0,308$
Gail modeline göre 5 yıllık risk§ n (%)						
Düşük	84 (55,6)	67 (44,4)	$\chi^2=6,461$	58 (38,4)	93 (61,6)	$\chi^2=6,237$
Yüksek	24 (82,8)	5 (17,2)	$p=0,012$	19 (65,5)	10 (34,5)	$p=0,013$
Gail modeline göre hayat boyu risk§ n (%)						
Düşük	84 (55,6)	67 (44,4)	$\chi^2=6,461$	58 (38,4)	93 (61,6)	$\chi^2=6,237$
Yüksek	24 (82,8)	5 (17,2)	$p=0,012$	19 (65,5)	10 (34,5)	$p=0,013$
Doğru risk algısı						
Evet	37 (52,9)	33 (47,1)	$\chi^2=2,435$	25 (35,7)	45 (64,3)	$\chi^2=2,335$
Hayır	71 (64,5)	39 (35,5)	$p=0,160$	52 (47,3)	58 (52,7)	$p=0,164$

Tablo 13. Katılımcıların Tsoy32 Ölçeği ve Alt Boyutları Puanları ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

İstatistikler		
Genel İndex		
$\bar{x} \pm ss$	32,81±8,64	
<i>M (min-max)</i>	31,77 (2,60-49,48)	
Tedavi ve Hizmet		
$\bar{x} \pm ss$	33,65±8,73	
<i>M (min-max)</i>	33,33 (7,29-50,0)	
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi		
$\bar{x} \pm ss$	31,99±9,12	
<i>M (min-max)</i>	31,25 (0,0-50,0)	
Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	<i>n</i>	%
Yetersiz	33	18,3
Sorunlu	66	36,7
Yeterli	49	27,2
Mükemmel	32	17,8
Tedavi ve Hizmet		
Yetersiz	30	16,7
Sorunlu	56	31,1
Yeterli	55	30,6
Mükemmel	39	21,7
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi		
Yetersiz	43	23,9
Sorunlu	59	32,8
Yeterli	49	27,2
Mükemmel	29	16,1

±: Ortalama, ss: Standard sapma, *M*: Medyan, min: minimum, max: maksimum

Tablo 14. Sosyodemografik Özellikler ile Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Yetersiz/Sorunlu Yeterli/Mükemmel		Test İstatistikleri
	n (%)	n (%)	
Yaş (yıl)			
40-49	36 (58,1)	26 (41,9)	
50-59	37 (51,4)	35 (48,6)	$\chi^2=0,657$
60-69	26 (56,5)	20 (43,5)	$p=0,720$
Öğrenim Durumu			
İlkokul ve ortaokul	45 (72,6)	17 (27,4)	$\chi^2=11,811$
Lise ve üniversite	54 (48,8)	64 (54,2)	$p=0,001$
Medeni Durum			
Bekar	12 (44,4)	15 (55,6)	
Evli	69 (64,3)	58 (45,7)	$\chi^2=3,432$
Boşanmış/Dul	18 (69,2)	8 (30,8)	$p=0,180$
Gelir Getiren İşte Çalışma Durumu			
Evet	44 (48,9)	46 (51,1)	$\chi^2=2,716$
Hayır	55 (61,1)	35 (38,9)	$p=0,134$
Özel Sağlık Sigortası Varlığı			
Yok	92 (57,9)	67 (42,1)	$\chi^2=4,509$
Var	7 (33,3)	14 (66,7)	$p=0,038$
Algılan Gelir Durumu			
Gelir giderimden düşük	46 (65,7)	24 (34,3)	
Gelir giderime eşit	45 (49,5)	46 (50,5)	$\chi^2=5,336$
Gelir giderimden fazla	8 (42,1)	11 (57,9)	$p=0,027^*$

a ve *b* üst simgeleri gruplar arası farkı göstermektedir. Aynı harflerin yer aldığı gruplar istatistiksel olarak benzerdir

*Linear-by-Linear Ki-kare testi

Fiziksel aktivite yapan kadınların yapmayanlara göre, yeterli/mükemmel sağlık okur yazarlık düzeyi oranı daha yüksektir ($p=0,047$). Sigara ve alkol kullanımı ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 15).

Riski doğru algılayan kadınları sağlık okuryazarlığı puanları riskini yanlış algılayan kadınlara göre yeterli/mükemmel sağlık okur yazarlığı oranları anlamlı olarak yüksektir ($p = 0,004$). BKİ kronik hastalık varlığı ve meme kanseri risk algısı ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 16).

Tablo 15. Sağlıklı Yaşam Davranışları ile Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Yetersiz/Sorunlu	Yeterli/Mükemmel	Test İstatistikleri
	n (%)	n (%)	
Sigara İçme Durumu			
Hayır	68 (58,1)	49 (41,9)	$\chi^2=3,567$ p=0,171
Bırakmış	8 (36,4)	14 (63,6)	
Evet	23 (56,1)	18 (43,9)	
Alkol kullanma durumu			
Hiç	75 (56,8)	57 (43,2)	$\chi^2=0,661$ p=0,498
Evet	24 (50,0)	24 (50,0)	
Fiziksel aktivite yapma durumu			
Hiç	81 (59,1)	56 (40,9)	$\chi^2=3,941$ p=0,047
Evet	18 (41,9)	25 (58,1)	

Tablo 16. Sağlık ile İlişkili Özellikler ve Bireysel Meme Kanseri Risk Algısı ile Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Yetersiz/Sorunlu	Yeterli/Mükemmel	Test İstatistikleri
	n (%)	n (%)	
BKİ			
<30	73 (51,8)	68 (48,2)	$\chi^2=2,738$ p=0,106
>30	26 (66,7)	13 (33,3)	
Kronik hastalık varlığı			
Var	48 (51,1)	46 (48,9)	$\chi^2=1,232$ p=0,296
Yok	51 (59,3)	35 (40,7)	
Risk algısı			
Evet	19 (54,3)	16 (45,7)	$\chi^2=3,369$ p=0,188
Hayır	59 (51,3)	56 (48,7)	
Bilmiyorum	21 (70,0)	9 (30,0)	
Doğru risk algısı			
Evet	23 (32,9)	47 (67,1)	$\chi^2=6,824$ p=0,014
Hayır	58 (52,7)	52 (47,3)	

Sağlık okuryazarlığı ile mamografi çektirme arasındaki ilişkiye baktığımızda mamografi çektiren kadınların genel ölçek, tedavi-hizmet ve hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutlarında yeterli/mükemmel sağlık okur yazarlığı oranları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,001$, $p=0,009$, $p=0,002$). Sağlık okuryazarlığı ile son iki yıl içinde mamografi çektirme arasındaki ilişkiye baktığımızda son iki yıl içinde mamografi çektiren kadınlarda genel ölçek, tedavi-hizmet ve hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutlarında yeterli/mükemmel sağlık okur yazarlığı oranları anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$) (Tablo 17).

İkili lojistik regresyon analizine göre sağlık okuryazarlığındaki yeterli/mükemmel olan kadınların mamografi çektirme oranı 2,9 ($p=0,003$, %95 GA: 1,46-6,02) Fiziksel aktivite yapan kadınlarda mamografi çektirme oranı 3,5 kat ($p=0,009$, %95 GA: 1,46-8,66) daha fazladır. Gail risk hesaplama modeline göre belirlenen 1,67 kesim noktasına göre 5 yıllık riski yüksek olan kadınlar 4,9 kat ($p=0,015$, %95 GA: 1,45-17,02) fazla mamografi çektirmişlerdir. Gelir getiren işte çalışmayan kadınlar 3,5 kat ($p=0,002$, GA: 1,583-8,011) fazla mamografi çektirmişlerdir. Yaş, eğitim durumu, akrabada meme kanseri öyküsü ve risk algısı ile mamografi çektirme arasında ilişki bulunamamıştır (Tablo 18).

İkili lojistik regresyon analizine göre sağlık okuryazarlığındaki yeterli/mükemmel olan kadınların son iki yıl içinde mamografi çektirme oranını 4,2 kat ($p<0,001$, %95 GA: 1,06-1,16) daha fazladır. Yaş gruplarına bakıldığında 50-59 yaş grubunun 40-49 yaş grubuna göre 2,7 kat ($p=0,018$, %95 GA: 1,18-6,14) fazla son iki yıl içinde mamografi çektirmiştir. Fiziksel aktivite yapan kadınlarda son iki yıl içinde mamografi çektirme oranı 3,3 kat ($p=0,004$, %95 GA: 1,46-7,70) daha fazladır. Gail risk hesaplama modelinde topluma göre 5 yıllık riski yüksek olan kadınlar 3,1 kat ($p=0,019$, %95 GA: 1,21-8,37) fazla son iki yıl içinde mamografi çektirmişlerdir. Eğitim durumu, akrabada meme kanseri öyküsü, gelir algısı, özel sağlık sigortası varlığı, alkol kullanma durumu ve risk algısı ile mamografi çektirme arasında ilişki bulunamamıştır (Tablo 19).

Tablo 17. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ile Mamografi Taramalarına Katılım Durumlarının Karşılaştırılması

	Mamografi Çekirme Durumu			Düzenli Mamografi Çekirme Durumu		
	Evet	Hayır	Test İstatistikleri	Evet	Hayır	Test İstatistikleri
Genel İndex						
Yetersiz-Sorunlu	49 (49,0)	51 (51,0)	$\chi^2=11.344$	25 (25,0)	75 (75,0)	$\chi^2=29.051$
Yeterli-Mükemmel	59 (73,8)	21 (23,6)	$p=0,001$	52 (65,0)	28 (35,0)	$p<0,001$
Tedavi ve Hizmet						
Yetersiz-Sorunlu	43 (50,0)	43 (50,0)	$\chi^2=6,862$	23 (26,7)	63 (73,3)	$\chi^2=17,295$
Yeterli-Mükemmel	62 (69,1)	29 (30,9)	$p=0,009$	54 (57,4)	40 (42,6)	$p<0,001$
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi						
Yetersiz-Sorunlu	51 (50,0)	51 (50,0)	$\chi^2=9,808$	27 (26,5)	75 (73,8)	$\chi^2=17,295$
Yeterli-Mükemmel	57 (73,1)	21 (26,9)	$p=0,002$	50 (64,1)	28 (35,9)	$p<0,001$

Tablo 18. Lojistik Regresyon Analiziyle Mamografi Çektirmeyi Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

	β	S.E.	Wald İstatistiği	p	Exp (β)	95% Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
Sabit	-1,234	,360	11,776	,001	,291		
Tsoy							
Yetersiz/Sorunlu	ref						
Yeterli/Mükemmel	1,089	,361	9,107	,003	2,971	1,465	6,028
Yaş							
40-49	ref						
50-59	,597	,407	2,151	,142	1,816	,818	4,030
60-69	-,459	,536	,733	,392	,632	,221	1,808
Fiziksel Aktivite							
Yapmıyor	ref						
Yapıyor	1,272	,453	7,897	,005	3,567	1,469	8,662
Gelir Getiren İş							
Evet	ref						
Hayır	1,270	,414	9,426	,002	3,561	1,583	8,011
Gail 1,67 Kesim Noktasına Göre Risk							
Düşük	ref						
Yüksek	1,603	,628	6,509	,011	4,968	1,450	17,021

Adım 1'de girilen değişkenler: Yaş, eğitim durumu, fiziksel aktivite yapma durumu, akrabada meme kanseri öyküsü, sağlık okuryazarlığı düzeyi, Gail risk hesaplama modeline göre belirlenen 1.67 kesim noktasına göre 5 yıllık riski, gelir getiren işte çalışma durumu, gelir algısı, risk algısı.

Nagelkerke $R^2= 0.270$ Hosmer and Lemeshow Testi: $\chi^2=4,442$ $p=0.728$

Tablo 19. Lojistik Regresyon Analiziyle Düzenli Mamografi Çektirmeyi Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

	β	S.E.	Wald İstatistiği	p	Exp (β)	95% Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
Sabit	-2,100	,407	26,557	,000	,123		
Tsoy							
Yetersiz/Sorunlu	ref						
Yeterli/Mükemmel	1,456	,350	17,304	,000	4,289	2,160	8,517
Yaş							
40-49	ref						
50-59	,994	,420	5,606	,018	2,701	1,187	6,149
60-69	,040	,465	,007	,932	1,041	,418	2,588
Fiziksel Aktivite							
Yapmıyor	ref						
Yapıyor	1,211	,424	8,176	,004	3,358	1,464	7,704
Alkol Kullanma							
Hiç Kullanmamış	ref						
Kullanıyor	,647	,393	2,713	,100	1,910	,884	4,127
Gail 5 Yıllık Toplama Göre Risk							
Düşük	ref						
Yüksek	1,159	,493	5,530	,019	3,186	1,213	8,371

Adım 1'de girilen değişkenler: Yaş, öğrenim durumu, özel sigorta varlığı, fiziksel aktivite yapma durumu, alkol kullanma durumu, gelir algısı, risk algısı, akrabada meme kanseri öyküsü, sağlık okuryazarlığı düzeyi, Gail risk hesaplama modeline göre belirlene topluma göre 5 yıllık riski.

Nagelkerke $R^2= 0.313$ Hosmer and Lemeshow Testi: $\chi^2=12.533$ $p=0.129$

5. TARTIŞMA

Çalışma sonuçları, sağlık okuryazarlığı düzeyi ile mamografi taramalarına katılım düzeyi ve meme kanseri riskini doğru algılama arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Yani, sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükselmesiyle birlikte mamografi taramalarına katılım oranlarının ve meme kanseri riskinin doğru algılanma düzeyinin arttığı görülmektedir.

5.1. Katılımcıların Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Yöntemleri Hakkındaki Bilgi, Davranış ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi

Türkiye’de yapılan bazı çalışmalarda KKMM yapma durumu %13,8 ile %67,7 arasında değişmekte olup (129–135) ayda bir düzenli KKMM yapanlar %10 ile %32 arasındadır (131–138). Çalışmamızda KKMM yapanların oranı %80 iken düzenli yapanların oranı %31’dir (Tablo 6). Klinik meme muayenesi verileri incelendiğinde ise, Türkiye’de KMM yaptırma oranının %18 ile %57,8 arasında olduğu görülmektedir (129,131,133,137,138). Çalışmamızda KMM yaptırmanın oranı %68’dir (Tablo 6). Çalışmamızda Türkiye'deki diğer çalışmalardan daha yüksek KKMM ve KMM oranlarının nedenleri arasında çalışmanın yapıldığı yılın etkisi, tarama programlarının başlatılması veya tanıtılması gibi faktörler önemli rol oynayabilir. Çalışmamıza 40-49 yaş grubu kadınlar katılmıştır. Diğer çalışmalara 18 yaş üstü kadınların alınması, genç kadınların KKKM yapma ve KMM yaptırma olasılığının düşük olabileceği göz önüne alındığında bu oranları düşürmüş olabilir. Ayrıca, incelenen bölgenin sosyoekonomik ve sosyokültürel durumu ile katılımcı seçimindeki kriterlerin belirleyici olabileceği düşünülmektedir.

Kadınların büyük çoğunluğu (%93,6), meme kanseri taraması konusunda bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir, ancak bu bilgiye rağmen tarama testini en az bir kez yaptırmış olanların oranı %60,0 son iki yıl içinde mamografi yaptırma oranı ise %42,7'ye düşmektedir (Tablo 6).

Ulusal ve uluslararası düzeyde yapılan çalışmalarda, mamografi taramasını duyma oranları farklılık göstermektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda mamografiyi duyma oranları %52 ile %96 arasında değişmektedir (129,139–143). Kadınların mamografi farkındalığı ile ilgili Seaman ve ark. tarafından yapılan sistematik

derlemede mamografi farkındalığı %47 ile %99 arasında değişmektedir (144). Mamografinin bilinirliği ile ilgili farklılıkları çalışmanın yapıldığı bölge ve sosyokültürel özelliklerden kaynaklanıyor olabilir. Ülkemizde 2004 yılında KETEM'ler kurulmuş ve “Kadınlarda Meme Kanseri Taramaları için Ulusal Standartları” yayınlamıştır (3). Mamografi farkındalığını artırma amacıyla gerçekleştirilen çalışmalar yapılmıştır. Bu nedenle, ülkemizde yapılan çalışmalarda farklı oranlar genellikle çalışmanın yapıldığı yıl ile ilişkilendirilebilir.

Yurt dışında gerçekleştirilen çalışmalara göre, Amerika Birleşik Devletleri'nde çeşitli etnik kökenlere sahip kadınlar arasında mamografi yaptırma oranları %59 ile %88 arasında, son iki yılda mamografi yaptırma oranları %26 ile %73 arasında değişmektedir (126,145–147). Avrupa'da yapılan çalışmalarda %49-69 (148,149), Pakistan'da %13.8'i mamografi taraması yaptırdığını belirtmiştir, sahra altı Afrika ülkelerinde bu oran %13 olarak bulunmuştur (150,151). Türkiye'nin çeşitli bölgelerinde yapılan çalışmalarda en az bir kere mamografi çekirme oranları %11 ile %63 arasında, son iki yılda mamografi çekirme oranları %5 ile %49 arasında değişmektedir (129,135–137,139,140,152,153). Ulusal Kanser Kontrol Planı'na göre, tarama programı kapsamında hedeflenen kadın nüfusunun %30-35'i taranmıştır. Ancak, hedefin nüfusun en az %70'inin taranması beklenmektedir (3). Yapılan çalışmalarda mamografi oranlarının ülkelerin gelişmişlik düzeylerine bağlı değişiklik gösterdiği görülmüştür. Ülkemizde yapılan araştırmalarda meydana gelen farklılıkların, araştırmanın yapıldığı yıl, bölgesel farklılıklar, katılımcıların sosyokültürel ve öğrenim düzeylerindeki değişkenlikler gibi faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu çalışmada mamografi yaptırma oranı ülkemizde yapılan diğer çalışmalardan daha yüksek olmasına rağmen ulusal standart hedeflerin altındadır. Bu çalışmadaki kadınların mamografi taraması açısından daha duyarlı bir grup olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda mamografi taramalarına katılmama nedenlerini incelediğimizde, katılımcıların ilk üç sıradaki nedenler arasında yaptırması gerektiğini bilmeme, kendini risk altında görmeme, mamografinin rahatsız edici ve ağrılı bir işlem olduğunu düşünme yer almaktadır (Tablo 8). Ülkemizde ve uluslararası alanda yapılan çalışmalarda, kadınların mamografi yaptırmama nedenleri arasında en sık bilgi eksikliği, şikayetinin olmaması ve bu testi gerekli görmeme, ağrılı işlem olması, vakit ayıramama ve kadın personel kaygısı gibi faktörler bulunmuştur

(129,134,143,150,154–156). Bu çalışmaların ve kendi çalışmamızın bulgularına göre, mamografi taramalarına katılmama nedenleri arasında en öne çıkan faktörler bilgi eksikliği ve mamografiyi rahatsız edici ve ağırlı bir işlem olarak algılamasıdır. Bu bulgular, mamografi taramalarına katılımı artırmak için bilgilendirme ve farkındalık artırma çalışmalarının önemini vurgulamaktadır. Ayrıca, mamografi taramalarının erişilebilirliğini ve işlemin kolaylığını vurgulamak amacıyla çeşitli faaliyetlerin yürütülmesi, katılım oranlarını artırabilir. Bu faaliyetler arasında, mamografi taramasının ağrısız olduğunu, yeni dijital cihazların daha az baskı uyguladığını vurgulayan öğrenim çalışmaları yer alabilir. Çalışmamızda veri olmamasına rağmen, kültürel değerlerin göz önüne alınması taramalara katılımın artırılması açısından önemlidir.

Katılımcıların meme kanseri erken tanı ve tarama ile ilgili bilgilere en fazla doktordan daha sonra TV-radyo, internet ve tanıdık çevrelerinden ulaştıkları görülmüştür (Tablo 5). Dişçigil ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, bilgi kaynağı olarak televizyon ilk sırada yer almakta olup, daha sonra doktor ve yazılı medya gelmektedir (157). Özyayın ve ekibinin çalışmasında ise, doktor ilk sırada yer almakta ve buna televizyon ve yazılı medya izlemektedir (139). Karakoyunlu Şen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, kanser taramalarıyla ilgili bilgiye en çok diğer sağlık personelinde ulaşılmış olup, daha sonra televizyon, gazete veya internet ve daha düşük oranda (%21) aile hekiminden edinilmişlerdir (153). Bu çalışmalar bizim çalışmamızda olduğu gibi meme kanseri erken tanı ve tarama ile ilgili bilgilere erişimde doktorların önemini vurgulamaktadır.

Çalışmamıza katılan kadınların %25'inin 1. basamak sağlık kuruluşunda mamografi yaptırdığı görülmüştür (Tablo 6). Gök Uğur ve ark. yaptıkları çalışmada KETEM'lerin bilinirliğini %57 olarak bulmuşlardır (137). Kanser taramaları, birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli bir yer tutmaktadır. Karakoyunlu Şen ve ekibinin yaptığı çalışmada, aile hekimlerinden bilgi edinme oranının düşük olması dikkat çekicidir. Bu durum, kanser taramalarıyla ilgili bilgiye erişimde aile hekimlerinin rolünün belirginleştirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Ancak, diğer çalışmalarda olduğu gibi, çalışmamızda birinci basamak hekimleri ile ikinci ve üçüncü basamak hekimleri arasında ayırım yapılmamıştır.

5.2. Sosyodemografik ve Sağlık İlişkili Özelliklerin Kadınların Mamografi Taramalarına Katılım Üzerine Etkisi

Hayatın herhangi bir döneminde mamografi çekme ile yaş arasında ilişkiye bakıldığında; yapılan çalışmaların bir bölümünde ilişki bulunurken, bazı çalışmalarda bu ilişki gösterilememiştir. Açıkgöz ve ark. ve Sözmen ve ark. 50-59 yaş grubundaki kadınların diğer yaş gruplarına göre daha fazla mamografi çektiğini gözlemlemişlerdir (154,158). Uğur ve ark. 60-69, Sentell ve ark. 50-64, Pagan ve ark. 50-69 yaş grubundaki kadınların diğer yaş gruplarına göre daha fazla mamografi çektiğini saptamışlardır (125,126,137). Ülkemizde ve yurt dışında yapılan bazı yayınlarda bu ilişki görülmemiştir (124,136,141,152). İkili analizlerde 40-49 yaş grubunun diğer gruplara göre mamografi çekme oranlarının daha düşük olduğu gözlemlenmiştir. Çoklu lojistik regresyon analizlerinde ise yaşın mamografi çekme üzerindeki etkisi kaybolmuştur (Tablo 9) (Tablo 18).

Düzenli olarak mamografi çekme verileri incelendiğinde tek değişkenli analizlerde, yaş ile düzenli mamografi çekme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamış olup çok değişkenli analizlerde 50-59 yaş grubunun mamografi taramalarına katılımının diğer faktörler kontrol edildiğinde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 9) (Tablo 19). Özaydın ve ark., Borrayo ve ark. tarafından gerçekleştirilen kesitsel çalışmalarda, düzenli mamografi çekme durumuna ilişkin olarak en yüksek oranın 50-59 yaş grubunda olduğu saptanmıştır(139,159).Pagan ve ark., White ve ark. ve Lopez ve ark. yaptıkları çalışmalarda yaş grupları ile düzenli mamografi çekme arasında ilişki bulunamamıştır (126,147,160).

Çalışmalardaki yaş gruplarının farklı ayrılışlarına göre değişen sonuçlara rağmen, genellikle yapılan araştırmalar 50-59 yaş aralığındaki kadınların diğer yaş gruplarına göre daha fazla mamografi çektiğini göstermektedir. Tarama politikalarına bakıldığında bu sonucun olağan bir bulgu olduğunu görülmektedir. 50-59 yaş aralığı, mamografi taramasının en etkili olduğu yaş grubudur (69). Bu yaş grubunda mamografi taramalarının yüksek çıkması olumlu bir durumdur, ancak katılımın daha da artırılmalıdır. Özellikle bu yaş grubunda fırsatların kaçırılmaması gerekmektedir.

Çalışmamızda öğrenim durumu ile mamografi çekirme arasında bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 9). Yurtiçi ve yurt dışında yapılan çalışmalarda öğrenim düzeyi ile mamografi taraması arasındaki ilişkiyi içeren çalışmalar mevcuttur. Ancak, bu çalışmaların sonuçları tutarlı değildir ve bazı çalışmalarda anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (124–127,136,142,152,157,161). Bennet ve ark. 65 üstü bireylerde yaptıkları çalışmada hayatında en az bir kez mamografi çektiren kadınların öğrenim düzeyleri daha yüksekti (123). Sözmen ve ark., Ba ve ark. Marquez ve ark. ve Lopez ve ark. yaptıkları çalışmalarda öğrenim düzeyi arttıkça mamografi çekirme oranlarının arttığı görülmüştür (151,158,160,162). Düzenli mamografi çekirme ile öğrenim düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde, lise ve üzeri öğrenim seviyesine sahip olan kadınların daha yüksek oranda düzenli mamografi çektirdikleri gözlemlenmiştir. Çok değişkenli analizde öğrenim durumu ile düzenli mamografi çekirme arasında fark bulunamamıştır (Tablo 9) (Tablo 19). Huang ve ark. ve Pagan ve ark. yaptıkları çalışmalarda fark bulunamamış olup (126,163) çalışmaların genelinde lise ve üzeri öğrenim alanların düzenli mamografi çekirme oranlarının daha fazla olduğu görülmüştür (139,147,160,164–166). Yüksek öğrenim seviyesine sahip bireylerin genellikle sağlık konularında daha bilinçli olabileceği ve sağlık hizmetlerine daha fazla erişime sahip olabileceği varsayımıyla, öğrenim seviyesinin artmasıyla mamografi gibi kanser tarama hizmetlerine katılımın artması beklenmektedir. Ancak, bu ilişki tam olarak gösterilememiştir.

Çalışmamızda medeni durum ile mamografi çekirme ve düzenli mamografi çekirme arasında ilişki bulunamamıştır (Tablo 9). Yapılan birçok çalışmada medeni durumu ile mamografi çekirme ve düzenli mamografi çekirme arasında ilişki bulunamamıştır (124,126,127,137,141,146,167,168). Bazı çalışmalarda evli kadınların daha fazla oranda mamografi çektirdikleri saptanmıştır (151,158,160). Kim ve ark. , Borrayo ve ark. , Marquez ve ark. evli kadınların düzenli mamografi çekirme oranlarının daha fazla olduğunu saptamışlardır (159,162,169).

Çalışmamızda ikili ve çoklu analizlerde gelir getiren işte çalışmayan kadınların daha fazla mamografi çektirdikleri saptanmıştır (Tablo 9)(Tablo 18). Uğur ve ark.'nın yaptıkları çalışmada emekli veya çalışmayan kadınların daha fazla mamografi çektirdikleri görülmüştür (137). Keskin ve ark. yaptıkları çalışmada çalışmayan kadınların daha fazla mamografi çektirdikleri gözlenmiştir (127). Ulusal ve uluslararası yapılan diğer çalışmalarda gelir getiren işte çalışma ile mamografi

çektirme arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (124,152,154,167,169). Çalışmamızda düzenli mamografi çektirme ile gelir getiren bir işte çalışma durumu ile fark bulunamamıştır (Tablo 9). Marquez ve ark. yaptıkları çalışmamada da bu ilişki gösterilememiştir (162). Kadınların mamografi çektirmeme nedenlerinden biri zaman bulamamalarıdır. Bu bağlamda, emekli veya çalışmayan kadınların daha fazla zaman bulmalarından dolayı mamografi çektirdikleri düşünülebilir. Tarama ekiplerinin herhangi bir işte çalışmayan kadınları, telefon ederek çağırması da gelir getiren işte çalışma durumundaki farklılığa sebep olmuş olabilir.

Çalışmamızda algılanan gelir durumu ile mamografi çektirme durumu arasında ikili analizlerde fark bulunmuş olup çoklu analizde bu ilişki kaybolmuştur (Tablo 9). İkili analizlerde algılanan gelir düzeyi ile düzenli mamografi çektirme arasında ilişki bulunmuş olup çoklu analizlerde gelir düzeyi etkisini kaybetmiştir (Tablo 9) (Tablo 19). Bazı çalışmalarda gelir düzeyi arttıkça düzenli mamografi yaptırma oranının arttığı görülmüştür (163,166,169). Pagan ve ark yaptıkları çalışmada gelir düzeyi ile düzenli mamografi yaptırma arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (126).

Çalışmamızda mamografi çektirme ile özel sağlık sigortası arasında ilişki bulunmamıştır (Tablo 9). İkili analizlerde özel sağlık sigortasına sahip olanları düzenli mamografi çektirme oranlarının anlamlı daha yüksek bulunmuş olup çok değişkenli analizlerde bu ilişki kaybolmuştur (Tablo 9) (Tablo 19). White ve ark. yaptıkları çalışmada özel sağlık sigortasına sahip olan bireylerin düzenli mamografi çektirme oranlarının daha fazla olduğu görülmüştür (147).

Çalışmamızda sigara içme durumu ile mamografi ve düzenli mamografi çektirme arasında ilişki bulunamamıştır (Tablo 10). Yapılan çalışmalardan bazıları, sigara içme ile mamografi çektirme arasında ilişki bulunmadığını gösterirken (142,152,157,162), diğer çalışmalarda sigara içmeyen kadınların mamografi çektirme oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (158,167).

Çalışmamızda mamografi çektirme ile alkol kullanımı arasında ilişki bulunmamıştır (Tablo 10). İkili analizlerde alkol kullanan kadınların düzenli mamografi çektirme oranlarının anlamlı daha yüksek bulunmuş olup çok değişkenli analizlerde anlamlılığını kaybetmiştir (Tablo 10) (Tablo 19). Şen ve ark. yaptığı çalışmada, alkol kullanan kadınların sağlık algısının daha yüksek olduğu ve yüksek sağlık algısına sahip kadınların daha fazla mamografi çektirdiği görülmüştür (153).

Borrayo ve ark. yaptığı çalışmada, hispanik olmayan beyaz kadınlarda alkol kullanan bireylerin daha yüksek oranda düzenli mamografi yaptırdığı saptanmıştır (159). Lee ve ark. çalışmasında ara sıra alkol kullanan kadınlar düzenli kullanan ve hiç kullanmayan kadınlara göre daha fazla oranda düzenli mamografi yaptırmışlardır (166). Komenaka ve ark. çalışmasında alkol kullanan kadınların daha fazla oranda mamografi yaptırdığı görülmüş ama anlamlı bulunmamıştır (167). Huang ve ark. yaptıkları çalışmada alkol kullanımı ile düzenli mamografi yaptırmada ilişki bulunamamıştır (163).

Çalışmamızda yapılan ikili ve çoklu analizlerde, fiziksel aktivite yapan kadınların daha fazla mamografi yaptırdıkları ve düzenli mamografi yaptırmada oranlarının daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 18) (Tablo 19). Huang ve ark. çalışması fiziksel aktivite ile mamografi yaptırmada ilişki bulunamamış olsa da, diğer araştırmalarda fiziksel aktivite yapan kadınların mamografi yaptırmada oranlarının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (124,158,163). Özyayın ve ark. ve Lee ve ark. yaptıkları çalışmalarda fiziksel aktivite yapan kadınların düzenli mamografi yaptırmada oranlarının daha fazla olduğu görülmüştür (139,166). Fiziksel aktivite yapan kadınların olumlu sağlık davranışlarının daha fazla olduğu ve bu nedenle mamografi yaptırmada daha fazla katıldığı düşünülmektedir.

Akrabada meme kanseri öyküsünün mamografi yaptırmada katılımı üzerine etkisini değerlendiren birçok çalışma bulunmaktadır (Tablo 11). Bazı çalışmalar, akrabada meme kanseri öyküsü olan bireylerin mamografi yaptırmada daha sık katıldığını göstermektedir (127,157,161,170). Bununla birlikte, bazı çalışmalar akrabada meme kanseri öyküsünün mamografi yaptırmada katılımı üzerinde belirgin bir etki bulunamamıştır (139,141,142,154,167). Özyayın ve ark. yaptıkları çalışmada aile öyküsü ile düzenli mamografi yaptırmada ilişki bulunmazken Borrayo ve ark. ailesinde meme kanseri olanların düzenli mamografi yaptırmada oranlarının daha fazla olduğunu saptamışlardır (139,159). Çalışmamızda tek değişkenli analizde akrabada meme kanseri öyküsü ile mamografi yaptırmada ve düzenli mamografi yaptırmada anlamlı bir ilişki varken çok değişkenli analizlerde bu fark bulunamamıştır (Tablo 11) (Tablo 19). Tek değişkenli analizde elde edilen bulgular, diğer faktörlerin etkisi kontrol edildiğinde özellikle risk düzeyinin belirlenmesinde kullanılan modelin (Gail), ailede birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsünü içermesinden dolayı geçerliliğini yitirmiş olabilir.

Çalışmamızda mamografi ve düzenli mamografi çektirme ile BKİ arasında ilişki bulunmamıştır (Tablo 11). Komenaka ve ark. ve Martin-Lopez ve ark. BKİ ile mamografi çektirme arasında ilişki bulunmuştur (160,167). Damiani ve ark. ve Borrayo ve ark. BKİ 30'da küçük olan kadınların daha fazla oranda düzenli mamografi çektirdiklerini saptamışlardır (159,164).

5.3. Katılımcıların Meme Kanseri Gelişme Riskinin Ulusal ve Uluslararası Karşılaştırılması

Türkiye'de gerçekleştirilen GAİL modeli kullanılarak yapılan risk hesaplamaları çalışmalarında, beş yıl içine meme kanseri gelişme riski yüksek bireylerin oranları üzerinde farklı sonuçlar ortaya konmuştur. Bu sonuçlara göre, Turhan ve ark. %7.1, Erbil ve ark. %7.4, Mermer ve ark. %18.1, Açıkgöz ve ark. %9.0, Ceber ve ark. %17.6, ve Ulusoy ve ark. %7.7 olarak yüksek riskli bireylerin oranlarını rapor etmiştir(154,171–175).Owens ve ark. 5718 kadında yaptıkları çalışma beş yıllık riski %12.3 , Sabatino ve ark. 6410 kadında yaptıkları çalışmada riski %15.7 olarak hesaplamışlardır (176,177). Çalışmamızda kadınların %14.4'ü yüksek riskli olarak bulunmuştur. Turhan ve ark. ve Erbil ve ark. çalışmalarında katılımcıların büyük bölümünün 50 yaşın altında olduğu görülmektedir (171,172). Gail modelinde yaş ile beraber 5 yıllık risk artmakta ve bizim çalışmamızın bu çalışmalara göre daha yüksek oranda riskli bireylere sahip olması olasıdır. Riskin daha yüksek bulunduğu çalışmaların İzmir ilinde yapılması (154,173,174) dikkat çekici olup bunun nedeni İzmir'in İlk doğumdaki ortalama anne yaşının en yüksek olduğu iller arasında yer alması olabilir (178).

5.4. Meme Kanseri Riski ve Risk Algısı ile Mamografi Çektirme Davranışı Arasındaki İlişki

Çalışmamızda risk algısı ile mamografi çektirme durumu karşılaştırıldığında, kendini riskli gören ve görmeyen grupların, riskini bilmeyen gruba göre daha fazla mamografi çektirdikleri görülmüştür. Bu fark çoklu analizlerde kaybolmuştur. Düzenli mamografi çektirme ile risk algısı arasında ilişki bulunamamıştır (Tablo 12 ve 18). Riskini doğru algılayan kadınlar ile yanlış algılayan kadınlar arasında mamografi ve düzenli mamografi çektirme arasında fark bulunamamıştır (Tablo 12). Ulusal ve uluslararası yapılan bazı çalışmalarda kendini yüksek riskli gören bireylerin mamografi çektirme oranları daha yüksek bulunmuştur (171,179–181). Kim ve ark.

yaptıkları çalışmada düzenli mamografi çekirme ile risk algısı arasında ilişki bulunmamıştır (182). Zhang ve ark yaptıkları çalışma kendini yüksek riskli olarak algılayan bireylerin mamografi yaptırma oranı 63.9 iken, düşük riskli olan bireylerin mamografi yaptırma oranları %76'dır. Son bir yıl içinde mamografi çekirme oranları kendini düşük riskli olarak algılayan bireylerde anlamlı olarak fazladır (183).

Eren ve ark. yaptığı çalışmada, risk düzeyi ile mamografi ve düzenli mamografi çekirme arasında bir ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir (184). Turhan ve ark. çalışmasında ise yüksek riskli kadınların daha fazla oranda mamografi çektiği gözlemlenmiştir (171). Sabatino ve ark. ise yüksek riskli bireylerin hem mamografi hem de düzenli mamografi çekirme oranlarının daha yüksek olduğunu belirlemiştir (177). Çalışmamızda beş yıllık riski yüksek bireyler daha fazla oranda mamografi ve düzenli mamografi çekirmişlerdir.

5.5. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızdaki kadınların %45'i yeterli/mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir (Tablo 13). 2018 yılında yapılan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması'nda kadınlarda yeterli/mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyi %27,6'dır (4). ABD'de yapılan sağlık okuryazarlığı araştırmasında %62 mükemmel/orta, %38 temel/temel altı olarak bulunmuştur (118). Avrupa'da sekiz ülkede yapılan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı araştırmasında yeterli/mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinin %53 olduğu görülmüştür (119). Çalışmamızdaki sağlık okuryazarlık düzeyi Türkiye genelinde iyi düzeyde olup, Amerika ve Avrupa'nın altında bulunmuştur.

5.6. Sosyodemografik ve Sağlık İlişkili Özelliklerin Kadınların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Üzerine Etkisi

Çalışmamızda yaş ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki bulunmamıştır (Tablo 14). Kadınlarda sağlık okuryazarlığının artan yaş ile azaldığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır(135,185–187). Bazı çalışmalar da yaş ile ilişki bulunmamışlardır (188–190). Huang ve ark. 50-65 yaş, Yılmaz ve ark. 50-69 yaş grubunun daha yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğunu saptamışlardır (152,191). Bu sonuçlar, yaş ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin farklı yaş grupları arasında değişkenlik gösterebileceğini öne sürmektedir. Çalışmanın sadece 40-69 yaş aralığındaki kadınları

kapsaması, yaş ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi netleştirmekte yetersiz olabilir.

Çalışmamızda lise ve üzeri öğrenimi olanların daha yüksek oranda yeterli/mükemmel okuryazarlığına sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 14). Ulusal ve uluslar arası yapılan çalışmalar bizim bulgumuzu desteklemekte öğrenim düzeyi artışı ile sağlık okur yazarlık düzeyi artmaktadır (152,186,189–193).

Araştırmamızda medeni durum ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki bulunmamıştır (Tablo 14). Ilgaz ve ark., Harsch ve ark ve Tsai ve ark yaptıkları çalışmalarda medeni durum ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki saptamamışlardır (189,193,194). Çelikkanat ve ark yaptıkları çalışmada bekar kadınların Garbers ve ark. çalışmasında evli olan kadınların sağlık okuryazarlık düzeyleri daha yüksektir (185,192).

Çalışmamızda gelir getiren işte çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınlar arasında fark sağlık okur yazarlığı düzeyi arasında fark yoktur (Tablo 14). Garbes ve ark. çalışmasında ev hanımlarının sağlık okuryazarlık düzeyi düşüktür (185). Ilgaz ve ark. çalışmasında emekli ve çalışan kadınların çalışmayan kadınlara göre sağlık okuryazarlık düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (194). Ayaz-Alkaya ve ark., Tsai ve ark., Goto ve ark. ve Harsch ve ark. yaptıkları çalışmalarda gelir getiren işte çalışma ile sağlık okuryazarlığı arasında bir ilişki saptamamıştır (186,188,189,193).

Gelir durumu ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişkiye bakıldığında ulusal ve uluslararası yapılan çalışmaların çoğu gelir düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyinin arttığını göstermektedir (135,152,163,186,188,193). Çalışmamızda geliri giderine eşit ve giderinde fazla olanların, geliri giderinden az olanlara göre sağlık okur yazarlık düzeyleri daha yüksektir (Tablo 14). Ayrıca çalışmamızda özel sağlık sigortası bulunan kadınların da sağlık okuryazarlık düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Tablo 14). Lindau ve ark. özel sağlık sigortası bulunan kadınlarda sağlık okuryazarlık düzeylerini daha yüksek bulmuşlardır (190).

Çalışmamızda sigara içme ve alkol kullanma durumu ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki bulunmamıştır (Tablo 15). Sigara ve alkol kullanımı ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında ilişki bulamayan çalışmalar literatürde yer almaktadır (188,191,192,195). Hoover ve ark. Fernandez ve ark. ve Yılmazel ve ark. yaptıkları

çalışmalarda sigara kullanan bireylerin daha düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduklarını saptamışlardır (122,152,196).

Çalışmamızda BKİ ile sağlık okuryazarlık düzeyi ile ilişki saptanmamıştır (Tablo 16). Fiziksel aktivite yapan kadınların hiç yapamayan kadınlara göre sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 15). Yapılan çalışmalar fiziksel aktivite yapan kadınlarda sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (122,188,191,197,198). Sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan bireyler, fiziksel aktivite konusunda daha fazla motivasyona ve farkındalığa sahiptirler. Yüksek sağlık okur yazarlık düzeyi bireylerin fiziksel aktivitenin sağlık üzerindeki faydalarını anlamalarını ve bu faydaları elde etmek için aktif olmalarını, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemelerini sağlar.

Çalışmamızda risk algısı ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki bulunmazken meme kanseri riskini doğru algılayan kadınların sağlık okuryazarlık düzeyleri daha yüksektir (Tablo 16).

5.7. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Meme Kanseri Taramalarına Katılım Üzerindeki Etkisi

Çalışmamızda sağlık okur yazarlığı yeterli/mükemmel düzeyde olan kadınların yetersiz/sorunlu düzeyde olan kadınlara göre daha yüksek oranda mamografi ve düzenli mamografi yaptırdıkları görülmüştür (Tablo 18 ve 19). Panahi ve ark. İranlı kadınlarda yaptığı çalışmada yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olan kadınların yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olan kadınlara göre sırasıyla 1,8 , 2,1 kat daha fazla mamografi yaptırdığı gözlenmiştir (124). Li ve ark. çalışmasında yüksek sağlık okuryazarlığına sahip kadınlar 1,7 kat daha fazla mamografi yaptırdıkları düzenli mamografi yaptırmama ile sağlık okuryazarlığı ile ilişki bulunmamıştır (146). Bennet ve ark. 65 yaş üstü kadınlarda yapıları araştırmada sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin hayatlarında en az bir kere mamografi yaptırmama oranlarının daha fazla olduğu görülmüştür (123). Fernandez ve ark. sağlık okuryazarlığı seviyesi yüksek olan kadınların ortalama olarak 2,2 kez daha fazla mamografi taraması yaptırdığı saptamıştır (122). Sentell ve ark. çalışmasında düşük sağlık okuryazarlığına sahip kadınların düzenli mamografi yaptırmama oranlarının 0,41 kat daha düşük olduğunu bulmuşlardır (168). Pagan ve ark. yüksek sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin, mamografi yaptırmama olasılığının 2,9 kat daha yüksek olduğunu ve düzenli mamografi

çektirme olasılığının ise 1,7 kat daha yüksek olduğunu gözlemlemişlerdir (126). Kendir ve ark. tarafında yapılan araştırmada, mamografi yaptırmayan veya düzensiz aralıklarla yaptıran kadınlar arasında sağlık okuryazarlığı puanları arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir (135). Ancak, düzenli mamografi yaptıran kadınların sağlık okuryazarlık puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Keskin ve ark. yaptıkları çalışma sağlık okuryazarlığındaki her bir puanlık artışın mamografi çektirmeme riskini 0,84 kat azaltmıştır (127). Literatürdeki çalışmalar sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan kadınların mamografi çektirme oranlarının arttığı ve düzenli mamografi taramalarına daha sık katıldığı gözlenmiştir.

Çalışmamızın verileri, literatürdeki çalışmalara benzer şekilde sağlık okuryazarlığının meme kanseri taramaları için kritik öneme sahip olduğunu göstermektedir. Özellikle, düzenli mamografi yaptıran kadınlardaki yüksek sağlık okuryazarlığı, bu ilişkinin önemini vurgulamaktadır. Bu bulgular, sağlık okuryazarlığının meme kanseri taramaları gibi önleyici sağlık hizmetlerine katılımı artırma potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamızdaki kadınların meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemleri (KKMM, KMM, mamografi) konusunda Türkiye’de yapılan diğer çalışmalara göre farkındalıklarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamızda, mamografi çekirme oranları ülkemizde yapılan çalışmalardan yüksek olmasına rağmen ulusal hedeflerin altındadır. Meme kanseri taramalarının mevcut elektronik sağlık kayıt sistemine entegrasyonu ve hatırlatma sistemleri, hekimlerin muayene sırasında kullanabilecekleri etkili bir araç olabilir. Bu sistemler, hekimlerin hastalara taramaları hatırlatmalarına ve randevu almalarına destek sağlayarak meme kanseri taramalarına katılımın artırılmasına katkı sağlayabilir.

Tarama yöntemleri ile bilgiye ulaşma yollarına bakıldığında hekimler ön plana çıkmaktadır. Başta Aile Hekimleri olmak üzere tüm sağlık personelinin uygun yaş aralığındaki kadınları ilgili tarama programına yönlendirmeleri önemlidir. İkinci sırada televizyon gelmektedir. Meme kanseri tarama yöntemleri hakkında farkındalığı artırmak için hekimler ve medya iş birliği ile bilgilendirici programlar ve reklamlar yapılarak meme kanseri taramalarına katılımı arttırabilir. Bu çalışmalar, özellikle mamografi çekirmeme nedenleri arasında ilk sırada olan bilgi eksikliğini gidermeye yönelik etkili bir araç olabilir.

Yaş gruplarına bakıldığında 50-59 yaş grubu kadınların mamografi taramalarına katılım düzeylerinin daha fazla olduğu görülmüştür. DSÖ mamografinin tarama yöntemi olarak kullanımın en etkin olduğu yaş grubunu 50-59 olarak belirtmektedir. Bu yaş grubundaki kadınların düzenli olarak mamografi taramalarına katılımı, meme kanserinin erken teşhisi ve etkili tedavisi için kritik öneme sahiptir. Bu nedenle, özellikle bu yaş grubunda fırsatçı taramaların kaçırılmaması, meme kanseri erken tanı tedavisinin etkili bir şekilde yönetilmesinde önemlidir. Katılım oranı daha düşük olan 40-49 yaş grubundaki kadınların da tarama programına katılımı teşvik edilmelidir.

Öğrenim düzeyi ile mamografi taramalarına katılım arasında ilişki görülmemiştir. Düzenli taramalara katılım ise lise üzeri bireylerde daha fazla olup ileri analizlerde bu fark anlamlı bulunmamıştır. Ancak genel olarak öğrenim düzeyi ile sağlık okuryazarlık düzeyinin ilişkili olduğu, yüksek sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin de tarama programlarına katılımının daha fazla olduğu bilinmektedir. Bu

nedenle toplumda kadınların öğrenim düzeyinin arttırılmasına yönelik çalışmalar mamografi çekirme oranlarını da olumlu yönde etkileyecektir.

Araştırmamız gelir getiren işlerde çalışan kadınların mamografi taramalarına daha az katıldığını göstermektedir. Vakit bulamama, çalışma hayatının getirdiği yoğunluk ve sorumluluklar mamografi taramalarına katılımın azalmasına yol açabilir. Çalışan kadınların mamografi taramalarına katılımını arttırmak için sağlanabilecek çözümler arasında esnek çalışma saatleri ve günlük izinler önemli bir rol oynayabilir. Ayrıca gezici mamografi cihazı gibi sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırıcı destekler, kadınların sağlık taramalarına düzenli ve zamanında katılımını teşvik edebilir.

Medeni durumu ile mamografi taramalarına katılım arasında ilişki bulunamamıştır. Ancak 15-49 yaş kadın izlemleri gibi koruyucu sağlık hizmetlerinde danışmanlık verilmesi kaçırılmış fırsatların önüne geçmek açısından önemlidir.

Gelir durumu ve özel sağlık sigortasına sahip olma ile mamografi çekirme arasında bir ilişki bulunmamıştır. Ancak gelir düzeyi yüksek/orta olan ve özel sağlık sigortasına sahip kadınların “düzenli” mamografi taramalarına katılımının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Sağlıklı yaşam davranışlarıyla ilgili olarak, sigara kullanımı ile mamografi taramalarına katılım arasında bir ilişki bulunmamıştır. Alkol tüketen kadınlar arasında düzenli mamografi çekirme oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir, ancak ileri analizlerde bu ilişkinin kaybolduğu gözlemlenmiştir. Fiziksel aktivite yapan kadınlarda mamografi çekirme ve bu taramalara düzenli katılma oranları daha yüksek bulunmuştur. Kadınlara yönelik fiziksel aktivitenin ve mamografi gibi önleyici sağlık taramalarının önemini vurgulayacak toplum tabanlı eğitim ve farkındalık programları düzenlenmelidir. Bu programlar, sosyal destek, motivasyon ve bilgilendirme sağlayarak kadınları fiziksel aktiviteye teşvik edebilir ve sağlık taramalarına düzenli olarak katılımını artmasını sağlayabilir.

Beden Kütle İndeksi, canlı doğum yapma durumu ve kronik hastalık varlığı ile taramalara katılım arasında ilişki bulunamamıştır. Ailesinde meme kanseri olan kadınların daha fazla oranda mamografi çektikleri ve bu taramalara düzenli olarak katıldıkları gözlenmiştir ancak ailesinde meme kanseri öyküsü ileri analizde anlamlılığını kaybetmiştir.

Çalışmamızda Gail modeline göre riski düşük olan ve ‘kendinizi risk altında görüyor musunuz’ sorusuna ‘bilmiyorum’ cevabını veren kadınların daha az oranda mamografi çektirdiği görülmüştür. Riskini doğru algılama ile mamografi taramalarına katılım arasında fark bulunamamıştır.

Çalışmamızdaki kadınların sağlık okur yazarlık düzeyi Türkiye ortalamasından daha yüksek bulunmuştur. Öğrenim düzeyi lise ve üzeri olan, gelir düzeyi yüksek, özel sağlık sigortası bulunan ve fiziksel aktivite yapan kadınların sağlık okur yazarlığı düzeyi yüksek olduğu görülmüştür. Yaş, medeni durum, gelir getiren işte çalışma durumu, sigara ve alkol kullanma gibi olumlu sağlık davranışları, BKİ, kronik hastalık varlığı, meme kanseri risk algısı ile sağlık okur yazarlığı ile arasında ilişki gözlenmemiştir.

Çalışmanın ana hipotezi, sağlık okuryazarlığı düzeyinin mamografi taramalarına katılım üzerindeki etkisidir. Bulgular, sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan kadınların mamografi taramalarına hem daha fazla oranda hem de düzenli olarak katıldığını göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık hizmetleri hakkında bilgi sahibi olmalarını, karar verme süreçlerine aktif katılım sağlamalarını ve olumlu sağlık davranışlarını gerçekleştirmelerini sağlar. Özellikle, düzenli mamografi gibi rutin tarama testlerine katılım, meme kanseri teşhisinde erken aşamaları yakalamak ve tedavi şansını artırmak için hayati öneme sahiptir. Bu bağlamda, sağlık politikaları ve sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik stratejilere odaklanmalıdır. Eğitim programları, özellikle sağlık personeli tarafından yapılacak bilgilendirmeler ve erişilebilir/güvenilir sağlık kaynakları, bireylerin sağlık hizmetlerine katılımını artırmak için etkili araçlar olabilir. Özellikle düşük sağlık okuryazarlığına sahip grupları hedefleyerek sağlık eşitsizliklerini azaltmaya ve meme kanseri gibi hastalıkların erken teşhisine olanak sağlamaya yönelik stratejilerin önemi büyüktür.

7. KISITLILIKLAR

Çalışmamızdaki kadınların eğitim durumu, özel sağlık sigortası varlığı, fiziksel aktivite, alkol kullanımı gibi sosyodemografik ve sağlıklı yaşam davranışı özellikleri Türkiye ortalamalarında farklı olup, çalışmamızın sonuçlarını değerlendirirken dikkate alınması gereken önemli bir faktördür. Bu durum, çalışmanın tüm topluma genelleştirilemeyeceği konusunda bir kısıtlılık oluşturmaktadır. Ancak bu kısıtlılık nedeniyle normalde saptanacak ilişkinin büyüklüğünü daha küçük gözlenmiş olabilir.

Çalışmamız kesitsel bir çalışmadır. Belirli bir zamanda alınan verileri içerir ve neden-sonuç ilişkileri açıklamakta sınırlılıklar olabilir.

Çalışmamız, kadınlardan anketler aracılığıyla toplanan verilere dayanmaktadır. Alınan verinin doğruluğunu hafıza faktörü gibi etmenler olumsuz etkileyebilir.

Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen kadınların reddetme nedenleri ve sosyodemografik özelliklerinin bilinmemesi çalışmamızın kısıtlılıklarındandır.

TÜRKÇE ÖZET

Meme kanseri, Türkiye ve dünya genelinde kadınlarda en yaygın görülen ve en sık öldüren kanser türüdür. Ülkemizde 2008'den beri "Ulusal Kanser Tarama Programı" yürütülmekte olup, 40-69 yaş arasındaki kadınlara iki yılda bir mamografi çektilme önerilmektedir. Yapılan çalışmalar, sağlık okuryazarlığı düzeyinin meme kanseri taramalarına katılımı belirlemede önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. Bu çalışmanın amacı, kadınların meme kanseri riskini belirlemesi, bu riski algıladıkları risk ile karşılaştırılması, meme kanseri taramalarına yönelik tutumlarını değerlendirmesi ve bu tutumların sağlık okuryazarlığı düzeyiyle ilişkisini incelemektir.

Çalışmamız, 180 katılımcı ile kesitsel bir tipte yüz yüze görüşmeler yapılarak verilerin toplandığı bir araştırmadır. Veri toplama sürecinde sosyodemografik özellikler, meme kanseri tarama tutum ve davranışları, risk hesaplamasında kullanılan Gail risk modeli ile ilgili soruları içeren 34 soruluk bir anket ve TSOY-32 ölçeği kullanıldı. İstatistiksel analizde kategorik değişkenler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için ki-kare testi uygulandı. Mamografi taramalarına katılımı etkileyen bağımsız değişkenleri belirlemek amacıyla geriye doğru elemeli Wald çoklu lojistik regresyon analizleri kullanıldı. Analizlerde $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 53.60 ± 7.68 yıl olarak belirlenmiş olup, katılımcıların %40'ı 50-59 yaş arasında yer almaktadır. Kadınların %60'ı hayatlarında en az bir kez mamografi çektildiklerini ifade ederken, %42.7'si düzenli olarak mamografi taramaları yaptırdıklarını belirtmiştir. Katılımcıları %45'i yeterli/mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir. Sağlık okur yazarlığının yeterli/mükemmel düzeyde olması, fiziksel aktivite yapmak mamografi taramalarına katılımı arttırmıştır. Gail risk modeline göre yüksek riskli grupta olan kadınların mamografi taramalarına katılım oranlarının daha fazla olduğu görülmüştür. 50-59 yaş aralığındaki kadınların düzenli olarak mamografi çektilme oranlarının daha yüksektir.

Çalışma sonuçları, sağlık okuryazarlığı düzeyi ile mamografi taramalarına katılım düzeyi ve meme kanseri riskini doğru algılama arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Yüksek sağlık okuryazarlık düzeyinin meme kanseri

taramaları gibi önleyici sağlık hizmetlerine katılımı artırma potansiyeline sahip olduğu gör÷lmektedir.



İNGİLİZCE ÖZET

Breast cancer is the most common and deadliest cancer type among women in Turkey and worldwide. Since 2008, the "National Cancer Screening Program" has been implemented in our country, recommending mammography every two years for women aged 40-69. Studies have shown that health literacy level is a significant factor in determining participation in breast cancer screenings. The aim of this study is to determine women's breast cancer risk, compare this perceived risk with their actual risk, evaluate their attitudes towards breast cancer screenings, and examine the relationship between these attitudes and their health literacy level.

Our study is cross-sectional research conducted with 180 participants through face-to-face interviews. Data collection included sociodemographic characteristics, attitudes and behaviours related to breast cancer screening, and questions related to the Gail risk model using a 34-item questionnaire and the TSOY-32 scale. The chi-square test was used to assess the relationship between categorical variables, and backward stepwise Wald logistic regression analyses were employed to identify independent variables influencing participation in mammography screenings. A significance level of $p < 0.05$ was considered statistically significant in the analyses.

The average age of the participants was determined to be 53.60 ± 7.68 years, with 40% of them falling in the 50-59 age group. 60% of the women reported having had a mammogram at least once in their lives, and 42.7% stated that they regularly undergo mammography screenings. 45% of the participants have adequate/excellent health literacy. Having adequate/excellent health literacy and engaging in physical activity have increased participation in mammography screenings. It was observed that women in the high-risk group according to the Gail risk model participate more in mammography screenings. Women in the 50-59 age group have shown higher rates of regular mammography screenings.

The study results indicate a positive and significant relationship between health literacy level, participation in mammography screenings, and accurate perception of breast cancer risk. Higher health literacy levels are associated with increased participation in preventive health services such as breast cancer screenings.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization [Internet]. 2022 [Cited 2023 Jun 28]. Cancer. Available From: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. Türkyılmaz M, Öztürk M, Dünder S, Kavak Ergün A, Sevinç A, Tütüncü S, Et Al. Türkiye Kanser İstatistikleri 2017. Kara F, Keskinliç B, Editors. Ankara; T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü; 2021.
3. Özkan S, Keskinliç B, Gültekin M, Karaca As, Öztürk C, Boztaş G, et al., Editors. Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013- 2018. Ankara; 2013.
4. Özkan S, Baran Aksakal N, Çalışkan D, Dikmen AU, Tüzün H. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması. Özkan S, Editor. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü; 2018.
5. Okyay P, Abacıgil F, Harlak H. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2016. 43–79 P.
6. Durusu Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray Ready N, Çakır B, Akalın E. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Sağlık-Sen Yayınları. Ankara; 2014.
7. Akpınar A. Erişkin Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini Kullanımı Üzerine Etkisi. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2019.
8. Aktürk Oğulluk Z. Sosyodemografik Özellikler ile Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlık Anksiyetesi Üzerine Etkisinin Araştırılması. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2019.
9. Hernandez L. Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around The World: Workshop Summary. National Academies Press; 2013.
10. Oldach Br, Katz ML. Patient Education and Counseling Health Literacy and Cancer Screening: A Systematic Review. Patient Educ Couns [Internet]. 94(2014):149–57. Available From: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2013.10.001>
11. The International Agency for Research on Cancer (Who) [Internet]. 2022 [Cited 2024 Mar 20]. Cancer Today. Available From: <https://gco.iarc.fr/today/en>
12. Türkyılmaz M, Oruç Hamavioğlu Eİ, Dünder S, Kavak Ergün A, Sevinç A, Tütüncü S. Türkiye Kanser İstatistikleri 2018 [Internet]. Tolunay T, Kaygusuz S, Keskinliç B, Özsarı S, Gökler ME, Editors. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Ankara; 2022. Available From: https://hsgm.saglik.gov.tr/Depo/Birimler/Kanser-Db/Dokumanlar/Istatistikler/Kanser_Rapor_2018.Pdf
13. Bora Başara B, Soyutun Çağlar İ, Aygün A, Özdemir TA, Kulali B, Ünal G, et al. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021. Bora Başara B, Soyutun Çağlar İ, Aygün A, Özdemir TA, Kulali B, Editors. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2023.
14. American Cancer Society [Internet]. 2021 [Cited 2024 Jan 8]. Breast Cancer Risk Factors You Cannot Change. Available From:

<https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/risk-and-prevention/breast-cancer-risk-factors-you-cannot-change.html>

15. Anderson WF, Jatoi I, Tse J, Rosenberg PS. Male Breast Cancer : A Population-Based Comparison With Female Breast Cancer. *J Clin Oncol.* 2010;28(2).

16. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. 2023 [Cited 2024 Jan 8]. What Are The Risk Factors for Breast Cancer? Available From: https://www.cdc.gov/cancer/breast/basic_info/risk_factors.htm

17. Seer Cancer Statistics Review (CSR) 1975-2017 [Internet]. 2020. Available From: https://seer.cancer.gov/archive/csr/1975_2017/index.html

18. Wendt C, Margolin S. Identifying Breast Cancer Susceptibility Genes – A Review of the Genetic Background in Familial Breast Cancer. *Acta Oncol (Madr)* [Internet]. 2019;58(2):135–46. Available From: <https://doi.org/10.1080/0284186x.2018.1529428>

19. World Health Organization [Internet]. 2023 [Cited 2024 Jan 8]. Breast Cancer. Available From: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer#:~:text=Certain factors increase the risk, use and postmenopausal hormone therapy.>

20. Chlebowski, R. T. (2022). Factors that modify breast cancer risk in women. UpToDate. Post TW (ed): UpToDate, Waltham, MA.

21. Reiner AS, Sisti J, John EM, Lynch CF, Brooks JD, Mellekjær L, et al. Breast Cancer Family History and Contralateral Breast Cancer Risk in Young Women : An Update from The Women’s Environmental Cancer and Radiation Epidemiology Study. 2018;36(15).

22. Mahoney MC, Bevers T, Linos E. Opportunities and Strategies for Breast Cancer Prevention Through Risk Reduction. *Ca Cancer J Clin.* 2008;58(6):347–71.

23. Kapil U, As B, Sareen N, Singh P, Sn D. Reproductive Factors and Risk of Breast Cancer : A Review. *Indian J Cancer.* 2014;51:571–6.

24. Hsieh, Chung-Cheng Trichopoulos D, Katsouyanni K, Yuasa S. No Tiage at Menarche, Age at Menopause, Height and Obesity as Risk Factors for Breast Cancer: Associations and Interactions in an International Case-Control Study. *Int J Cancer.* 1990;46(5):796–800.

25. American Cancer Society [Internet]. 2022 [Cited 2024 Jan 9]. Lifestyle-Related Breast Cancer Risk Factors. Available From: <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/risk-and-prevention/lifestyle-related-breast-cancer-risk-factors.html>

26. Britt K, Ashworth A, Smalley M. Pregnancy and the Risk of Breast Cancer. *Soc Endocrinol.* 2007;14(4):907–933.

27. Moskowitz CS, Chou JF, Wolden SL, Bernstein JL, Malhotra J, Friedman DN, et al. Breast Cancer After Chest Radiation Therapy for Childhood Cancer. *J Clin Oncol.* 2014;32(21):2217–24.

28. Westhoff CL, Pike MC. Hormonal Contraception And Birth Control Carolyn. HHS Public Access. 2018;98(3):171–3.
29. Kanadys W, Baranska A, Malm M, Błaszczuk A, Polz-Dacewicz M, Janiszewska M, Et Al. Use of Oral Contraceptives As A Potential Risk Factor For Breast Cancer : A Systematic Review and Meta-Analysis of Case-Control Studies up to 2010. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(4638):1–26.
30. Kamani M, Akgor U, Gültekin M. Review Of The Literature On Combined Oral Contraceptives and Cancer. *Ecancer*. 2022;16(1416).
31. Baranska A, Błaszczuk A, Kanadys W, Malm M, Polz-Dacewicz M, Drop K, et al. Oral Contraceptive Use And Breast Cancer Risk Assessment: A Systematic Review And Meta-Analysis Of Case-Control Studies, 2009–2020. *Cancer*. 2021;13(5654):1–14.
32. Fitzpatrick D, Pirie K, Reeves G, Green J, Beral V. Combined And Progestagen-Only Hormonal Contraceptives And Breast Cancer Risk : A Uk Nested Case – Control Study And Meta-Analysis. *Plos Med* [Internet]. 2023;20(3):1–18. Available From: [Http://Dx.Doi.Org/10.1371/Journal.Pmed.1004188](http://Dx.Doi.Org/10.1371/Journal.Pmed.1004188)
33. Gompel A. Hormone and Breast Cancer. *Press Med*. 2019;48(10):1085–91.
34. Narod Sa. Hormone Replacement Therapy and The Risk of Breast Cancer. *Clin Oncol*. 2011;8(November):669–76.
35. Beral V, Banks E, Reeves G, Bull D. Breast Cancer And Hormone- Replacement Therapy: The Million Women Study. *Lancet*. 2003;362(9392):1330–1.
36. Lewandowski TA, Wang G, Reed MD, Gigliotti AP, Cohen JM, Nuber D, et al. Thyroid Homeostasis in B6c3f1 Mice Upon Sub-Chronic Exposure to Trifluoroiodomethane (Cf3i). *Toxicol Ind Health*. 2021;37(7):398–407.
37. National Institutes Of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [Internet]. [Cited 2024 Jan 23]. What Is A Standard Drink? Available From: [Https://Www.Niaaa.Nih.Gov/Alcohols-Effects-Health/Overview-Alcohol-Consumption/What-Standard-Drink](https://Www.Niaaa.Nih.Gov/Alcohols-Effects-Health/Overview-Alcohol-Consumption/What-Standard-Drink)
38. Seitz Hk, Pelucchi C, Bagnardi V, Vecchia C La. Epidemiology And Pathophysiology of Alcohol and Breast Cancer : Update 2012. 2012;47(3):204–12.
39. Ligibel J. Obesity And Breast Cancer. *Oncology*. 2011;25(11):994–1000.
40. Friedenreich Cm. The Role of Physical Activity in Breast Cancer Etiology. *Semin Oncol*. 2010;37(3):297–302.
41. American Cancer Society [Internet]. 2021 [Cited 2024 Jan 9]. Factors With Unclear Effects On Breast Cancer Risk. Available From: [Https://Www.Cancer.Org/Cancer/Types/Breast-Cancer/Risk-And-Prevention/Factors-With-Unclear-Effects-On-Breast-Cancer-Risk.Html](https://Www.Cancer.Org/Cancer/Types/Breast-Cancer/Risk-And-Prevention/Factors-With-Unclear-Effects-On-Breast-Cancer-Risk.Html)
42. Xue F, Willet WC, Rosner BA, Hankinson SE, Michels KB. Cigarette Smoking and the Incidence of Breast Cancer. *Arch Intern Med*. 2011;171(2):125–33.

43. Kispert S, Mchowat J. Recent Insights into Cigarette Smoking As a Lifestyle Risk Factor for Breast Cancer. *Breast Cancer - Targets Ther.* 2017;9:127–32.
44. American Cancer Society [Internet]. 2021 [Cited 2024 Jan 9]. Disproven Or Controversial Breast Cancer Risk Factors. Available From: <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/risk-and-prevention/disproven-or-controversial-breast-cancer-risk-factors.html>
45. Cintolo-Gonzalez JA, Braun D, Blackford AL, Mazzola E, Acar A, Plichta JK, et al. Breast Cancer Risk Models : A Comprehensive Overview of Existing Models, Validation, and Clinical Applications. *Breast Cancer Res Treat.* 2017;164(2):263–84.
46. Evans DGR, Howell A. Breast Cancer Risk-Assessment Models. *Breast Cancer Res.* 2007;9:1–8.
47. Türkyılmaz M, Özkan S, Özmen V, Kutluk T, Karaca S, Özgül N, et al., Editors. Türkiye Kanser Kontrol Programı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü; 2021.
48. National Cancer Institute [Internet]. Breast Cancer Risk Assessment Tool.
49. Gilman EA, Pruthi S, Hofstatter EW, Mussallem DM. Preventing Breast Cancer Through Identification and Pharmacologic Management of High-Risk Patients. *Mayo Clin Proc [Internet].* 2021;96(4):1033–40. Available From: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2021.01.028>
50. Claus EB, Risch N, Thompson WD. Genetic Analysis of Breast Cancer in the Cancer and Steroid Hormone Study. *Am J Hum Genet.* 1991;48:232–42.
51. Claus EB, Risch N, Thompson WD, et al. Autosomal Dominant Inheritance of Early-Onset Breast Cancer Implications for Risk Prediction. *Cancer.* 1993;73(3):643–51.
52. Claus EB, Risch N, Thompson WD. The Calculation of Breast Cancer Risk for Women with a First Degree Family History of Ovarian Cancer. *Breast Cancer Res Treatmen.* 1993;28:115–20.
53. Asperen CJ Van, Jonker MA, Jacobi CE, Bakker E. Risk Estimation For Healthy Women From Breast Cancer Families : New Insights and New Strategies. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2004;13(January):87–93.
54. Demirkazık Fb. Yüksek Riskli Kadına Yaklaşım: Risk Nedir ? Nasıl Hesaplanır? Yüksek Riskte Ne Yapılmalı? *Türk Radyoloji Seminerleri.* 2014;206–16.
55. Tyrer J, Duffy Sw, Cuzick J. A Breast Cancer Prediction Model Incorporating Familial and Personal Risk Factors. *Stat Med.* 2005;24(1):156.
56. Himes DO, Root AE, Gammon A, Luthy KE. Breast Cancer Risk Assessment: Calculating Lifetime Risk Using The Tyrer-Cuzick Model. *J Nurse Pract [Internet].* 2016;12(9):581–92. Available From: <https://bcrisktool.cancer.gov/index.html>

57. Antoniou AC, Pharoah PPD, Smith P, Easton DF. The Boadicea Model of Genetic Susceptibility to Breast and Ovarian Cancer. *Br J Cancer*. 2004;91:1580–90.
58. Cancer Research UK [Internet]. [Cited 2024 Jan 10]. Canrisk. Available From: <https://www.canrisk.org/>
59. National Cancer Institute [Internet]. 2023 [Cited 2024 Jan 10]. Breast Health: Follow-Up After an Abnormal Mammogram. Available From: <https://www.cancer.gov/types/breast/breast-changes>
60. Sharma Gn, Dave R, Sanadya J, Sharma P, Sharma Kk. Various Types and Management of Breast Cancer: An Overview. *J Adv Pharm Technol Res*. 2010;1(2):109–26.
61. American Cancer Society [Internet]. 2022 [Cited 2024 Jan 10]. Breast Cancer Signs And Symptoms. Available From: Breast Cancer Signs And Symptoms
62. Meme Kanseri Vakfi [Internet]. [Cited 2024 Jan 10]. Meme Kanseri Belirtileri. Available From: https://www.memekanseri.org.tr/meme-sagligi/meme-kanseri-belirtileri/?Gclid=Cj0kcqianfmsbhdifarism7mki3eaenwum_0wtqjbd_V-S1g5hrdsf7vxeaobs2abrpfaav1qhrqxgaamm5ealw_Wcb
63. International Agency For Research On Cancer (IARC) [Internet]. [Cited 2024 Jan 16]. Breast Cancer / Breast Self-Examination. Available From: <https://screening.iarc.fr/breastselfexamination.php>
64. Khatib O, Modjtabai A, Editors. Guidelines for the Early Detection and Screening of Breast Cancer. Who World Health Organization. Who; 2006. 1–57 P.
65. Albeshan SM, Hossain SZ, Mackey MG, Brennan PC. Can Breast Self-Examination and Clinical Breast Examination along with Increasing Breast Awareness Facilitate Earlier Detection of Breast Cancer in Populations with Advanced Stages at Diagnosis? *Clin Breast Cancer*. 2020;20(3):194–200.
66. American Cancer Society [Internet]. 2023 [Cited 2024 Jan 16]. American Cancer Society Recommendations For The Early Detection Of Breast Cancer. Available From: <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/screening-tests-and-early-detection/american-cancer-society-recommendations-for-the-early-detection-of-breast-cancer.html>
67. Pippin Mm, Boyd R. Breast Self-Examination. Statpearls [Internet]. National Library Of Medicine; 2023.
68. Breast Self-Exam [Internet]. 2023 [Cited 2024 Jan 16]. Available From: <https://www.breastcancer.org/screening-testing/breast-self-exam-bse>
69. International Agency For Research On Cancer (IARC), Who [Internet]. 2023 [Cited 2024 Jan 16]. Atlas of Breast Cancer Early Detection. Available From: <https://screening.iarc.fr/atlasbreastdetail.php?Index=020&E=#0>
70. Breast Cancer Screening Handbooks. Vol. 15. International Agency For Research On Cancer, Who; 2016.

71. Guo R, Lu G, Qin B, Fei B. Ultrasound Imaging Technologies For Breast Cancer Detection and Management: A Review. *Ultrasound Med Biol.* 2018;44(1):37–70.
72. World Health Organization [Internet]. 2010 [Cited 2024 Jan 17]. Cancer - Screening and Early Detection. Available From: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/cancer-screening-and-early-detection-of-cancer>
73. Who Position Paper on Mammography Screening. World Health Organization; 2014.
74. Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları [Internet]. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü; 2012. Available From: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/mevzuat/genel_nitelikli_yazi_ve_gorusler/meme_kanseri_tarama_programi_ulusal_standartlari.pdf
75. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı [Internet]. [Cited 2024 Jan 22]. Kanser Taramaları. Available From: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari.html>
76. Breast Cancer Screening For Elevated-Risk Women. American College Of Radiology;
77. Türk Radyoloji Derneği Meme Kanseri Tarama Rehberi [Internet]. Türk Radyoloji Derneği; 2021. Available From: <https://www.turkrad.org.tr/assets/dernektenhaberler-pdf/trd-meme-tarama-rehberi.pdf>
78. Simonds Sk. Health Education As Social Policy. Vol. 2, Health Education Monographs. 1974. P. 1–10.
79. Kristine S. International Handbook Of Health Literacy, Research, Practice And Policy Across The Lifespan. Orkan O, Ulrich B, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Kristine S, Editors. Great Britain: Policy Press. 2019.
80. Nielsen-Bohlman L, Panzer Am, Kindig DA, Editors. Health Literacy : A Prescription to End Confusion. Washington, DC: The National Academies Press: Institute Of Medicine; 2004.
81. Nutbeam D. Health Promotion Glossary. *Health Promot Int.* 1998;13(14):349–63.
82. Centers For Disease Control And Prevention [Internet]. 2023 [Cited 2023 Jun 28]. What is Health Literacy? Available From: <https://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/index.html#:~:Text=Organizational Health Literacy Is The,Actions For Themselves And Others.>
83. World Health Organization [Internet]. [Cited 2024 Jan 4]. Health Promotion,Health Literacy. Available From: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/ninth-global-conference/health-literacy>
84. Sørensen K, Broucke S Van Den, Fullam J, Doyle G, Pelikan J. Health Literacy And Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *BMC Public Health.* 2012;12(80).

85. Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2011.
86. Nutbeam D. Health Literacy As A Public Health Goal: A Challenge For Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century. *Health Promot Int.* 2000;15(3):259–67.
87. Santana S, Brach C, Harris L, Ochiai E, Blakey C, Bevington F, et al. Updating Health Literacy For Healthy People 2030: Defining Its Importance for A New Decade In Public Health. *J Public Heal Manag Pract.* 2021;27(12):S258–64.
88. Weiss BD. Health Literacy A Manual for Clinicians Part of an Educational Program about Health Literacy [Internet]. American Medical Association. 2003. Available From: [Http://Lib.Ncfh.Org/Pdfs/6617.Pdf](http://lib.ncfh.org/pdfs/6617.pdf)
89. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Ann Intern Med.* 2011;155(2):97–107.
90. Tözün Mustafa, Sözmen Mk. Halk Sağlığı Bakışı ile Sağlık Okuryazarlığı. *Smyrna Med J.* 2014;48–54.
91. Uğurlu Z, Akgün Hs. Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığının ve Kullanılan Eğitim Materyallerinin Sağlık Okuryazarlığına Uygunluğunun Değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* 2019;12(1):96–106.
92. Çopurlar C, Kartal M. What is Health Literacy? How to Measure it? Why is it Important? *Turkish J Fam Med Prim Care.* 2016;10(1):40.
93. National Action Plan to Improve Health Literacy. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. Washington (Dc): Author; 2010.
94. Avcı E, Özkan S. Dünyada Ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. 2020;1(1):1–9.
95. Chiu H Ting, Tsai H Wei, Kuo KN, Leung Aym, Chang Y Mao, Lee P Hsia, et al. Exploring The Influencing Factors of Health Literacy Among Older Adults : A Cross-Sectional Survey. *Medicina (B Aires).* 2020;56(330):1–12.
96. Timur A, Metin SA. Health Literacy Level of a Province and Factors Affecting it. *Eskisehir Med J.* 2023;4(1):57–63.
97. Agarwal G, Habing K, Pirrie M, Angeles R, Marzanek F, Parascandolo J. Assessing Health Literacy Among Older Adults Living in Subsidized Housing : A Cross-Sectional Study. *Can J Public Heal.* 2018;109:401–9.
98. Serper M, Patzer RE, Curtis LM, Smith SG, Conor RO, Baker DW, et al. Health Literacy, Cognitive Ability, and Functional Health Status among Older Adults. *Heal Serv Res.* 2014;49(4):1249–67.
99. Henrietta B, Betlehem J, Deutsch K, Derzsi-Horv M, Fin J, Podr J, et al. Health Literacy in Early Childhood : A Systematic Review of Empirical Studies. *Children.* 2022;9(1131):1–12.

100. National Center For Education Statistics [Internet]. [Cited 2023 Mar 19]. National Assessment Of Adult Literacy. Available From: <https://nces.ed.gov/naal/health.asp>
101. Clancy C. An Overview of Measures of Health Literacy. In: Measures Of Health Literacy: Workshop Summary. Washington (Dc): National Academies Press (Us); 2009.
102. Liu H, Zeng H, Shen Y, Zhang F, Sharma M. Assessment Tools for Health Literacy among the General Population : A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Heal*. 2018;15(1771):1–16.
103. Ertuğrul B, Albayrak S. Sağlık Okuryazarlık Düzeyini Belirlemede Kullanılabilecek Bazı Ölçekler. *Sağlık ve Toplum* 2020;30. 2020;30(2):16–22.
104. Davis TC, Crouch MA, Long SW, Jackson RH, Bates P, George RB, et al. Rapid Assessment of Literacy Levels of Adult Primary Care Patients. *Fam Med*. 1991;23(6):433–5.
105. Davis TC, Long SW, Jackson RH, Mayeaux EJ, George RB, Murphy PW, et al. Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: A Shortened Screening Instrument. *Fam Med*. 1993;25(6):391–5.
106. Bass PF, Wilson JF, Griffith CH. A Shortened Instrument For Literacy Screening. *JGIM*. 2003;18:1036–8.
107. Davis TC, Michielutte R, Askov EN, Williams MV, Weiss BD, Davis TC, et al. Health Education & Behavior Adult Literacy in Health Care. *Heal Educ Behav*. 1998;25:613–22.
108. Yılmaz M, Tiraki Z. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür? *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Derg*. 2016;9(4):142–7.
109. Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health Literacy Among Adults: A Study from Turkey. *Health Educ Res*. 2010;25(3):464–77.
110. Hargiss JB, Jeor JDS, Horn JL, Garrison GM. Rapid Independent Health Literacy Assessment : A Pilot Study Among Native English-Speaking and Low English Proficiency Patients. *J Prim Care Community Health*. 2021;12:1–8.
111. Parker RM, Baker DW, Willia MV, Nurss Jr. The Test of Functional Health Literacy in Adults: A New Instrument for Measuring Patients' Literacy Skills. *J Gen Intern Med*. 1995;10(10):537–41.
112. Mancuso Jm. Assessment and Measurement of Health Literacy: An Integrative Review of The Literature. *Nurs Heal Sci*. 2009;11(1):77–89.
113. Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a Brief Test to Measure Functional Health Literacy. *Patient Educ Couns*. 1999;38(1):33–42.
114. Üçpınar E. Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testinin Uyarılma Çalışması. *Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*; 2014.
115. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, Dewalt DA, Pignone MP, et al. Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. *Ann Fam Med*. 2005;3(6):514–22.

116. Sezer A, Kadioğlu H. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı leği'nin Geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilim Derg* [Internet]. 2014;17(3):165–70. Available From: <https://Dergipark.Org.Tr/Tr/Pub/Ataunihem/Issue/2666/34550>
117. Sørensen K, Van Den Broucke S, Pelikan J, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, Et Al. Measuring Health Literacy in Populations: Illuminating the Design and Development Process of HLS-EU-Q. *BMC Public Health* [Internet]. 2013;13(1):1–10. Available From: <http://Www.Biomedcentral.Com/1471-2458/13/948>
118. Lopez C, Kim B. Health Literacy in the United States Enhancing Assessments and Reducing Disparities. Milken İnstitute; 2022.
119. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Pelikan M, et al. Health Literacy in Europe : Comparative Results of the European Health Literacy Survey (Hls-Eu). *Eur J Public Health*. 2020;25(6):1053–8.
120. Mcclintock HF, Alber JM, Schrauben SJ, Mazzola CM, Wiebe DJ. Constructing a Measure of Health Literacy in Sub-Saharan African Countries. *Health Promot Int*. 2020;35(5):907–15.
121. Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı 2024-2028. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2024.
122. Fernandez DM, Larson JL, Zikmund-Fisher BJ. Associations Between Health Literacy and Preventive Health Behaviors Among Older Adults: Findings from the Health and Retirement Study. *BMC Public Health* [Internet]. 2016;16(1):1–8. Available From: <http://Dx.Doi.Org/10.1186/S12889-016-3267-7>
123. Bennett IM, Chen J, Soroui JS, White S. The Contribution of Health Literacy to Disparities in Self-Rated Health Status and Preventive Health Behaviors in Older Adults. *Ann Fam Med*. 2009;7(3):204–11.
124. Panahi R, Namdar P, Siboni Sf, Fallah S, Anbari M, Et All. Association Between Health Literacy and Adopting Preventive Behaviors of Breast Cancer in Iran. *J Educ Health Promot*. 2020;9:1–7.
125. Sentell T, Braun Kl, Davis J, Davis T. Health Literacy And Meeting Breast And Cervical Cancer Screening Guidelines Among Asians And Whites İn California. *Springerplus*. 2015;4(432):1–9.
126. Pağan JA, Brown CJ, Asch DA, Armstrong K, Bastida E, Guerra C. Health Literacy and Breast Cancer Screening Among Mexican American Women in South Texas. *J Cancer Educ*. 2012 Mar;27(1):132–7.
127. Keskin O, ağlayan . The Relationship Between Participation İn Mammography Screening Program And Health Literacy. *TJFMPC*. 2019;13(4):448–56.
128. Centers For Disease Control And Prevention [Internet]. 2022. Overweight & Obesity. Available From: <https://Www.Cdc.Gov/Obesity/Basics/Adult-Defining.Html>
129. Ceyhan B, Atakır K, zevci G. Türkiye'deki Kadınların Meme Kanseri Tarama Yöntemlerine Yönelik Farkındalıklarının İncelenmesi Investigation Of Women's Awareness of Breast Cancer Screening Methods in Turkey. *Dstad*. 2022;5(2):123–33.

130. Altuncan H, Akın B, Ege E. 20-60 Yaş Arası Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) Uygulama Davranışları ve Farkındalık Düzeyleri. *Meme Sağlığı Derg.* 2008;4(2):84–91.
131. Göçgeldi E, Açikel CH, Hasde M, AYGUT G, Çelik S, Karadeniz Y, et al. Ankara-Gölbaşı İlçesinde Bir Grup Kadının Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Konusundaki Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi. *Fırat Tıp Derg.* 2008;13(4):261–5.
132. Çömezoğlu E, Murat Öztürk D, Sayiner FD. Değerlendirilmesi Evaluation of Breast Cancer Risk and Self-Breast Examination Behavior of Women Residing in Amasya Provincial Center Erken Teşhiste Son Derece Önemli Olan Bu Uygulama ile İlgili Ülkemizde Yapılan Bazı Çalışmalarda Kadınların KKMM ile İlgili. *J World Women Stud.* 2023;8(2):365–71.
133. Esen Es, Toprak D. 18 Yaş ve Üzeri Kadınlarda Meme Kanseri Risk Düzeyinin Belirlenmesi. *Turkish J Fam Pract.* 2020;24(1):32–40.
134. Saçıkara Z, Koçoğlu Tanyer D. Kırsal Bölgede Yaşayan Kadınların Serviks ve Meme Kanseri Taramalarına Katılım ve Bilgi Durumları. *Sürekli Tıp Eğitimi Derg.* 2021;30(1):43–52.
135. Kendir Çopurlar C. Kadınların Sağlık Okuryazarlık Düzeyi İle Meme Kanseri Bilgi ve Tarama Davranışının İncelenmesi. T. C. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2016.
136. Dünder E, Özmen D, Öztürk B, Haspolat G, Aky F, Çoban S, et al. The Knowledge and Attitudes of Breast Self-Examination and Mammography in a Group of Women in a Rural Area in Western Turkey. *BMC Cancer.* 2006;4(43):1–9.
137. Gök Uğur H, Aksoy Derya Y et al. Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 30-70 Yaş Grubu Kadınların Ulusal Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Tutum ve Davranışları: Karadeniz Bölgesi'nde Bir İl Örneği. *Sted / Sürekli Tıp Eğitimi Derg.* 2019;28(5):340–52.
138. Mermer G, Güzekin Ö. Kadınlarda Meme Kanseri Risk Düzeyi ve Tarama Yöntemlerini Kullanma Durumu. *Van Sag Bil Derg.* 2021;14(1):50–62.
139. Özyaydın An, Güllüoğlu Bm Et Al. Bahçeşirede Oturan Kadınların Meme Kanseri Bilgi Düzeyleri Bilgi Kaynakları ve Meme Sağlığı İle İlgili Uygulamaları. *J Breast Heal.* 2009;5(4):214–24.
140. Açıkgöz A, Rüksan Ç Et Al. Kadınların Kanser Konusunda Bilgi ve Tutumları ile Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Davranışları. *Dokuz Eylül Tıp Fakültesi Derg.* 2011;25(3):145–54.
141. Babaoğlu Ab, Büyükoğmen E, Can Fe. İzmir'de Toplumda Kanser Tarama Testleri Farkındalığı Ve Bireylerin Kanser Tarama Testlerine Katılımını Etkileyen Faktörler Awareness Of Cancer Screening Tests in The Community İn İzmir and Factors Affecting The Participation Of Individuals İn Cancer Sc. *Med J West Black Sea.* 2021;5(2):173–81.
142. Yiğitbaş Ç, Genç F. Hastane Temizlik Personelinin Meme Kanseri ve Tarama Testlerine Farkındalıkları. *Online Türk Sağlık Bilim Derg.* 2021;6(4):591–8.

143. Büyükkayacı Duman N, Yüksel Koçak D et al. Kırk Yaş Üstü Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Taramalarına Yönelik Bilgi ve Uygulamaları. *J Acad Res Nurs*. 2015;1(1):30–8.
144. Seaman K, Dzidic Pl, Castell E, Saunders C, Breen Lj. A Systematic Review Of Women’s Knowledge of Screening Mammography. *The Breast*. 2018;42:81–93.
145. Guerra Ce, Krumholz M, Shea Ja, Shea Ja. Literacy and Knowledge, Attitudes and Behavior about Mammography in Latinas. 2018;16(1):152–66.
146. Li CC, Matthews AK, Dong X. The Influence of Health Literacy and Acculturation on Cancer Screening Behaviors Among Older Chinese Americans. *Gerontol Geriatr Med*. 2018 Jul 17;4 1-8
147. White A, Trevor Dt et al. Cancer Screening Test Use - United States, 2015. *Mmwr Morb Mortal Wkly Rep*. 2017;66(8):201–6.
148. Zielonke N, Kregting Lm, Heijnsdijk Eam, Veerus P, Heinävaara S, Mckee M, et al. The Potential of Breast Cancer Screening in Europe. *Int J Cancer*. 2021;148(2):406–18.
149. Giordano L, Karsa L Von, Tomatis M, Majek O, Wolf C De, Lancucki L, Et Al. Mammographic Screening Programmes in Europe: Organization, Coverage and Participation. *J Med Screen*. 2012;19(1):72–82.
150. Naqvi Aa, Zehra F, Ahmad R, Ahmad R, Ahmad N, Yazdani N, Et Al. Awareness, Knowledge And Attitude Towards Breast Cancer, Breast Screening and Early Detection Techniques among Women in Pakistan. *J Pak Med Assoc*. 2018;68(4):576–86.
151. Ba Dm, Ssentongo P, Agbese E, Yang Y, Cisse R, Diakite B, Et Al. Prevalence And Determinants Of Breast Saharan Cancer Screening in Four Sub- - African Countries : A Population- Based Study. *Bmj Open*. 2020;10:1–8.
152. Yılmazel Gü. Health Literacy, Mammogram Awareness and Screening Among Tertiary Hospital Women Patients. *J Canc Educ*. 2018;33:89–94.
153. Şen Sk, Öztürk Yk. Sağlık Algısı ile Kanseri Taraması Farkındalığı Arasındaki İlişki. *Türk Aile Hek Derg*. 2020;24(4):175–83.
154. Açıkgöz A. Meme ve Serviks Kanseri Risk Düzeyleri ve Erken Tanı Hizmetleri Kullanımı İlişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi*; 2010.
155. Aro Ar, De Koning Hj, Absetz P, Schreck M. Two Distinct Groups of Non-Attendees in an Organized Mammography Screening Program. *Breast Cancer Res Treat*. 2001;70(2):145–53.
156. Sterlingova T, Lundén M. Why Do Women Refrain From Mammography Screening? *Radiography*. 2018;24(1):19–24.
157. Dişçigil G, Şensoy N, Tekin N, Söylemez A. Meme Sağlığı: Ege Bölgesinde Yaşayan Bir Grup Kadının Bilgi, Davranış ve Uygulamaları. *Marmara Med J*. 2007;20(1):29–36.

158. Sözmen K, Unal B, Sakarya S, Dinc G, Yardim N, Keskinilic B, et al. Determinants of Breast and Cervical Cancer Screening Uptake among Women İn Turkey. *Asia Pacific J Public Heal*. 2016;
159. Borrayo Ea, Hines L, Byers T, Risendal B. Characteristics Associated with Mammography Screening among Both Hispanic and Non-Hispanic White Women. *J Women’s Heal*. 2009;18(10):1585–94.
160. Martin-Lopez R, Hernandez-Barrera V, De Andres Al, Garrido Pc, et al. Breast And Cervical Cancer Screening in Spain and Predictors of Adherence. *Eur J Cancer Prev*. 2010;19(3):239–45.
161. Özer A, Bankaoğlu E. Kahramanmaraş ‘ta Yaşayan Bir Grup Kadının Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mammografi Çektirme Durumu İle Bunları Etkileyen Faktörler. *Toplum Hekimliği Bülteni*. 2010;28(1):14–9.
162. Mondragón Márquez Lı, Domínguez Bueso Dl, González Ruiz Lm, Liu Jj. Associations Between Sociodemographic Factors and Breast, Cervical, and Colorectal Cancer Screening in The United States. *Cancer Causes Control*. 2023;34(12):1073–84.
163. Huang Ch, Lo Yj, Kuo Km, Lu Ic. Health Literacy and Cancer Screenin Behaviors among Community-Dwelling Female Adults in Taiwan. *Women&Health*. 2021;61(5):408–19.
164. Damiani G, Federico B, Basso D, Ronconi A, Bianca C, Aurora N, et al. Socioeconomic Disparities İn The Uptake of Breast and Cervical Cancer Screening İn Italy : A Cross Sectional Study. *BMC Public Health [Internet]*. 2012;12(1):99. Available From: [Http://Www.Biomedcentral.Com/1471-2458/12/99](http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/99)
165. López-Márquez A, Carrasco-López C, Martínez-Cano A, Lemoine P, Pierreux Ce, Santisteban P. Sox9 is İnvolved in the Thyroid Differentiation Program and is Regulated by Crosstalk Between Tsh, Tgfβ And Thyroid Transcription Factors. *Sci Rep [Internet]*. 2022;12(1):1–12. Available From: [Https://Doi.Org/10.1038/S41598-022-06004-1](https://doi.org/10.1038/s41598-022-06004-1)
166. Lee K, Lim Ht, Park Sm. Factors Associated With Use Of Breast Cancer Screening Services By Women Aged ≥ 40 Years in Korea : The Third Korea National Health And Nutrition Examination Survey 2005 (Knhanes Iıı). *BMC Cancer*. 2010;10(144):2–11.
167. Komenaka Ik, Nodora Jn, Hsu C Hsieh, Martinez Me, Gandhi Sg, Bouton Me, et al. Association Of Health Literacy with Adherence to Screening Mammography Guidelines. *Obstet Gynecol*. 2015;125(4):852–9.
168. Sentell Tl, Tsoh Jy, Daviz T, Davis J, Braun Kal. Low Health Literacy And Cancer Screening Among Chinese Americans in California: A Cross-Sectional Analysis. *Bmc Open*. 2015;5.
169. Kim K, Han H Ra, Care C. The Association Between Health Literacy And Breast And Cervical Cancer Screening Behaviors. *Nurs Res*. 2019;68:177–88.
170. Taylan S, Küçükaka Çelik G. Ailesel Meme Kanseri Öyküsü Olan ve Olmayan Kadınlarda Meme Kanseri Tanılama Davranışları *Breast. Cukurova Med J*. 2020;45(4):1467–75.

171. Turhan E, Yasli G. Breast Cancer Risk Evaluation by Utilizing Gail Model And Association Between Breast Cancer Risk Perception with Early Diagnosis Applications Among Midwives And Nurses Working In Primary Health Services. *P R Health Sci J*. 2018;37(2):98–104.
172. Erbil N, Dundar N, Inan C, Bolukbas N. Breast Cancer Risk Assessment Using The Gail Model: A Turkish Study. *Asian Pacific J Cancer Prev*. 2015;16(1):303–6.
173. Mermer Gs, Meseri R. İzmir İli Kemalpaşa İlçesi'nde Kırk Yaş ve Üstü Kadınlarda Meme Kanseri Risk Durumunun Belirlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Derg*. 2011;20(2):51–7.
174. Ceber E, Mermer G, Okcin F, Sari D, Demireloz M, Eksioğlu A, et al. Breast Cancer Risk and Early Diagnosis Applications in Turkish Women Aged 50 And Over. *Asian Pacific J Cancer Prev*. 2013;14(10):5877–82.
175. Ulusoy C, Kepenekci I, Kose K, Aydıntug S, Cam R. Applicability of The Gail Model for Breast Cancer Risk Assessment in Turkish Female Population And Evaluation of Breastfeeding as a Risk Factor. *Breast Cancer Res Treat*. 2010;120(2):419–24.
176. Owens Bwl, Gallagher Tj, Kincheloe Mj. Implementation In A Large Health System of a Program to Identify Women at High Risk for Breast Cancer. *J Oncol Pract*. 2011;7(2):85–8.
177. Sabatino Sa, Burns Rb, Davis Rb, Phillip Rs. Breast Carcinoma Screening and Risk Perception Among Women at Increased Risk for Breast Results From a National Survey. *Cancer*. 2004;100(11):2338–46.
178. TÜİK [Internet]. 2023 [Cited 2024 May 3]. Doğum İstatistikleri, 2022. Available From: [https://data.tuik.gov.tr/bulten/index?p=dogum-istatistikleri-2022-49673#:~:Text=Toplam Doğurganlık Hızı%2c Bir Kadının,1%20 Çocuk Olarak Gerçekleşti.](https://data.tuik.gov.tr/bulten/index?p=dogum-istatistikleri-2022-49673#:~:Text=Toplam%20Doğurganlık%20Hızı%2c%20Bir%20Kadının,1%20Çocuk%20Olarak%20Gerçekleşti.)
179. Yavan T, Akyüz A, Tosun N, Iyigun E. Women's Breast Cancer Risk Perception and Attitudes Toward Screening Tests. *J Psychosoc Oncol*. 2010;28(2):189–201.
180. Çeber E, Soyer MT, Ciceklioglu M, Cimat S. Breast Cancer Risk Assessment and Risk Perception on Nurses And Midwives in Bornova Health District in Turkey. *Cancer Nurs*. 2006;29(3):244–9.
181. Katapodi MC, Lee KA, Facione NC, Dodd MJ. Predictors Of Perceived Breast Cancer Risk and the Relation between Perceived Risk and Breast Cancer Screening: A Meta-Analytic Review. *Prev Med (Baltim)*. 2004;38(4):388–402.
182. Kim Se, Pérez-Stable EJ, Wong S, Gregorich S, Sawaya GF, Walsh JME, et al. Association Between Cancer Risk Perception And Screening Behavior Among Diverse Women. *Arch Intern Med [Internet]*. 2008;168(7):728–34. Available From: <https://doi.org/10.1001/archinte.168.7.728>
183. Zhang L, Wang X, Zhai Z, Liu R. The “Hand As Foot” Teaching Method in Thyroid Anatomy. *Asian J Surg*. 2022;45(3):898–9.

184. Eren D, Güleğül M. Hemşirelik Öğrencilerinin Annelerinin Meme Kanseri Risk Düzeyi, Tarama Davranışları ve Etkili Faktörler. *Sağlık ve Toplum*. 2023;33(3):70–81.
185. Garbers S, Schmitt K, Rappa Am, Chiasson Ma. Functional Health Literacy in Spanish-Speaking Latinas Seeking Breast Cancer Screening Through the National Breast and Cervical Cancer Screening Program.Pdf. *Int J Womens Heal*. 2009;1:21–9.
186. Ayaz-Alkaya S, Ozturk FO. Health Literacy Levels of Women and Related Factors in Turkey. *Orig Ar Ticle J Nurs Res*. 2021;29(6):1–7.
187. Khorasani Ec, Belin S, Sany T. Health Literacy in Iranian Women : A Systematic Review. *Iran J Public Heal*. 2020;49(5):860–74.
188. Goto E, Ishikawa H, Okuhara T, Kiuchi T. Relationship Between Health Literacy and Adherence to Recommendations to Undergo Cancer Screening and Health-Related Behaviors among Insured Women in Japan. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018;19(2):3409–3413.
189. Harsch S, Jawid A, Jawid E, Saboga-Nunes L. Health Literacy And Health Behavior Among Women in Ghazni. *Front Public Heal*. 2021;9:1–13.
190. Lindau ST, Tomori C, Lyons T, Langseth L, Bennett CL, Garcia P. The Association of Health Literacy with Cervical Cancer Prevention Knowledge and Health Behaviors in a Multiethnic Cohort of Women. *Am J Obs Gynecol*. 2002;186(5):938–43.
191. Huang C Hsien, Talley PC, Lin C Wei, Huang R Yi, Liu I Ting, Lu I Cheng, et al. Factors Associated with Low Health Literacy among Community-Dwelling Women in Taiwan. *Women Health [Internet]*. 2019;00(00):1–15. Available From: <https://doi.org/10.1080/03630242.2019.1662872>
192. Çelikkanat Ş, Akbaş M, Gökyıldız Ürüü Ş. Yetişkin Kadınların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Belirlenmesi. *Int Soc Sci Stud J*. 2020;6(54):19–27.
193. Tsai H Min, Cheng C Yu, Chang S Chen, Yang Y Mei, Wang H Hung. Health Literacy and Health-Promoting Behaviors among Multiethnic Groups of Women in Taiwan. *JOGNN*. 2014;43:117–29.
194. Ilgaz A. Bir Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı Seviyesi ve İlişkili Faktörler. *Huhemfad-Johufon*. 2021;8(2):151–9.
195. Lee S Yih D, Tsai T İ, Tsai Y Wen, Kuo Kn. Health Literacy and Women's Health-Related Behaviors in Taiwan. *Heal Educ Behav*. 2012;39(2):210–8.
196. Hoover DS, Vidrine JL, Shete S, Spears CA, Cano MA, Correa-Fernández V, et al. Health Literacy, Smoking , And Health Indicators in African American Adults Health Literacy, Smoking, and Health Indicators in African American Adults. *J Health Commun*. 2015;20:24–33.
197. Geboers B, Winter Af DE, Luten KA, Jansen CJM, Geboers B, Winter Af DE, et al. The Association of Health Literacy with Physical Activity and Nutritional Behavior in Older Adults, and its Social Cognitive Mediators the Association of Health Literacy with Physical Activity and Nutritional Behavior in Older Adults, and its Social Cog. *J Health Commun*. 2014;19:61–76.

198. Sajjadi H, Hosseinpour N, M SS, Mahmoodi Z. Association Between Health Literacy and Life Style in Married Rural Women in Izeh, Iran. J Heal Vol. 2016;7(4):479–89.



EK-1: Anket formu

ANKET FORMU:

Sayın katılımcı bu çalışma İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yürütülen uzmanlık tezi çalışmasıdır.

Çalışmamızın amacı meme kanseri riskinin belirlenmesi ve bu riski kendi algıladıkları riski ile karşılaştırılması, bu kadınların meme kanseri taramalarını katılım sıklıklarının belirlenmesi ve sağlık okuryazarlığının bunlar üzerindeki etkisinin değerlendirilmesidir. Çalışmamız meme kanseri taramalarının farkındalığı ve bu programlara katılımın artırılması için yapılacaklara katkı sağlayacaktır.

Anket formu sosyodemografik özellikler, meme kanseri risk düzeyi, meme kanseri taramaları ile ilgili sorular ve sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesinde kullanılacak olan 66 soruluk bir anketten oluşmaktadır.

Anket formunda kimlik bilgileriniz yer almamaktadır. Kişisel bilgileriniz ve vermiş olduğunuz bilgiler gizli tutulacak ve bu çalışma dışında kullanılmayacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

1.Yaşınız:

2. Öğrenim durumunuz:

Okuryazar değil

Sadece okuryazar

İlkokul mezunu

Ortaokul mezunu

Lise mezunu

Üniversite/yüksekokul mezunu

3.Medeni Durumunuz:

Bekar

Evli

Boşanmış

Eşi ölmüş

4.Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

Evet

Hayır

5. Sosyal güvenceniz (SGK vb.) var mı?

Var

Yok

6. Özel sağlık sigortanız var mı?

Var

Yok

7. Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

Gelirim giderimden az

Gelirim giderime eşit

Gelirim giderimden fazla

8. Boy:cm

9. Kilo:kg

10. Sigara kullanma durumunuz:

Hayır (12. Soruya geçiniz.)

Bırakmış, yıl önce

Evet

11. Düzenli olarak sigara içmeye başlama yaşıınız.

.....yaş

12. Alkol kullanma durumunuz:

Hiç

Ayda 1 veya daha az

Ayda 1-2 kez

Haftada 1 veya üzeri

Her gün

13. Spor ya da fiziksel aktivite yapma durumunuz

Hiç spor ya da fiziksel aktivite yapmıyorum

Ara sıra spor ya da fiziksel aktivite yapıyorum(düzensiz)

Günde 30 dakika ve haftada en az 5 gün hafif veya orta düzeyde fiziksel aktivite yapma durumu (Yürüyüş, hafif koşu, bisiklet veya yüzmeye gibi)(düzenli)

14. Doktor tarafından tanı konulan kronik bir hastalığınız var mı? (Yanıtınız evet ise belirtiniz.)

Evet

Hayır

15. Birinci derece akrabalarınızdan (anne, kız kardeş, kız çocuklar) meme kanseri tanısı alan var mı? (GAIL Modeli)

Evet

Hayır(17. soruya geçiniz)

Bilmiyorum(17. soruya geçiniz)

16. Birinci derece akrabalarınızdan meme kanseri tanısı alan kişi sayısı (GAIL Modeli)

.....

17. Benign (iyi huylu) meme hastalığı tanısı konup meme biyopsisi yapıldı mı? (GAIL Modeli)

Evet

Hayır (20. soruya geçiniz)

Bilmiyorum (20. soruya geçiniz)

18. Yapılan meme biyopsi sayısı ? (GAIL Modeli)

.....

19. Yapılan meme biyopsilerinde atipik hiperplazi bulgusu izlendi mi? (GAIL Modeli)

Evet

Hayır

Bilmiyorum

20. İlk menarş (adet görme) yaşıınız (GAIL Modeli)

..... yıl

21. Canlı doğum yapma durumu (GAIL Modeli)

Evet

Hayır (23. Soruya geçiniz.)

22. İlk canlı doğumdaki yaşınız? (GAIL Modeli)

..... yıl

23. Kendinizi meme kanseri açısından riskli olarak görüyor musunuz?

Evet

Hayır

Bilmiyorum

23. Meme kanseri tarama testi / kanser tarama programı / kanser erken tanısı gibi kavramları daha önce duydunuz mu?

Evet

Hayır

24. Meme kanseri erken tanısı için kullanılan yöntemlerden hangilerini duydunuz? (Birden çok şık işaretlenebilir)

Kendi Kendine Meme Muayenesi

Klinik Meme Muayenesi (doktor tarafından)

Mamografi

Meme Ultrasonu

Hiçbirini duymadım

25. Meme kanseri taraması ile ilgili bilgiye nereden ulaştınız? (Birden çok şık işaretlenebilir)

Hekim

Ebe-hemşire

İnternet

Yazılı ve görsel medya organları (Televizyon, radyo, gazete vb.)

Akraba, arkadaş veya tanıdık çevreden

Meme kanseri ile ilgili afiş ve broşürler

Diğer(.....)

26. Kendi kendinize meme muayenesi yapmayı biliyor musunuz?

Evet

Hayır

27. Kendi kendinize meme muayenesi yapıyor musunuz?

Evet, ayda bir düzenli olarak yaparım.

Evet, ara sıra yaparım.

Hayır

28. Daha önce hekim ya da hemşire/ebe'ye meme muayenesi yaptırdınız mı?

Evet yılda 1 kez düzenli olarak yaptırırım.

Evet düzensiz düzensiz aralıklarla yaptırırım, en son yıl önce yaptırırım.

Hayır

29. Daha önce hiç mamografi yaptırdınız mı?

Evet

Hayır (34. Soruya geçiniz)

30. Düzenli aralıklarla mamografi yaptırır mısınız? (2 yılda bir)

Evet

Hayır

31. En son mamografiyi ne zaman yaptırdınız?

Son 1 yıl içinde

1 ile 2 yıl arasında

2 yıldan uzun bir süredenedeni

32. Mamografi yaptırdığınız kurum:

.....(1. Basamak kurumu (Ketem vb.) veya 2. ve 3. Basamak kurumlar)

33. Mamografi yaptırmama nedeniniz neydi? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

Doktor önerisi ile tarama amaçlı

Meme ile ilgili bir hastalıktan dolayı doktor muayenesi sırasında tanı koyma amaçlı

Aile /arkadaş önerisi

Ailede kanser öyküsü

Düzenli yaptırmam gerektiğini bildiğim için

- Afiş, broşür, TV vb. yerden gördüm
- Yaşadığım yere tarama yapan sağlık aracı geldi
- Diğer:

34. Düzenli Mamografi taraması yaptırmama nedeniniz nedir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- Yaptırmam gerektiğini bilmiyordum.
- Kendimi bu hastalık için risk altında görmüyorum.
- Rahatsız edici bir işlem olduğunu düşünüyorum.
- Sonucundan korkuyorum.
- Maddi imkanım yok.
- Sağlık kuruluşuna ulaşımım güç.
- Bu testin sonucuna güvenmiyorum.
- Erken tanının iyileşmemde etkisi olacağını düşünmüyorum.
- Diğer

Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği 32 (TSOY-32)

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

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

		1. Çok kolay	2. Kolay	3. Zor	4. Çok zor	Fikrim yok
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlara ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlara ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
		1. Çok kolay	2. Kolay	3. Zor	4. Çok zor	Fikrim yok
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
		1. Çok kolay	2. Kolay	3. Zor	4. Çok zor	Fikrim yok
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

