



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı

TÜRKİYE’DE KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Leyla DEMİR

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2021

TÜRKİYE’DE KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMINI ETKİLEYEN
FAKTÖRLER

Leyla DEMİR

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2021

KABUL VE ONAY

Leyla DEMİR tarafından hazırlanan “*Türkiye’de Koruyucu Sağlık Hizmetleri Kullanımını Etkileyen Faktörler*” başlıklı bu çalışma 20.12.2021 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından *Yüksek Lisans Tezi* olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. GÜLBİYE YENİMAHALLELİ YAŞAR
(Başkan)

Prof. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU (Danışman)

Prof. Dr. Oğuz IŞIK (Üye)

Doç. Dr. Ece UĞURLUOĞLU ALDOĞAN (Üye)

Doç. Dr. Fatih ŞANTAŞ (Üye)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Uğur ÖMÜRGÖNÜLŞEN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinleri yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

20/12/2021

Leyla DEMİR

1“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

* Tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, **Prof. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU** danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Leyla DEMİR

TEŞEKKÜR

Hem tez sürecim hem de lisansüstü eğitim hayatım boyunca bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen, kıymetli görüşleri ile rehber olan ve her anlamda örnek aldığım çok değerli danışmanım Prof. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU'na,

Aldığım bütün kararlarda yanımda olan, bana olan güven ve inancını her zaman hissettiren motivasyon kaynağım biricik annem Beyhan KANMAZ ve canım arkadaşlarım Didem ENİS ve İsmihan ALP'e;

Tez yazım sürecimde görüş ve önerilerde bulunan ve beni yüreklendiren değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Yasemin ASLAN'a ve çalışmam boyunca sabrını ve desteğini esirgemeyen eşim Mehmet Zeki DEMİR'e sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Leyla DEMİR

ÖZET

DEMİR, Leyla. *Türkiye’de Koruyucu Sağlık Hizmetleri Kullanımını Etkileyen Faktörler*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2021.

Dünyada önde gelen ölüm nedenlerinden olan ve insan sağlığını olumsuz yönde etkileyen hastalıklar incelendiğinde, kalp ve akciğer hastalıkları, kanser türleri, diyabet, felç gibi hastalıkların aslında koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı yoluyla önlenabilir hastalıklar olduğu görülmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri, mevcut sağlığı korumaya, daha sağlıklı bir toplum oluşturmaya ve ortaya çıkabilecek risklerin erken teşhis ve tedavi edilmesine olanak sağlayan hizmetlerdir. Bu bağlamda hem toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi hem de sağlık hizmetleri maliyetlerinin azaltılması noktasında önem arz eden koruyucu sağlık hizmetlerinin mevcut durumda kullanım düzeyinin belirlenmesi ve kullanımında etkili olan faktörlerin tespit edilmesi önem arz etmektedir. Bu doğrultuda bu araştırmanın amacı, Türkiye’de koruyucu sağlık hizmetlerinin (grip aşısı, tansiyon ölçtürme, kolesterol ölçtürme, kan şekeri ölçtürme, gaita ile gizli kan testi, kolonoskopi yaptıрма, kendi kendine meme muayenesi, mamografi, pap smear testi) kullanım düzeyini ortaya koymak ve bireylerin bu hizmetleri kullanma kararında etkili olan faktörleri tespit etmektir. Bu doğrultuda Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yapılan Türkiye Sağlık Araştırması 2019 yılı verilerinden yararlanarak ve Wilber tarafından geliştirilen Bütünleyici Model kullanılarak çalışmanın modeli oluşturulmuştur. Çalışma sonucunda, içsel bireysel faktörler (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum), dışsal bireysel faktörler (sağlık statüsü, fiziksel aktivite), içsel toplumsal faktörler (sosyal destek) ve dışsal toplumsal faktörlerin (sosyal güvence) katılımcıların koruyucu sağlık hizmetleri kullanma davranışlarını etkilediği belirlenmiştir. Elde edilen sonuçların bu hizmetlere yönelik yapılacak politikalarda ve bireylerde farkındalığın artırılması noktasında faydalı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler

Koruyucu Sağlık Hizmetleri, Sağlık Hizmetleri Kullanımı, Bütünleyici Model, Türkiye

ABSTRACT

DEMİR, Leyla. Factors Affecting the Use of Preventive Health Care in Turkey, Master Thesis, Ankara, 2021.

It is seen that diseases such as heart and lung diseases, cancer types, diabetes, and stroke are essentially preventable diseases through the use of preventive health care when diseases that are among the leading causes of death in the world and negatively affecting human health are examined. Preventive health services are services that allow to protect present health, to create a healthier society, and early diagnosis and treatment of risks that may arise. In this context, it is important to determine the level of use of preventive health care in the current situation, which are important both in the protection and development of public health and in reducing the costs of health services, and to determine the factors that are effective in their use. In this direction, the aim of this research is to reveal the level of use of preventive health care (flu vaccine, blood pressure measurement, cholesterol measurement, blood sugar measurement, fecal occult blood test, colonoscopy, breast self-examination, mammography, pap smear test) in Turkey and to determine the factors that affect the decision of individuals to use these services. In this direction, the model of the study was created by utilizing the 2019 data of the Turkey Health Survey conducted by the Turkish Statistical Institute and by using the Integral Model developed by Wilber. As a result of the study, it has been determined that the internal individual factors (gender, age, educational status, marital status), the external individual factors (health status, physical activity), the internal collective factors (social support) and the external collective factors (social security) have affected the participants' behaviors of using preventive health services. It is thought that the results obtained will be useful in policies to be made for these services and in raising awareness among individuals.

Key Words

Preventive Health Care, Health Care Utilization, Integral Model, Turkey

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	ii
ETİK BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR	xi
TABLolar	xii
ŞEKİLLER	xiv
GİRİŞ	1
1.BÖLÜM: GENEL BİLGİLER	4
1.1.Koruma Yaklaşımı	4
1.1.1. Temel Koruma	5
1.1.2. Birincil Koruma	6
1.1.3. İkincil Koruma	6
1.1.4. Üçüncül Koruma	7
1.1.5. Dördüncül Koruma.....	7
1.2. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	8
1.2.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	10
1.2.2. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	10
1.2.2.1. Grip Aşısı Yaptırma.....	11
1.2.2.2. Tansiyon Ölçtürme	12
1.2.2.3. Kolesterol Ölçtürme	13
1.2.2.4. Kan Şekeri Ölçtürme	14

1.2.2.5. Gaita ile Gizli Kan Testi Yaptırma.....	15
1.2.2.6. Kolonoskopi Yaptırma	15
1.2.2.7. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM).....	16
1.2.2.8. Mamografi Çektirme	17
1.2.2.9. PAP (Papanicolaou) Smear Testi Yaptırma	17
1.3. Koruyucu Sağlık Hizmetleri Kullanımını Etkileyen Faktörler.....	18
1.3.1. Cinsiyet	19
1.3.2. Yaş	20
1.3.3. Medeni Durum	22
1.3.4. Eğitim Durumu	23
1.3.5. Fiziksel Aktivite	24
1.3.6. Sağlık Statüsü.....	25
1.3.7. Sosyal Destek.....	26
1.3.8. Sosyal Güvence.....	28
1.3.9. Diğer Faktörler	29
1.4. Sağlık Hizmetleri Kullanımını Etkileyen Faktörleri Belirlemeye Yönelik Geliştirilen Modeller.....	32
1.4.1. Wilber'ın Bütünleyici Modeli	34
1.4.1.1. Sol Üst Kadran (İçsel-Bireysel Faktörler)	38
1.4.1.2. Sağ Üst Kadran (Dışsal-Bireysel Faktörler).....	38
1.4.1.3. Sol Alt Kadran (İçsel-Toplumsal Faktörler).....	38
1.4.1.4. Sağ Alt Kadran (Dışsal-Toplumsal Faktörler).....	39
2.BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM	41
2.1. Çalışmanın Amacı ve Önemi	41
2.2. Çalışmanın Yöntemi.....	43

2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri Kullanımını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesinde Kullanılan Değişkenler	44
2.3. Çalışmanın Tasarımı ve Hipotezleri	48
2.4. Veri Analizi	51
2.5. Çalışmanın Sınırlılıkları ve Varsayımları	52
3.BÖLÜM: BULGULAR.....	53
3.1. Grip Aşısı Yaptırma ve Belirleyicilerine Yönelik Bulgular	53
3.1.1. Grip Aşısı Yaptırma Hizmetinin Kullanımına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular.	53
3.1.2. Araştırma Hipotezlerine İlişkin Bulgular.....	56
3.2. Tansiyon Ölçtürme ve Belirleyicilerine Yönelik Bulgular.....	58
3.2.1. Tansiyon Ölçtürme Hizmetinin Kullanımına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular ..	59
3.2.2. Araştırma Hipotezlerine İlişkin Bulgular.....	62
3.3. Kolesterol Ölçtürme ve Belirleyicilerine Yönelik Bulgular	65
3.3.1. Kolesterol Ölçtürme Hizmetinin Kullanımına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	65
3.3.2. Araştırma Hipotezlerine İlişkin Bulgular.....	68
3.4. Kan Şekeri Ölçtürme ve Belirleyicilerine Yönelik Bulgular	71
3.4.1. Kan Şekeri Ölçtürme Hizmetinin Kullanımına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	71
3.4.2. Araştırma Hipotezlerine İlişkin Bulgular.....	74
3.5. Gaita ile Gizli Kan Testi Yaptırma ve Belirleyicilerine Yönelik Bulgular....	77
3.5.1. Gaita ile Gizli Kan Testi Yaptırma Hizmetinin Kullanımına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular.....	77
3.5.2. Araştırma Hipotezlerine İlişkin Bulgular.....	80
3.6. Kolonoskopi Yaptırma ve Belirleyicilerine Yönelik Bulgular.....	82
3.6.1. Kolonoskopi Yaptırma Hizmetinin Kullanımına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	82
3.6.2. Araştırma Hipotezlerine İlişkin Bulgular.....	84

3.7. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) ve Belirleyicilerine Yönelik Bulgular	87
3.7.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) Uygulamasına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular.....	87
3.7.2. Araştırma Hipotezlerine İlişkin Bulgular.....	91
3.8. Mamografi Çektirme ve Belirleyicilerine Yönelik Bulgular	94
3.8.1. Mamografi Çektirme Hizmetinin Kullanımına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular.....	94
3.8.2. Araştırma Hipotezlerine İlişkin Bulgular.....	97
3.9. Pap Smear Testi Yaptırma ve Belirleyicilerine Yönelik Bulgular	99
3.9.1. Pap Smear Testi Yaptırma Hizmetinin Kullanımına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular.....	100
3.9.2. Araştırma Hipotezlerine İlişkin Bulgular.....	103
3.10. Araştırma Hipotezlerine İlişkin Sonuçlar	106
4. BÖLÜM: TARTIŞMA.....	108
4.1. Grip Aşısı Yaptırmaya İlişkin Değerlendirmeler	109
4.2. Tansiyon Ölçtürmeye İlişkin Değerlendirmeler	112
4.3. Kolesterol Ölçtürmeye İlişkin Değerlendirmeler	115
4.4. Kan Şekeri Ölçtürmeye İlişkin Değerlendirmeler.....	118
4.5. Gaita ile Gizli Kan Testi Yaptırmaya İlişkin Değerlendirmeler	120
4.6. Kolonoskopi Yaptırmaya İlişkin Değerlendirmeler	122
4.7. Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapmaya İlişkin Değerlendirmeler.....	125
4.8. Mamografi Çektirmeye İlişkin Değerlendirmeler	128
4.9. Pap Smear Testi Yaptırmaya İlişkin Değerlendirmeler	130
5. BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER	134
KAYNAKLAR	141
EK 1. Etik Komisyon Muafiyeti Formu	163
EK 2. Tez Orijinallik Formu.....	164

KISALTMALAR

ACS	: American Cancer Society (Amerikan Kanser Topluluğu)
BAĞ-KUR	: Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HDL	: High Density Lipoprotein (Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein)
KKMM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
LDL	: Low Density Lipoprotein (Düşük Yoğunluklu Lipoprotein)
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
PAP Smear Testi	: Papanikolau Smear Testi
WONCA	: World Organization of Family Doctors (Dünya Aile Hekimleri Örgütü)

TABLOLAR

Tablo 1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri Kullanımına Yönelik Önerilen Yaş ve Sıklıklar..	46
Tablo 2. Çalışmanın Bağımsız Değişkenleri.....	49
Tablo 3. Grip Aşısı Yaptırma Hizmeti ile İlgili Analizlere Dâhil Edilen Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri	54
Tablo 4. Grip Aşısı Yaptırma Hizmetinin Kullanımı.....	55
Tablo 5. Grip Aşısı Yaptırma ve Belirleyicilerine Yönelik Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları	57
Tablo 6. Tansiyon Ölçtürme Hizmeti ile İlgili Analizlere Dâhil Edilen Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri	59
Tablo 7. Tansiyon Ölçtürme Hizmetinin Kullanımı	61
Tablo 8. Tansiyon Ölçtürme ve Belirleyicilerine Yönelik Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları	63
Tablo 9. Kolesterol Ölçtürme Hizmeti ile İlgili Analizlere Dâhil Edilen Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri	66
Tablo 10. Kolesterol Ölçtürme Hizmetinin Kullanımı	67
Tablo 11. Kolesterol Ölçtürme ve Belirleyicilerine Yönelik Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları	69
Tablo 12. Kan Şekeri Ölçtürme Hizmeti ile İlgili Analizlere Dâhil Edilen Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri	72
Tablo 13. Kan Şekeri Ölçtürme Hizmetinin Kullanımı	73
Tablo 14. Kan Şekeri Ölçtürme ve Belirleyicilerine Yönelik Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları	75
Tablo 15. Gaita ile Gizli Kan Testi ve Kolonoskopi Yaptırma Hizmetleri ile İlgili Analizlere Dâhil Edilen Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri.....	78
Tablo 16. Gaita ile Gizli Kan Testi Yaptırma Hizmetinin Kullanımı.....	79
Tablo 17. Gaita ile Gizli Kan Testi Yaptırma ve Belirleyicilerine Yönelik Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	81
Tablo 18. Kolonoskopi Yaptırma Hizmetinin Kullanımı	83

Tablo 19. Kolonoskopi Yaptırma ve Belirleyicilerine Yönelik Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları	85
Tablo 20. Kendi Kendine Meme Muayenesi ile İlgili Analizlere Dâhil Edilen Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri	88
Tablo 21. Kendi Kendine Meme Muayenesi	90
Tablo 22. Kendi Kendine Meme Muayenesi ve Belirleyicilerine Yönelik Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	92
Tablo 23. Mamografi Çektirme Hizmeti ile İlgili Analizlere Dâhil Edilen Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri	95
Tablo 24. Mamografi Çektirme Hizmetinin Kullanımı.	96
Tablo 25. Mamografi Çektirme ve Belirleyicilerine Yönelik Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları	98
Tablo 26. Pap Smear Testi Yaptırma Hizmeti ile İlgili Analizlere Dâhil Edilen Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri	100
Tablo 27. Pap Smear Testi Yaptırma Hizmetinin Kullanımı	102
Tablo 28. Pap Smear Testi Yaptırma ve Belirleyicilerine Yönelik Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	104
Tablo 29. Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları	107

ŞEKİLLER

Şekil 1. Bütünleyici Model'in Dört Kadran Sistemi.....	36
Şekil 2. Çalışmanın Modeli	50



GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “tam bir iyilik hali” olarak tanımlanan sağlık, temel bir insan hakkı olması, dışsalılık özelliği nedeniyle toplum sağlığı ile doğrudan ilişkili olması ve insan sermayesi yoluyla ülkenin büyüme ve gelişmesi ile bağlantılı olması nedeniyle günümüzde üzerinde önemle durulan bir konudur. Bir ülkede yaşayan insanların sağlık düzeyi ise ülkenin gelişmişliğini gösteren parametrelerden biridir. Dolayısıyla ülkeler, oluşturdukları sağlık sistemleri aracılığıyla toplum sağlığını yükseltebilmek amacıyla sağlığı koruyucu, geliştirici, iyileştirici ve rehabilite edici uygulamalar sunmaktadır. Bu uygulamalar içerisinde koruyucu sağlık hizmetleri, hastalık ortaya çıkmadan önlem almayı ve/veya hastalığın etkilerini en aza indirebilmeyi amaçlayan hizmetlerdir. Bu hizmetler, mevcut maliyetleri azaltıcı etkisinin yanında toplum sağlığını yükseltici önemli bir görev de üstlenmektedir.

Cooper (1976)’a göre sağlık sistemlerinin ekonomik canlılıkları ülke insanını ne kadar etkili tedavi ettiğiyle değil ne kadar sağlıklı tuttuğu ile doğrudan ilişkilidir. Bu anlamda koruyucu sağlık hizmetlerinin amacı insanların sağlıklı kalmasına yardımcı olmak ve ortaya çıkan hastalıkların toplum içinde yayılıp felakete dönüşmesini engellemektir. Bu yaklaşım aynı zamanda sağlık hizmetleri maliyetlerinin de düşürülmesine yardımcı olmaktadır. Çünkü hastalığın ortaya çıkmasını önlemek ve bireyi hastalık ortaya çıkmadan önce korumak çoğu zaman daha sonra tedavi etmekten daha az maliyetlidir (British Columbia Ministry of Health Services, 2005: 3). Bu bağlamda koruyucu sağlık hizmetlerinin önemine, birey ve toplum sağlığını önemli ölçüde etkileyen kilit uygulamalar olması ve sağlık hizmetleri maliyetlerindeki göz ardı edilemeyecek azaltıcı etkisi nedeniyle, dünyada birçok örgüt tarafından dikkat çekilmektedir. Dolayısıyla, koruyucu sağlık hizmetleri kullanımının teşvik edilmesi sağlık sistemleri açısından maliyetleri azaltmak, ekonomik canlılıklarını sağlamak ve daha sağlıklı bir toplum oluşturmak amacıyla ilk hedeflerden biri olmuştur.

Dünyada ölüme neden olan ya da insan sağlığını olumsuz yönde etkileyen hastalıklar incelendiğinde kalp hastalığı, akciğer hastalığı, kanser türleri ve felç gibi hastalıkların

aslında önlem alınabilir ve korunabilir hastalıklar olduğu görülmektedir (Shields, 2016: 1). Koruyucu sağlık hizmetleri, bireylerin bu hastalıklar karşısında sağlıklı kalmasını ve olası bir riskin tespit edilmesini amaçlayan bağışıklama, kanser tarama programları, fiziksel muayene hizmetleri, kolesterol, kan şekeri ve tansiyon ölçümleri gibi yöntemleri içermektedir. Bu teknikler yardımıyla hastalıkların erken teşhisi ve takibi sağlanarak ciddi sağlık sorunlarına ve ölümlere neden olması engellenebilmektedir. Bu bağlamda insan sağlığının korunması ve geliştirilmesi ve paralelinde toplum sağlığının yükseltilmesi bireyin sağlık davranışları, koruyucu sağlık uygulamaları ve koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı ile doğrudan ilişkilidir.

DSÖ'ye göre 2019 yılında dünya çapında gerçekleşen 55,4 milyon ölümün %44'ü bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle meydana gelmiştir (WHO, 2020a). Kanser, diyabet ve kardiyovasküler hastalık gibi önlenabilir hastalıklar dünyadaki ölümlerin önde gelen nedenlerinden bazılarını oluşturmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'na göre ölüm nedenleri incelendiğinde ise, Türkiye'de 2019 yılında gerçekleşen ölümlerin %36,8'i hipertansiyon, inme (felç) ya da kalp yetmezliği gibi dolaşım sistemi hastalıklarından; %18,4'ü kanser türlerinden ve %12,9'u solunum sistemi hastalıklarından kaynaklanmıştır (TÜİK, 2020b). Bu hastalıkların neden olduğu ölüm oranlarının ciddiyeti ve bireylerin sağlığını olumsuz yönde etkileyen hastalıkların etkisinin yüksek olması koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanım oranlarının ve bu hizmetlerin kullanımında olumlu ya da olumsuz etki eden faktörlerin neler olduğu sorusunu gündeme getirmektedir.

Cooper (1976), koruyucu sağlık hizmetlerini kullanmaya yönelik davranışı koruyucu sağlık davranışı olarak nitelendirmekte ve bu davranışın çoğunlukla bireysel isteğe bağlı olduğunu ifade etmektedir. Cooper'a göre bir tüketicinin bir ürünü almaya ya da almamaya yönelik tercih durumunun söz konusu olması gibi bir bireyin koruyucu sağlık hizmetlerini kullanma ya da kullanmama konusunda da tercihleri söz konusu olabilmektedir. Cooper, bireyin koruyucu sağlık hizmetlerini kullanma niyetini etkileyen önemli faktörleri belirlemek ve bu faktörlerin nedenlerini anlamak için yapılan çalışmaların bu hizmetlerin kullanımını önemli oranda artıracığına değinmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı bireysel, toplumsal ve sistemsel çeşitli faktörlere göre değişmektedir. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, sağlık statüsü, fiziksel aktivite yapma gibi bireysel faktörlerin yanı sıra kültürel etkileşim ve sosyal destek gibi toplumsal faktörler ve sosyal güvence gibi sağlık hizmetlerine erişim anlamında önem arz eden sistemsel faktörler önemli belirleyiciler olabilmektedir. Türkiye’de yaşayan bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımında etkili olan faktörlerin belirlenmesi, toplumun sağlık düzeyini yükseltebilmek amacıyla yürütölen politikaların değerlendirilmesi aısından oldukça önemlidir.

Bu doğrultuda bu çalışmanın temel amaçlarından birincisi, toplumun sağlık düzeyini yükseltme noktasında önem arz eden koruyucu sağlık hizmetlerinin Türkiye’de mevcut durumda kullanım düzeyinin ortaya konulması; ikincisi, bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanma kararında etkili olan faktörlerin tespit edilmesidir.

Çalışma beş bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde koruyucu sağlık hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen faktörlere ilişkin genel bilgiler ve Bütünleyici Model’e, ikinci bölümde çalışmanın gereç ve yöntemlerine yer verilmiştir. Üçüncü bölümde Türkiye’de yaşayan bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen faktörlere ilişkin ulaşılan bulgular paylaşılmıştır. Çalışmanın bilime katkısı ve sınanan hipotezler dördüncü bölümde tartışılmıştır. Beşinci bölümde ise çalışmadan elde edilen sonuçlar sunulup bu sonuçlara paralel olarak hizmet sunucularına, hizmet kullanıcılarına ve politika yapıcılara önerilerde bulunulmuştur.

1.BÖLÜM: GENEL BİLGİLER

Çalışmanın bu bölümünde koruma yaklaşımı ve koruma düzeylerine, çalışma kapsamına alınan koruyucu sağlık hizmetlerine ve koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen faktörlere yer verilmiştir. Ayrıca bu bölümde çalışma kapsamında kullanılan Bütünleyici Model incelenmiştir.

1.1.Koruma Yaklaşımı

Koruma, geniş anlamıyla hastalık riskini ortadan kaldırma, hastalık ve engelliliğin etkisini en aza indirme ya da ilerleyişini geciktirmeyi amaçlayan eylemler olarak tanımlanmaktadır (Brown ve Hazlewood, 2009: 15). Korumanın aynı zamanda, yaşlılıkta sağlıklı, aktif ve bağımsız bir yaşama sahip olmak için etkili bir strateji olduğu bilinmektedir (Jusot ve diğerleri, 2012: 15). Sağlık hizmetlerinde koruma yaklaşımının amacı sağlık hizmetlerini hastalığı tedavi etmekten çok sağlığı korumaya odaklamaktır. Bu yaklaşım birçok yönden geleneksel tedavi yaklaşımından farklıdır. Tedavi edici bakımda temel sorumluluk bireysel olarak hastaya ait iken koruma yaklaşımında odak genellikle toplum düzeyindedir ve tüm topluma karşı bir sorumluluk doğurmaktadır (Fineberg, 2013: 85). Bu proaktif uygulamalar çoğunlukla birey kendini hasta hissetmeden veya herhangi bir semptom fark etmeden önce gerçekleşmekte ve hastalığı önlemek ya da hastalığın başlangıcını geciktirmek için tasarlanmaktadır (Shields, 2016: 1-2). Akdeniz ve Kavukçu (2017: 74)'ya göre klinik anlamda koruma uygulamaları bir sağlık sorununun oluşmaması için önlem almak, gelişimini durdurmak ya da komplikasyonlarını engellemek için yapılan girişimlerdir. Bağışıklama, erken teşhis amaçlı taramalar, koruyucu ilaç kullanımı ya da danışmanlık gibi uygulamalar bu girişimlere örnek gösterilmektedir.

Dünya Aile Hekimleri Örgütü (WONCA) Uluslararası Sınıflandırma Komitesi (1995)'nin yaptığı tanıma göre ise bir sorun veya komplikasyonların ortaya çıkmasını veya gelişmesini önlemeye yönelik eylemleri ifade eden koruma girişimleri literatürde farklı düzeylerde ele alınmaktadır. 1940'ların sonlarında Leavell ve Clark tarafından ortaya atılan koruma düzeyleri birincil, ikincil ve üçüncül koruma olmak üzere üç

düzeyde ele alınmıştır (Jamouille, 2014: 2). Sonrasında bu üç koruma düzeyine temel koruma (ilkel/primordial) düzeyi de eklenmiştir (Ursoniu, 2009: 168). Last (2001) da koruma düzeylerini temel koruma, birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül koruma olarak değerlendirmiştir. Uluslararası Genel Pratisyenler/Aile Hekimliği Sözlüğünde ise koruma düzeyleri birincil, ikincil, üçüncül ve dördüncül koruma olmak üzere dört düzeyde ele alınmıştır. Belirtilen kategorilere ilişkin ayrıntılı açıklamalar aşağıda yer almaktadır.

1.1.1. Temel Koruma

1978 yılında Strasser, kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinin birincil koruma kapsamındaki uygulamaların ötesinde risk faktörlerinin topluma nüfuz etmesini önleyen faaliyetler anlamına geldiğini ifade ederek temel koruma kavramını ortaya atmıştır. Bu koruma düzeyinde temel fikir hastalıkların ortaya çıkmasında rolü olduğu bilinen sosyal, ekonomik, kültürel ve çevresel faktörlerin oluşmasını engellemektir. Örneğin, obezite, hipertansiyon gibi birçok yetişkin sağlık probleminin çocukluk çağına kadar uzanan sosyal ve çevresel koşullar ve bireyin yaşam tarzı ile bağlantılı olduğu bilinmektedir. Kalorisi yüksek olan yiyecek tüketme alışkanlığı ve yerleşik kentsel yaşam tarzı gibi bazı faktörler obezite ve kronik hastalıklara doğru bir eğilim oluşturmaktadır. Böylelikle, temel korumada pozitif sağlık davranışının benimsenmesi gibi bireysel tutum ve davranışların sosyal değerlere dönüştürülerek yaygınlık kazanması amaçlanmaktadır (Ursoniu, 2009: 168). Bu anlamda, temel koruma düzeyinde uygulanan stratejiler kamuoyu eğitimi, medya yoluyla teşvikler ve mevzuat ve devlet politikalarını içermektedir.

Temel korumanın sağlık sistemi maliyetleri üzerinde göz ardı edilemeyecek etkisi vardır. Örneğin yürütülen sigarayı bırakmaya teşvik girişimlerinin sistem üzerindeki mali yükünün tütün kullanımı nedeniyle hastalanmış bireyin yıllık maliyetlerine kıyasla çok daha düşük olduğu görülmektedir. Sağlıklı beslenmeyi teşvik eden sosyal, ekonomik ve pazarlama ortamlarını destekleyen politikaların geliştirilmesi, sigara bırakmaya yönelik kapsamlı politikaların yapılması ya da düzenli fiziksel aktiviteyi teşvik etme programları temel korumanın kapsamında değerlendirilmektedir (Ursoniu, 2009: 168-169).

1.1.2. Birincil Koruma

Birincil koruma terimi, birey hastalıkla tanışmadan önce hastalık nedenlerini ortadan kaldırmak amacıyla belirli bir hastalığa ya da potansiyel hasta grubuna uygulanabilir ölçümler olarak tanımlanmaktadır (Jamouille, 2014: 2). Birincil korumanın amacı, hastalık nedenlerini ve risk faktörlerini kontrol ederek hastalık insidansını sınırlamaktır (Ursoniu, 2009: 168). Risk faktörleri mevcut iken koruyucu eylemler yoluyla hastalığın oluşmasını önlemek veya derecesini azaltmak amaçlanmaktadır. Örneğin bağışıklama, aile planlaması, danışmanlık hizmetleri, doğum öncesi bakım gibi hizmetlerin yanında obez bireylerde koroner arter hastalığı veya diyabet gelişimini önlemek amacıyla diyet ve egzersiz yapılması da birincil koruma düzeyinde değerlendirilmektedir (British Columbia Ministry of Health Services, 2005: 44). Tian ve diğerleri (2010: 165) birincil koruma kapsamında kullanılan koruyucu sağlık hizmetlerinin bireyin ciddi bir hastalığa yakalanma olasılığını azaltarak ileriki aşamalarda kapsamlı tıbbi hizmetlerden yararlanma olasılığını önlediğini belirterek bu hizmetleri kullanmanın önemine değinmektedir.

1.1.3. İkincil Koruma

İkincil koruma, birey ya da toplumda ortaya çıkan ve erken aşamada olan sağlık sorununu tespit etmek için yapılan ve böylece sağlık sorununun yayılmasını engellemek ve uzun vadeli etkilerini azaltmak ya da önlemeye yönelik girişimleri içermektedir. Kendini sağlıklı hisseden bireyler arasında olası bir hastalık durumunu tespit etmeye yönelik yöntem ve taramalar kullanarak erken teşhis yoluyla koruma sağlamak amaçlanmaktadır (WONCA International Classification Committee, 1995). İkincil koruma, hastalığın başlangıcı ile tanı zamanı arasındaki döneme yöneliktir ve hastalığın prevalansını azaltmayı amaçlamaktadır. Bu koruma düzeyi, hastalığın kolayca tespit edilip tedavi edilebildiği erken dönemi içeren, doğal seyrinde olan hastalığa uygulanarak hastalığın ciddi bir aşamaya ilerlemesini durdurmayı amaçlamaktadır (Ursoniu, 2009: 168). Hastalığın erken teşhis ve tedavisine yönelik kolon kanseri taramaları, tansiyon ölçümleri, bebeklerde ve çocuklarda işitme testleri, kadınlar için meme taramaları ve PAP smear

testleri ikincil korumaya yönelik hizmetler olarak değerlendirilmektedir (British Columbia Ministry of Health Services, 2005: 44).

1.1.4. Üçüncül Koruma

Birincil ve ikincil korunma olanaklarından yararlanamamış ve tanıda geç kalınmış hastalarda en iyi tedavi ve rehabilitasyon olanaklarının kullanımını ifade eden üçüncül koruma düzeyi komplikasyonlardan kaçınmaya dayalı hizmetleri ifade etmektedir (Outwater ve diğerleri, 2017: 340-341; Jamouille, 2014: 3). Mevcut bir hastalığın sağlık hizmeti sağlayıcısı ve hasta tarafından fark edilmesi itibariyle geç hastalık dönemi söz konusudur ve bu durumda üçüncül koruma girişimleri devreye girmektedir. Bu koruma düzeyi aynı zamanda, hastalığın etkisini sınırlamak için kullanılan teknik ve stratejileri içermektedir (Shields, 2016: 4). Akut ya da kronik sağlık problemine bağlı olarak ortaya çıkan fonksiyonel bozukluğu en aza indirerek birey ya da toplumdaki sağlık probleminin etkilerini azaltmak için atılan adımlar üçüncül koruma kapsamındadır (WONCA, 1995). Diyabeti olan kişinin göz komplikasyonları varken körlüğün ya da diyabetik nöropatisi varken bacak amputasyonlarının engellenmesi amacıyla uygulanan teknik ve stratejiler üçüncül koruma girişimlerine örnek gösterilebilmektedir (Outwater ve diğerleri, 2017: 340).

1.1.5. Dördüncül Koruma

Koruma için alınan önlemler ile tanı ve tedavi testlerinin çeşitliliği ve duyarlılığı arttıkça hem tanı testleri olması gerekenden çok ve gereksiz yapılmaya başlanmış hem de hastalıklar veya rahatsızlıklar gerekmediği halde ya da gerektiğinden çok yoğun bir şekilde tedavi edilmeye başlanmıştır. Bu doğrultuda ortaya çıkan dördüncül koruma kavramı ilk olarak Belçikalı aile hekimi Marc Jamouille tarafından kullanılmıştır (Akdeniz ve Kavukçu, 2017: 76). Dördüncül koruma kavramı ortaya çıkana kadar koruma girişimleri temel korumanın dışında birincil, ikincil ve üçüncül koruma olmak üzere üç düzeyde değerlendirilmiştir. Daha sonra “önce zarar verme” ilkesiyle birlikte dördüncül koruma düzeyi ortaya çıkmıştır. 1999’da Uluslararası Sınıflandırma Komitesi tarafından kabul edilen dördüncül koruma kavramı birey ve toplumu aşırı, gereksiz ya da hatalı

sağlık hizmeti kullanımından korumayı amaçlayan ve onlara etik açıdan kabul edilebilir bakım prosedürleri sağlamaya yönelik eylemleri ifade etmektedir (Jamouille, 2014: 4).

“Önce zarar verme” ilkesi, hekimlerin iyatrojenik zararlardan kaçınmasını gerektirmektedir (Akdeniz ve Kavukçu, 2017: 74). İyatronejik zarar, tanı ve tedavi işlemleri sırasında istenmeden yapılan ya da ortaya çıkan doku ve organ hasarlarını ifade etmektedir. Örneğin tedavi ve operasyonlardan kaynaklanan komplikasyonlar ve uygun olmayan tıbbi tedavilerin neden olduğu kronik hasarlar iyatrojenik zarara yol açabilmektedir (Cheng ve diğerleri, 2019: 1).

Bu çalışma kapsamında incelenen koruyucu sağlık hizmetlerinin birincil, ikincil ve üçüncül koruma düzeylerinde incelenen hizmetler olması nedeniyle temel koruma ve dördüncül koruma düzeyleri çalışma kapsamında değerlendirilmemiştir.

1.2. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Günümüze kadar dünyada bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve kontrol edilmesinde önemli başarılar elde edilmiştir. Erken ölümlerin başarılı bir şekilde önlenmesi ve insanların daha uzun süre yaşayabilmesi ile birlikte erişkinlik ve yaşlılık dönemi sağlık sorunları ortaya çıkmaya başlamıştır. Endüstriyel gelişmelerle birlikte bireylerin beslenme ve spor yapma gibi alışkanlıkları değişmiş; tütün kullanımında artışlar meydana gelmiş ve bireylerin yaşam tarzı değişmiştir. Böylece bulaşıcı olmayan hastalıklar modern toplumların en yaygın sağlık sorunu haline gelmiştir. Birçok nedene bağlı olarak ortaya çıkan ve günümüzün yaygın bir sorununu teşkil eden bu hastalıkların genel olarak kesin bir tedavisinin olmayışı koruyucu sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı beraberinde getirmiştir (Basan ve Bilir, 2016: 44). Böylece, sağlık hizmetlerinde, bireyi önce sağlam iken korumak, hastalanırsa erken tedavi etmek ve uygun tedaviyi vermek ve gerektiğinde ise rehabilite etmek şeklinde tanımlanabilecek çağdaş sağlık anlayışı dönemine geçilmiştir (Akdur, 1999: 4).

Koruyucu sağlık hizmetleri bireylerin yaşam sũresini, yaşam kalitesini ve sağlıklarını olumlu yũnde etkileyen faydalı hizmetlerdir (Shields, 2016: 1). Hasta bir bireyden çok sağlam kişiye yũnelik hizmetler olması ve korumanın tedavi etmekten daha ũnemli olması nedeniyle ũzerinde ũnemle durulmaktadır. Bir bireyin hastalanmasının yalnızca kendisini değil ailesinden başlayarak tũm toplumu etkilemesi ve ilgilendirmesi nedeniyle korumaya yũnelik hizmetlerin toplumun sağlık dũzeyi ũzerinde ũnemli bir etkisi vardır (Akdur, 1999: 4). Bu hizmetlerin amacı yalnızca hastalığın erken teşhisi değil, aynı zamanda insanların daha uzun sũre yaşamalarına ve daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olmalarına yardımcı olmak, sağlığı korumak, teşvik etmek, sũrdũrũlebilir kılmak ve hastalıkları, sakatlıkları ve erken ũlũmleri ũnlemektir (Viera ve Power, 2008: 29).

Tengilimoğlu ve diğerleri (2018: 82), koruyucu sağlık hizmetlerinin ũzelliklerini şu şekilde sıralamaktadır:

1. Koruyucu sağlık hizmetlerinde sunum, tedavi edici hizmetlere kıyasla daha etkin ve ucuzdur.
2. Uygulamaları daha kolaydır.
3. Hizmet sunumunda araç-gereç ve personel ihtiyacı daha azdır.
4. Hizmet sunumunda gũrev alan personelin niteliğinin çok yũksek olması gerekmez.
5. Hizmet sunumunda yũksek maliyetli teknoloji gerekmez, kullanılan teknoloji genellikle basit ve ucuzdur.
6. Hastanelerin hasta yũkũnũ azaltır.
7. İş gũcũ kaybını ũnler.
8. Hizmet sunumunda çevrenin de dũzenlenmesine katkı sağlar (sıtma eradikasyonunda bataklıkların kurutulması gibi).

Koruyucu sağlık hizmetleri, kişinin çevresini olumsuz faktörlerden arındırmak amacıyla gerçekleştirilen çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile bireylerin sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla doğrudan kişiye yönelik olarak yapılan kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere iki başlık altında incelenmektedir (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2018: 79). Aşağıda bu hizmetlerin kapsamına yer verilmiştir. Bu çalışmada yalnızca kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ele alınmıştır.

1.2.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

İnsan çevresinde bulunan ve sağlığı olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel, kimyasal ve sosyal etkenleri yok ederek veya bireye olan etkisini sınırlayarak çevreyi olumlu hale getirmeye yönelik faaliyetlerin tümü çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri başlığı altında incelenmektedir. Su kaynaklarının sağlanması ve denetimi, katı atıkların zararsız hale getirilmesi, konut sağlığı, hava kirliliği ile mücadele etme gibi konular çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine örnek olarak verilebilir. Bu hizmetler sağlık sektöründen daha çok diğer sektör ve meslek gruplarını ilgilendiren bir hizmet grubudur ve sağlık sektörünün bu hizmetlerdeki rolü danışmanlık, denetim ve yol gstericiliktir (Akdur, 1999: 4).

1.2.2. Kişiye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişileri, dolayısıyla da toplumu hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılmayı, hastalanmaları halinde ise en erken dönemde tanı koymayı, uygun tedavi ile olabilecek zararı ortadan kaldırmayı ya da en az kayıp ile iyileşmelerini sağlamayı amaçlayan hizmetler kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri başlığı altında değerlendirilmektedir (Akdur, 1999: 5-6). Koruyucu sağlık hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçasıdır ve uygun tarama ve testlerin kullanılması yoluyla ölüm ve hastalanma oranının azalmasında önemli rolü olan hizmetlerdir (Fung ve diğerleri, 2015: 257).

Bireylerin sağlıklı kalması ve sağlığa yaptığı harcamaların azaltılması noktasında koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı önemlidir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersiz kullanımı bireyin hayatını tehdit eden hastalıkların önlenmesi noktasındaki fırsatların kaçırılmasına neden olabileceği gibi yaşam tarzı değişikliği, tarama yöntemlerinin kullanımı ya da ilaç tedavisi gibi birtakım yöntemlerle başarılı bir şekilde yönetilmesi mümkün olan sağlık sorunlarının da belirlenememesine neden olabilmektedir (Casey ve diğerleri, 2001: 182). Yıllık fiziksel muayeneler, diş temizliği ve kontrolleri, bağışıklama, kansere yönelik taramalar, kolesterol, kan şekeri ve tansiyona ilişkin taramalar etkili koruyucu ölçümlerden bazılarıdır (Al-Hachim, 2017: 39-40). Tütün kullanımını azaltma gibi hastalık riskini azaltmaya yönelik önlemlerin yanı sıra aşılama, morbiditeyi önlemeye yönelik bazı tedbirler ya da rehabilitasyona yönelik terapötik egzersizler gibi hizmetler de koruyucu sağlık hizmetleri arasındadır (Sloane ve diğerleri, 2008: 7).

Bu çalışma kapsamına alınan koruyucu sağlık hizmetleri (grip aşısı, tansiyon ölçümü, kolesterol ölçümü, kan şekeri ölçümü, gaita ile gizli kan testi, kolonoskopi, kendi kendine meme muayenesi, mamografi ve pap smear testi) aşağıda açıklanmıştır.

1.2.2.1. Grip Aşısı Yaptırma

Bağışıklama, aşıyla önlenabilir hastalıkların ve ölümlerin önlenmesi açısından en önemli toplum sağlığı uygulamaları arasında yer almaktadır. Bağışıklamanın amacı önlenabilir hastalıkların ortaya çıkmasını engellemek ve bu hastalıklardan koruma sağlamaktır. Aşılar, belirli bir hastalığa yakalanmadan önce kişilerin bağışıklanmalarını sağlamak amacıyla uygulanmaktadır. Aşılanan kişi aşılandığı hastalıklara karşı bağışık yani dirençli olur (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021b). DSÖ'ye göre aşı, hastalıklardan korunmanın en etkili yollarından biridir. Vücudun bağışıklık sisteminin virüs ya da bakteri gibi patojenleri tanımasına ve onlarla savaşmasına yardımcı olan aşı sayesinde vücut hastalığa karşı koruma sağlamaktadır (WHO, 2020b).

Mevsimsel grip Türkiye'de ve dünyada her yıl milyonlarca insanı etkileyerek genel olarak bilinenden çok daha fazla sayıda hastane yatışlarına ve ölümlere neden olmaktadır. Bu hastalığa yakalanan bireylerde genellikle 1-2 haftalık kısa bir sürede tamamen

iyileşme görülmektedir. Ancak yaşlılar, çocuklar ve diğer riskli gruplarda ağır komplikasyonlarla seyredildiği tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra ölümlere, ciddi iş gücü kayıplarına ve ekonomik kayıplara neden olabilmektedir (Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021a: 33). DSÖ, dünyada her yıl 650 000'e kadar grip hastalığı ile ilişkili ölüm görüldüğünü rapor etmektedir (WHO, 2021b).

Grip aşısı grip hastalığından korunmada incelenen önemli bir koruyucu sağlık hizmetidir. Ancak grip aşısının hastalıktan korunma noktasındaki etkinliği literatürde tartışılan bir konudur. Badur (2016: 58), grip aşısının etkinliği konusunda uluslararası kabul edilmiş bir standardizasyon olmadığını belirterek sağlıklı bir bireyde aşının etkinliğinin %70-90 oranında seyrettiğine, 65 yaş ve üzeri kişilerde ise hastalığa yakalanma oranını %56 azalttığına değinmektedir. Nagata ve diğerleri (2013: 2) ise grip aşısının yaşlılarda hastaneye yatışları ve grip nedeniyle gerçekleşen ölümleri önlemek için önemli bir halk sağlığı müdahalesi olduğunu belirtmektedir. Benzer şekilde Maciosek ve diğerleri (2006: 76) de grip aşısı kullanımının grip hastalığı görülme sıklığını ve sağlık hizmetleri maliyetlerini azalttığını belirtmektedir.

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2021c), grip nedeniyle ciddi hastalık riski taşıyan belirli grupların (65 yaş ve üzerindeki bireyler, yaşlı bakım ve huzurevlerinde yaşayan kişiler, gebeler, astım dâhil kronik akciğer ve kalp-damar sistemi hastalığı olan erişkin ve çocuklar, şeker hastalığı dâhil herhangi bir kronik metabolik hastalığı olanlar, kronik böbrek yetmezliği olanlar, kan hastalığı veya bağışıklık sistemi baskılanmış olan erişkin ve çocuklar, 6 ay-18 yaş arasında olup uzun süreli aspirin tedavisi alan çocuk ve gençler) yılda bir kez grip aşısı yaptırmasını önermektedir (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021c; Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2015: 62).

1.2.2.2. Tansiyon Ölçtürme

Tansiyon ölçümü, dünyada yaygın olarak görülen kronik hastalıkların başında gelen hipertansiyonun teşhisi ve takibi için önemli bir koruyucu sağlık hizmetidir ve bireylerdeki tansiyon düzeylerini tespit etmek amacıyla yapılmaktadır.

Hipertansiyon hastalığı kalp, beyin, böbrek ve diğer hastalık risklerini önemli ölçüde artıran ciddi bir tıbbi durumu ifade etmektedir. Dünya çapında 30-79 yaş aralığında olan 1,28 milyar yetişkin hipertansiyon hastasıdır ve bu hastaların yarısından azı (%42) teşhis ve tedavi edilebilmektedir. Ayrıca, hipertansiyon hastası olan 5 yetişkinden yaklaşık 1'inin (%20) hastalığı kontrol altına alınabilmektedir. Ölüm oranları açısından incelendiğinde, hipertansiyon hastalığının dünya çapında gerçekleşen erken ölümlerin önemli bir nedenini oluşturduğu görülmektedir. Bu nedenle hipertansiyon prevalansını azaltmak, hastalığın erken teşhisini sağlamak ya da mevcut olan hastalığın seyrini takip edebilmek açısından tansiyon ölçümünün düzenli olarak yapılması önem arz etmektedir (WHO, 2021c).

Birçok hipertansiyon vakası aile geçmişine bakılmaksızın birincil ve ikincil koruma stratejileri kullanılarak önlenebilmekte ve kontrol edilebilmektedir. Bu nedenle hipertansiyon hastalığından korunmak ya da hastalığın etkilerini azaltmak amacıyla 18 yaşından itibaren düzenli tansiyon ölçümleri yapılması önerilmektedir (Shields, 2016: 29). Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2015: 37) 18 yaşından büyük yetişkinlerin hipertansiyon tanısının erken tespiti ve kardiyovasküler olayların önlenmesi amacıyla yılda en az bir kez tansiyon ölçümü yaptırmasını önermektedir.

1.2.2.3. Kolesterol Ölçtürme

Kolesterol ölçümü bireylerdeki kolesterol düzeylerinin tespit edilmesi amacıyla uygulanan bir yöntemdir. Kandaki düşük yoğunluklu lipoprotein (Low Density Lipoproteins/LDL) olarak ifade edilen kötü kolesterol düzeyinin yüksek olması ve yüksek yoğunluklu lipoprotein (High Density Lipoprotein/HDL) denilen iyi kolesterolün düşük olması kalp krizi, felç, damar tıkanması ve böbrek yetmezliği gibi ciddi sağlık problemlerine yol açabilmektedir (Moini, 2019: 159).

DSÖ'ye göre kardiyovasküler olay, diyabet gibi hastalıklar 2019 yılında dünya çapında gerçekleşen ölüm nedenlerinden ilk 10'u içerisinde yer almıştır. Yalnızca kalp hastalıkları 2019 yılında gerçekleşen toplam ölümlerin %16'sından sorumludur (WHO, 2020a). Özellikle kardiyovasküler hastalık riskinin yüksek olmasına neden olan kolesterolün

düzenli takibi bu hastalıkların önlenmesinde anahtar bir ölçüt olarak kabul edilmektedir (Kim ve diğerleri, 2017: 3561). Bu anlamda Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün belirttiği üzere hiperlipidemi, kardiyovasküler olay, diyabet ve komplikasyonlarının gerek erken tanısı gerekse yan etkilerinin önlenmesi amacıyla 18 yaşından büyük olup risk faktörlerinden en az birini taşıyan ya da 35 yaşından büyük bütün bireylerin düzenli olarak kolesterol ölçtürmesi önerilmektedir (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2015: 38).

1.2.2.4. Kan Şekeri Ölçtürme

Kandaki glukoz (şeker) miktarını belirlemek amacıyla yapılan kan şekeri ölçümleri diyabet hastalığı olan ya da risk altında olan bireylerin kan şekeri seviyelerinin izlenmesini sağlayan niceliksel bir testtir (Shields, 2016: 31). Kan şekeri düzeylerinin normalin üzerine çıkması ile karakterize edilen bir hastalık olan diyabet hastalığı 2019 yılında dünya çapında gerçekleşen ölüm nedenlerinden dokuzuncu sırada yer almıştır (WHO, 2020a).

Yapılan bir araştırma sonucunda diyabet hastası bir bireyin kalp damar hastalıkları ve diğer tüm nedenlere bağlı ölüm oranının diyabeti olmayan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı çalışma sonucuna göre, diyabetin erken tanı alması, tanıdan itibaren risk faktörlerinin kontrol edilmesi ve düzenli kan şekeri ölçümlerinin yapılması ölüm oranlarını önemli ölçüde azaltmaktadır (Tancredi ve diğerleri, 2015). Bu anlamda, özellikle böbrek yetmezliği ve 20-74 yaş aralığındaki yetişkinlerde körlük gibi hastalıkların önde gelen nedeni olan diyabetin erken teşhisi ve takibinin sağlanması amacıyla kan şekeri ölçümleri önem arz etmektedir (Saleem, 2017: 2). Kan şekeri ölçümleri, ani kan şekeri düşmelerinin ve yükselmelerinin erken saptanmasını sağlamakla birlikte bireylerin hastanede yatış sıklığını ve sürelerini düşürmekte ve diyabetin tedavi maliyetlerini de azaltmaktadır.

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2015: 39) tarafından, 45 yaş ve üzerindeki bütün bireylerin ve risk faktörü bulunan bireylerin diyabetin erken teşhisi ve hastalığın takibi açısından düzenli olarak kan şekeri ölçtürmesi önerilmektedir.

1.2.2.5. Gaita ile Gizli Kan Testi Yaptırma

Gaita ile gizli kan testi mide-bağırsak sisteminin herhangi bir noktasından kaynaklanan bir kanama olup olmadığının belirlenmesi ve kolorektal kanserin (kalın bağırsak kanseri) teşhis edilmesi amacıyla kullanılan önemli bir koruyucu sağlık hizmetidir (Lorena ve Mesquita, 2013: 1).

Kolorektal kanser, Türkiye’de ve dünyada kansere bağlı ölümlerin en yaygın dördüncü önde gelen nedenini oluşturmaktadır. Kolorektal kanser görülme sıklığı ve mortalite oranları ise gün geçtikçe artmaya devam etmektedir. Bu nedenle kanserden korunma stratejileri ve erken tanı yöntemleri önem kazanmaktadır. Ulaşılan kanıtlar, ikincil ve üçüncül koruma yöntemlerinin kolorektal kanser insidansı ve ölüm oranlarını azaltmada etkili olduğunu (Beydoun ve Beydoun, 2008: 339) ve kolorektal kanserin erken teşhis edilmesi yoluyla 5 yıllık sağkalım oranının %90’a kadar yükseldiğini göstermektedir (Koç, 2017: 71; Saleem, 2017: 3). Bu anlamda kolorektal kanser görülme sıklığını ve ölüm oranlarını azaltmak için etkinliği kanıtlanmış erken tanı yöntemlerinden biri olan gaita ile gizli kan testi kullanımı oldukça önemlidir (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021d; Goodarzi ve diğerleri, 2019: 1433). Kolorektal kanserin erken teşhisi ve takibinin sağlanması amacıyla 50 yaş ve üzerindeki bireylerin yılda bir kez gaita ile gizli kan testi yaptırması önerilmektedir (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2015: 48).

1.2.2.6. Kolonoskopi Yaptırma

Gaita ile gizli kan testi yaptırıp sonucu pozitif çıkan hastaya genellikle kolonoskopi uygulanmaktadır (Utku ve diğerleri, 2018: 17). Kolonoskopi, erken teşhise uygun bir hastalık olan kolorektal kanserin morbidite ve mortalitesini azalttığı düşünülen ve bu anlamda etkinliği kanıtlanmış erken tanı yöntemlerinden biridir (Issa ve Nouredine, 2017: 5088). Bu test ile kansere henüz dönüşmemiş erken dönem lokalize kanserleri saptamak ve tedavi etmek mümkündür (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021d).

Türkiye’de ve dünyada kanser nedeniyle meydana gelen ölümlerin ciddi bir oranını oluşturan kolorektal kanserin erken tanısı amacıyla 50 yaş ve üzerindeki bütün yetişkinlerin on yılda bir kez kolonoskopi koruyucu sağlık hizmetini kullanması önerilmektedir (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2015: 48).

1.2.2.7. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

Kanser türlerinden biri olan meme kanseri 2020 yılında dünya genelinde ortaya çıkan 19,3 milyon yeni kanser vakasının %11,7’sini oluşturarak en sık görülen kanser türü olarak kaydedilmiştir. Kanserinin neden olduğu ölüm oranları incelendiğinde ise, aynı yıl içerisinde gerçekleşen 10 milyon ölümün %6,9’unun meme kanserinden kaynaklandığı görülmüştür (Sung ve diğerleri, 2021: 1).

Meme kanserini önlemek için yapılabilecek en önemli şey risklerin azaltılmasıdır. Meme kanserinin oluşmasında etkili olan bazı faktörlerin (genetik, hormonal değişiklikler, yaş vb.) kontrol altında tutulmasının mümkün olmaması nedeniyle kanserden korunmada erken tanının önemi artmaktadır. Bu anlamda hastalığın erken evrede fark edilmesi hastalıktan korunmada oldukça önem taşımaktadır. Böylelikle birincil ve ikincil korunma yöntemleri morbidite ve mortalitenin azalmasına katkı sağlayabilmektedir (Kabacaoğlu ve Karaca, 2020: 179-180). Bu yöntemlerden biri olan kendi kendine meme muayenesi tüm dünyada kadınlarda en sık görülen kanser türü olan meme kanserinin erken tanı yöntemlerinden ve meme kanserinden ölümleri önlemek için kullanılan önemli stratejilerden biridir (Avcı, 2008: 128).

Kendi kendine meme muayenesi basit, ucuz, herkes tarafından uygulanabilen, herhangi bir risk taşımayan, herhangi bir araç gerektirmeyen, bireyin kendi kendine uygulaması esasına dayanan bir muayene tekniğidir (Kabacaoğlu ve Karaca, 2020: 182). Bu tekniğin kullanımı, meme kanserinden ölüm oranlarını azalttığına dair ulaşılan bulguların sınırlı olması ve yanlış teşhisler yoluyla bireylerde gereksiz kaygılara da neden olabilmesi gibi gerekçelerle bazı örgütler tarafından tavsiye edilmemektedir (Fuller ve diğerleri, 2015: 452). Ancak Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2015: 47), 20 yaş ve

üzerindeki kadınların meme kanseri farkındalığının artırılması ve meme kanserinin erken tanısı amacıyla ayda bir kez kendi kendine meme muayenesi yapmasını önermektedir.

1.2.2.8. Mamografi Çektirme

Mamografi, olası bir kanser olgusunun erken teşhisi amacıyla göğüste bulunan parçanın ışınlar yardımıyla tespit edilmesi esasına dayanan bir görüntüleme tekniğidir. Literatürde yapılan çalışmalar mamografinin meme kanserinden kaynaklanan ölümler üzerindeki etkisine yönelik farklı sonuçlara ulaşıldığını göstermektedir. Bazı çalışmalar mamografi kullanımının meme kanseri ölüm oranları üzerinde hiçbir etkisinin olmadığını belirtirken bazı çalışmalar ise mamografi kullanımının meme kanserinden kaynaklanan ölüm oranlarını azalttığını ortaya koymuştur (Gøtzsche ve Jørgensen, 2013: 3) Saleem (2017: 3), 40 yaş ve üstü kadınların 12-33 ayda bir mamografi çektirmelerinin meme kanserinden kaynaklanan ölüm oranlarını önemli ölçüde düşürdüğünü belirtmektedir.

Amerikan Kanser Topluluğu, bireyde semptom gözlenmeden kanser türlerinin teşhisi amacıyla yapılan tarama testlerinin önemli olduğunu belirterek meme kanserinin erken teşhisi amacıyla yapılan mamografinin 40 yaş ve üzerindeki kadınlar tarafından yılda bir kez kullanılmasını önermektedir (ACS, 2021). Türkiye’de de Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2015: 47) tarafından 40 yaş ve üstü bütün kadınların iki yılda bir mamografi çektirmesi önerilmektedir.

1.2.2.9. PAP (Papanicolaou) Smear Testi Yaptırma

Küresel hastalık yükünde önemli bir faktör olan kanser türlerinden biri de rahim ağzı (serviks) kanseridir. Rahim ağzı kanseri, 2020 yılında kadınlarda en sık görülen dördüncü kanser türü olarak kaydedilmiştir ve kanserden kaynaklanan ölümlerin dördüncü nedenini oluşturmaktadır (Sung ve diğerleri, 2021: 231).

Önemli bir halk sağlığı sorunu olan serviks kanser erken tanındığında bireyin hayatta kalma şansı artmaktadır (Aydoğdu ve Bahar, 2011: 34). DSÖ, servikal kanserin erken

teşhis edildiğinde ölüm oranlarının düştüğüne ve bireyin tedaviye yanıt vererek hayatta kalma olasılığının daha yüksek olduğuna değinmektedir (WHO, 2021a). Rahim ağzı kanserinin erken tanısı amacıyla kullanılan pap smear testi rahim ağzında kanser olmayan fakat fark edilmezse uzun yıllar sonra kansere dönüşme riski olan bazı lezyonları erkenden fark ederek tedavi etmek ve kansere dönüşmeden ortadan kaldırmak amacıyla yapılmaktadır (WHO, 2021a). Bu bağlamda pap smear testi sonucunda anormallikleri bulunan kadınlarda kanser gelişimini önlemek veya kanseri erken aşamada tedavi etmek için bu testin kullanımı önem arz etmektedir.

Pap smear testi rahim ağzı kanseri insidansını ve ölüm oranlarını azalttığı tespit edilen tek testtir (Aydoğdu ve Bahar, 2011: 35) ve 30 yaşın üzerindeki kadınlar tarafından 5 yılda bir kullanılması önerilmektedir (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2015: 49).

1.3. Koruyucu Sağlık Hizmetleri Kullanımını Etkileyen Faktörler

Hastalıklar karşısında etkili programlar geliştirmek öncelikle hem bireysel hem de sağlık sistemi düzeyindeki faktörlerin belirli hizmetlerin kullanımı üzerindeki etkisini anlamayı gerektirmektedir (Jusot ve diğerleri, 2012: 15). Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetleri kullanım oranlarının belirlenmesinin yanı sıra bu hizmetlerin kullanımında etkili olan faktörlerin tespit edilmesi de önem taşımaktadır. Yaş, cinsiyet, medeni durum, yerleşim yeri, algılanan sağlık statüsü, sosyal güvence, gelir durumu, sosyal destek gibi birçok faktör koruyucu sağlık hizmetleri kullanımında engelleyici ya da kolaylaştırıcı etkenler olabilmektedir. Yapılan uluslararası çalışmalar incelendiğinde çalışmalara dâhil edilen faktörlerin ülkelerin kendi koşulları çerçevesinde farklılaştığı ve farklı bir şekilde sınıflandırıldığı görülmektedir. Örneğin Jusot ve diğerleri (2012) çalışmasında, koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen faktörleri *bireysel özellikler* ve *sağlık sistemi değişkenleri* olmak üzere iki grupta incelemiştir. Bir başka çalışmada O'Malley ve diğerleri (2001), mamografi çektirmeyi etkileyen faktörleri *bireysel faktörler*, *sağlıkla ilişkili faktörler* ve *sağlık hizmetlerine erişim ile ilişkili faktörler* olmak üzere üç grupta incelemiştir. Coughlin ve diğerleri (2008) de pap smear testi yaptırma ve mamografi çektirmenin belirleyicilerini *bireysel düzeydeki değişkenler* ve *bağlamsal değişkenler*

(yerleşim yeri, sağlık merkezine erişim, sağlık merkezi sayısı, hekim sayısı vb.) olmak üzere iki başlık altında değerlendirmiştir.

İncelenen çalışmalarda yapılan sınıflandırmalar, inceledikleri değişkenler bakımından benzerlik göstermektedir. Bu çalışma kapsamına alınan faktörler aşağıda açıklanmıştır.

1.3.1. Cinsiyet

Cinsiyetin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını etkileyip etkilemediği literatürde tartışılan bir konudur. Yapılan literatür taramasında ulaşılan bazı çalışmalarda cinsiyetin koruyucu sağlık hizmetleri kullanma kararında etkili olmadığı (Cheah ve Tang, 2017; Al-Hachim, 2017; Sing ve diğerleri, 2013; Jusot ve diğerleri, 2012; Brunner-Ziegler ve diğerleri, 2013) görülmesine rağmen kimi çalışmalarda ise kadınların koruyucu sağlık hizmetlerini erkeklere göre daha fazla kullandığı (Rotarou ve Sakellariou, 2018; Vaidya ve diğerleri, 2012; Benjamins ve diğerleri, 2004; Baron ve diğerleri, 2018; Brown ve diğerleri, 2001; Huang ve diğerleri, 2016; Yamashita ve diğerleri, 2019) tespit edilmiştir.

Vaidya ve diğerlerinin (2012) gerçekleştirdiği çalışma sonucunda tansiyon ölçtürme, grip aşısı ve diş muayenesi yaptırma koruyucu sağlık hizmetlerini kadınların daha fazla kullandığı ve sonuçların istatistiki açıdan anlamlı olduğu görülmüştür. Diğer taraftan, istatistiki açıdan anlamlı bulunmamakla birlikte kolesterol ölçtürme ve kolonoskopi yaptırma hizmetlerinin de kadınlar tarafından daha fazla kullanıldığı saptanmıştır. Bir başka benzer sonuç ortaya koyan çalışmada Brown ve diğerleri (2001), bireylerin demografik, sosyoekonomik ve sağlık sistemi özelliklerinin kolesterol ölçtürme kararları üzerindeki etkisini incelemiştir. Elde edilen sonuçlara göre, kadınların erkeklere kıyasla daha fazla kolesterol ölçtürdüğü görülmüştür. Huang ve diğerleri (2016), Çin’de 13.483 katılımcı ile yaptığı çalışmada Çinli yetişkinler arasında koruyucu sağlık hizmetleri kullanımındaki eşitsizliklere yönelik faktörleri araştırmıştır. Çalışma sonucunda, kadınların erkeklere kıyasla koruyucu sağlık hizmetleri kullanma oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Bazı çalışmalarda ise erkeklerin koruyucu sağlık hizmetlerini daha fazla kullandığı (Trivedi ve Ayanian, 2005; Casey ve diğerleri, 2001; Christman ve diğerleri, 2004; Abramson ve Cohen-Naor, 2000) görülmüştür. Casey ve diğerlerinin (2001) koruyucu sağlık hizmetleri kullanımında yerleşim yeri farklılıklarını araştırdığı çalışma sonuçları, gaita ile gizli kan testi ya da proktoskopi yaptırma oranının kırsal ve kentsel alanda yaşayan erkeklerde kadınlara göre daha fazla olduğunu ortaya koymuştur. Benzer şekilde, Abramson ve Cohen-Naor (2000) ise Kudüs'te yaşayan 65 yaş ve üstü 656 katılımcının grip aşısı yaptırma durumunun belirleyicilerini incelediği çalışma sonucunda kadınlara kıyasla erkeklerin daha fazla grip aşısı yaptırdığı tespit edilmiştir.

Literatür araştırması sonucu ulaşılan çalışmaların koruyucu sağlık hizmetleri kullanımında cinsiyet faktörüne ilişkin farklı sonuçlar ortaya koyduğu görülmektedir.

1.3.2. Yaş

Yaş, koruyucu sağlık hizmetleri kullanımında önemli bir faktördür. Yapılan çalışmalar incelendiğinde yaş değişkeninin incelenen her bir koruyucu sağlık hizmeti için farklı sonuçlar ortaya koyduğu görülmektedir. Gluck ve diğerlerine (1989: 1) göre insanlar yaşlandıkça koruyucu sağlık hizmetlerinden edineceği fayda da azaldığı için bu hizmetlerin kullanımında azalma görülebilmektedir. Aynı zamanda hizmet türüne göre de kullanım oranları değişebilmektedir. Yazar, yürüttüğü meta analiz sonucunda yaşlıların gaita ile gizli kan testi yaptırma oranının bölgelere göre %20 ila %30 arasında değiştiğini; tansiyon ölçtürme oranının ise %93 gibi yüksek bir orana sahip olduğunu belirtmiştir. Fan ve diğerlerine (2015: 316) göre ise yaşlıların sağlık durumunun genellikle gençlere göre daha kötü olması nedeniyle koruyucu sağlık hizmetleri kullanma eğilimlerinin de daha fazla olması beklenmektedir.

Literatürde yaş arttıkça koruyucu sağlık hizmetleri kullanımının arttığını gösteren çalışmalar (Benjamins ve diğerleri, 2004; Rotarou ve Sakellariou, 2018; Trivedi ve Ayanian, 2005; Avcı, 2008; Quinn ve diğerleri, 2017; Sing ve diğerleri, 2013; Miller ve diğerleri, 2014) mevcuttur. Örneğin Benjamins ve diğerleri (2004) çalışmasında tansiyon ölçümü, kolesterol ölçümü ve grip aşısı yaptırma koruyucu sağlık hizmetlerinin yaş

arttıkça daha fazla kullanıldığını ortaya koymuştur. Bir başka çalışmada Avcı (2008) Türkiye’de 103 katılımcı ile yaptığı çalışma sonucunda kadınların kendi kendine meme muayenesi uygulama oranının yaş arttıkça arttığı görülmüştür.

Baron ve diğerlerinin (2018), Quebec’ te risk faktörü bulunan 65 yaş ve üzerindeki bireyler ile 18-59 yaş grubunda olup 1 veya daha fazla sayıda kronik hastalığı olan bireylerin grip aşısı yaptırma durumları ve ilişkili faktörleri incelediği çalışmanın sonuçlarına göre, 80 yaş ve üstü bireylerin grip aşısı yaptırma oranı 60-69 ve 70-79 yaş gruplarındaki bireylere göre daha yüksektir. Benzer şekilde, 60 yaş ve üstü bireyler 18-59 yaş grubunda olup 1 veya daha fazla kronik hastalığı olan bireylere kıyasla; 50-59 yaş grubundaki bireyler de 18-49 yaş grubunda olup 1 veya daha fazla kronik hastalığı olan bireylere göre daha fazla grip aşısı yaptırmıştır.

Bazı çalışmalar ise (Cheah ve Tang, 2017; Sönmez ve diğerleri, 2012; Secginli ve Nahcivan, 2006; Park ve Kahng, 2021; Huang ve diğerleri, 2016) yaş ile koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı arasında negatif bir ilişki olduğunu saptamıştır. Cheah ve Tang (2017)’ın Malezya’da koruyucu sağlık hizmetleri (tansiyon ölçümü, kolesterol ölçümü, kan şekeri ölçümü) kullanımını etkileyen faktörleri incelediği çalışmada 60-69 yaş grubundaki bireylerin 80 yaş ve üstü bireylere göre daha fazla tansiyon ölçümü, kan şekeri ölçümü ve kolesterol ölçümü yaptırdığı saptanmıştır. Türkiye’de yapılan bir çalışmada Sönmez ve diğerleri (2012) 20 yaş ve üstü kadınların meme ve serviks kanseri erken tanısına ilişkin davranışlarını değerlendirdiği çalışma sonucunda 20-29 yaş grubundaki kadınların 60 yaş ve üstü kadınlara göre daha fazla kendi kendine meme muayenesi uyguladığı görülmüştür. Benzer şekilde Secginli ve Nahcivan (2006)’ın çalışması daha genç yaşta olan kadınlarda kendi kendine meme muayenesi yapma oranının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Park ve Kahng (2021) ise Kore’de 65 yaş ve üstü yetişkinlerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen faktörleri araştırdığı çalışmada yaşlandıkça koruyucu sağlık hizmetleri kullanma oranının düştüğünü ortaya koymuştur.

Chao ve diğerleri (1987) tarafından, 1981-1982 yıllarında Güney Kaliforniya’da yaşayan 48 yaş ve üstü 11.888 yetişkinin koruyucu sağlık hizmetleri (tansiyon ölçümü, gaitada

gizli kan testi, pap smear testi, kendi kendine meme muayenesi, mamografi) kullanımının belirleyicileri araştırılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, 60-89 yaş grubundaki katılımcılar 60 yaşın altındaki ve 90 yaş ve üzerindeki bireylere göre daha fazla gaita ile gizli kan testi yaptırmıştır. 48-59 yaş grubundaki katılımcılar 60 yaş ve üstü katılımcılara göre daha az tansiyon ölçtürmüştür. Çalışmanın bazı sonuçlarında koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı ile yaş faktörü arasında negatif bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Kendi kendine meme muayenesi yapma, mamografi çekirme ve pap smear testi yaptırma oranı yaşlı kadınlara kıyasla genç kadınlarda anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Sonuç olarak, yaş arttıkça koruyucu sağlık hizmetleri kullanımının arttığı görüşünü destekleyen çalışmaların çoğunluğu oluşturduğu; ancak bu çalışmaların önemli bir kısmında ise özellikle kadın sağlığına yönelik erken tanı yöntemlerinin genç kadınlar tarafından daha fazla kullanıldığı görülmektedir.

1.3.3. Medeni Durum

Koruyucu sağlık hizmetleri kullanımında etkili olduğu düşünülen bir diğer değişken medeni durumdur. Van Jaarsveld ve diğerlerine (2006: 172) göre evli insanların bekarlara kıyasla sağlığa yönelik davranış ve algıları daha yüksektir. Bu nedenle evlilerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanma oranının daha yüksek olması beklenmektedir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde, evli bireylerin bekarlara göre daha fazla koruyucu sağlık hizmeti kullandığını ortaya koyan (Avcı, 2008; Chao ve diğerleri, 1987; Abramson ve Cohen-Naor, 2000; Sözen ve diğerleri, 2016; Jenkins ve diğerleri, 1996; Benjamins, 2005b) ve medeni durumun koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığını belirten ulusal (Sönmez ve diğerleri, 2012; Secginli ve Nahcivan, 2006) ve uluslararası (Park ve Kahng, 2021; Lee ve diğerleri, 2018; Qi ve diğerleri, 2006) çalışmalar mevcuttur.

Secginli ve Nahcivan (2006)'ın Türkiye'de yaşayan 656 kadın ile gerçekleştirdiği çalışmada kadınların meme kanseri tarama davranışları ile ilişkili faktörler araştırılmıştır. Çalışma sonucunda medeni durumun kadınların kendi kendine meme muayenesi yapma ve mamografi çekirme kararını etkileyen bir faktör olmadığı tespit edilmiştir. Kotwal ve

diğerlerinin (2016) Amerika Birleşik Devletleri'nde 55-90 yaş aralığındaki 3.137 katılımcı ile yaptığı çalışmada medeni durumun kolonoskopi kullanımı üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre, evli erkekler bekar erkeklere göre daha fazla kolonoskopi yaptırmıştır. Ancak kadın katılımcıların medeni durumu ile kolonoskopi yaptırmaları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir.

Qi ve diğerlerinin (2006) Kanada'da 20 yaş ve üstü 13.756 katılımcı ile yaptığı çalışma, medeni durumun bireylerin tansiyon ölçümü ve pap smear testi yaptırmaları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını ancak mamografi çekirme ile anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir.

1.3.4. Eğitim Durumu

Eğitim durumu bireylerin hastalıklar ve koruyucu sağlık hizmetleri hakkındaki algılarını değiştirerek bu hizmetleri kullanma kararını etkileyen bir faktördür. Eğitim düzeyi arttıkça bireyin genel bilgi düzeyinin artması sonucunda sağlığa yönelik riskleri ve koruyucu sağlık hizmetlerini değerlendirme becerileri artmaktadır. Bu nedenle eğitim düzeyi arttıkça koruyucu sağlık hizmetleri kullanım oranlarının artması beklenmektedir (Gluck ve diğerleri, 1989: 21; Chen ve diğerleri, 2013: 251). Literatür taraması sonuçlarına göre, eğitim düzeyi arttıkça koruyucu sağlık hizmetleri kullanımının arttığını ortaya koyan ulusal (Sönmez ve diğerleri, 2012; Secginli ve Nahcivan, 2006) ve uluslararası (Baron ve diğerleri, 2018; Wu, 2003; Park ve Kahng, 2021; Brunner-Ziegler ve diğerleri, 2013) çalışmalar mevcuttur.

Örneğin Baron ve diğerlerinin (2018) gerçekleştirdiği çalışma sonucunda, 18-59 yaş grubunda olup 1 veya daha fazla kronik hastalığı olan bireyler arasından üniversite mezunu olan bireylerin diğer eğitim düzeylerine sahip bireylere kıyasla daha fazla grip aşısı yaptırdığı görülmüştür. Brunner-Ziegler ve diğerlerinin (2013), Avusturya'da yaşayan bireylerin koruyucu sağlık muayenelerine katılımında etkili olan faktörleri araştırdığı çalışmada yüksek öğrenim mezunu katılımcıların koruyucu sağlık muayenesi olma oranının daha düşük eğitim düzeyine sahip bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek olduğu görülmüştür.

Huang ve diğerlerinin (2016) ulaştığı sonuçlara göre, üniversite mezunu katılımcıların daha az eğitim düzeyine sahip katılımcılara kıyasla koruyucu sağlık hizmetleri (genel fiziksel muayeneler, doğum öncesi kontrolleri, tansiyon ölçümü, görme ve işitme muayeneleri, jinekolojik muayene, kanser tarama teknikleri) kullanma oranı anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

1.3.5. Fiziksel Aktivite

DSÖ sağlığı bireyin yaşamı için bir amaç olarak değil, günlük yaşamı için bir kaynak olarak görmektedir. Sağlık, fiziksel kapasitelerin yanı sıra bireysel ve toplumsal kaynakları vurgulayan olumlu bir kavramdır. Bu nedenle DSÖ, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi konusunun sağlık sektörünün sorumluluğunda olmakla birlikte aynı zamanda sağlıklı yaşam tarzlarının benimsenmesi ile de ilişkili olduğunu belirterek sağlığın hem sağlık sistemlerinin sunduğu uygulamaların hem de bireysel yaşam tarzının ve sağlık davranışlarının bir sonucu olduğuna değinmektedir (WHO, 1986: 1). Olumsuz sağlık davranışları bireylerin sağlık odaklı bir yaklaşıma sahip olma olasılığını düşürmekte ve böylelikle koruyucu sağlık hizmetleri kullanma davranışlarının da daha düşük olmasına neden olmaktadır (Sudano ve Baker, 2003: 132).

Sağlık davranışlarından biri olan fiziksel aktivitenin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkisini araştıran çalışmalar incelendiğinde, fiziksel olarak aktif bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanma oranının daha yüksek olduğunu ortaya koyan çalışmaların (Sözmen ve diğerleri, 2016; Tessaro ve diğerleri, 2006) yanında, bireylerin fiziksel aktivite durumunun bu hizmetlerin kullanımını negatif etkilediğini gösteren çalışmalara (Reynolds ve Fisher, 2020) ve fiziksel aktivitenin anlamlı bir etkisinin olmadığını tespit eden çalışmalara (Abramson ve Cohen-Naor, 2000; Al-Hachim, 2017) ulaşılmıştır.

Tessaro ve diğerleri (2006) tarafından kolorektal kanserin önlenmesi ve erken teşhisi amacıyla, Birleşik Krallık' ta yaşayan 50 yaş ve üstü 839 katılımcının gaita ile gizli kan testi, kolonoskopi ve sigmoidoskopi yaptırmaya durumu incelenmiştir. Çalışma sonucunda, haftada en az 150 dakika orta şiddetli ya da 60 dakika şiddetli spor yapan katılımcıların

bu hizmetleri kullanma oranının anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Tessler ve diğerlerinin çalışmasının aksine, Reynolds ve Fisher (2020)'in Kaliforniya'da yaşayan 18-64 yaş aralığındaki 6.180 erkek katılımcının koruyucu sağlık hizmetleri kullanma durumunu incelediği araştırma sonucunda günde en az 10 dakika yürüyüş yaptığını bildiren katılımcıların koruyucu sağlık hizmetleri kullanma oranının daha düşük olduğu görülmüştür.

Abramson ve Cohen-Naor (2000)'un yaptığı çalışma sonucunda, istatistiki olarak anlamlı olmamakla birlikte haftada en az iki gün spor yapan katılımcıların hiç spor yapmayanlara göre daha fazla grip aşısı yaptırdığı görülmüştür. Benzer şekilde Al-Hachim (2017)'in Michigan'da yaşayan göçmenlerin koruyucu fiziksel muayene hizmetleri kullanımında engelleyici ve kolaylaştırıcı faktörleri araştırdığı çalışma sonucunda, günde en az 20 dakika spor yapan katılımcıların yapmayanlara göre koruyucu sağlık hizmetlerini daha fazla kullandığı görülmüştür ancak sonuçlar istatistiki açıdan anlamlı bulunmamıştır.

1.3.6. Sağlık Statüsü

Koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı üzerinde etkili olduğu düşünülen bir diğer değişken sağlık statüsüdür. Jusot ve diğerlerine (2012: 18) göre amacı gereği koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu bireylerin sağlık statüsünden bağımsız olmalıdır. Buna göre genel sağlık statüsü hem iyi olan hem de kötü olan bireylerin koruyucu sağlık hizmeti kullanması beklenmektedir. Ancak ulaşılan çalışmalar, sağlık statüsünün koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkisine ilişkin farklı sonuçlar elde edildiğini göstermektedir. Yapılan bazı çalışmalarda (Baron ve diğerleri, 2018; Christman ve diğerleri, 2004; Gluck ve diğerleri, 1989; Reynolds ve Fisher, 2020; Cardoso ve diğerleri, 2020) sağlık statüsü kötü olan bireyler iyi olanlara kıyasla koruyucu sağlık hizmetlerini daha fazla kullanmıştır; bazı çalışmalar ise (Sing ve diğerleri, 2013; Chen ve diğerleri, 2013; Coughlin ve diğerleri, 2008; Jusot ve diğerleri, 2012) sağlık statüsü iyi olan bireylerin kötü olanlara göre bu hizmetleri daha fazla kullandığını ortaya koymuştur.

Sing ve diğerleri (2013), Fransa’da 2.276 bireyin kolorektal kansere yönelik koruyucu sağlık hizmetleri kullanımında sosyodemografik özellikler, sağlık hizmetlerine erişim ve davranışsal faktörlerin etkisini araştırmıştır. Çalışma sonucunda sağlık statüsü kötü olan bireylere kıyasla sağlık statüsü orta ve iyi olanların daha fazla kolorektal kanser taramalarında bulunduğu görülmüştür. Wu (2003) Michigan’da yaptığı çalışmada, hastalık durumu ile koruyucu sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Çalışma sonucunda, sağlık statüsünün kötü olduğunu bildiren bireylerin diğer bireylere kıyasla daha fazla grip aşısı yaptırdığı ve kolesterol ölçtürdüğü tespit edilmiştir. Ancak bu bireylerin sağlık statüsü daha iyi olan bireylere kıyasla mamografi, pap smear testi, meme muayenesi ve prostat muayenesi yaptırmama oranının ise daha düşük olduğu görülmüştür. Elde edilen sonuçlar koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı ile sağlık statüsü arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ancak farklı hizmet türleri için ilişki yönünün farklılaşabildiğini göstermektedir.

Cardoso ve diğerleri (2020) de Avrupa Birliği ülkeleri, İzlanda, Norveç ve Birleşik Krallık’ ta yaşayan 128.496 katılımcının koruyucu sağlık hizmetleri (gaita ile gizli kan testi, kolonoskopi) kullanım durumunu araştırmıştır. Araştırma sonucunda, algılanan sağlık statüsünün kolorektal kanser tarama yöntemleri kullanımını önemli ölçüde etkilediğini ortaya koymuştur. Sağlık statüsünü iyi veya çok iyi şeklinde bildiren bireylerle kıyaslandığında sağlık statüsü kötü olan bireylerin son 10 yıl içinde kolonoskopi yaptırmama oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

1.3.7. Sosyal Destek

Bireyin ihtiyaç duyduğunda çevresinden elde edebileceği duygusal destek, maddi destek (para, ulaşım vb.), fiziksel destek ve diğer kaynak türlerinin birleşiminden oluşan destek olarak tanımlanan sosyal desteğin (Beyza ve Alyüz, 2020: 115) koruyucu sağlık hizmetleri kullanma kararındaki önemi büyüktür (Brittain ve Murphy, 2015: 5). Sosyal desteğin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkisine ilişkin yapılan çalışmalar incelendiğinde, bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanma davranışlarında sosyal desteğin etkili olduğunu ortaya koyan çalışmaların (Abramson ve Cohen-Naor, 2000; Han ve diğerleri, 2019; Kotwal ve diğerleri, 2016; Ilgaz ve Gözüm,

2018) yanı sıra sosyal desteğin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını etkilemediğini gösteren çalışmalar (Al-Hachim, 2017; Benjamins, 2005b) da mevcuttur.

Han ve diğerlerinin (2019), Amerika Birleşik Devletleri'nde 1.902 katılımcı ile yaptığı çalışmada bireylerin eşleri ve arkadaşlarından algıladığı sosyal desteğin koruyucu sağlık hizmetleri (grip aşısı, mamografi, prostat muayenesi) kullanımı üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Çalışmadan elde edilen sonuçlar, eşinden ya da arkadaşlarından sosyal destek sağlayabilen kadın ve erkek katılımcıların grip aşısı yaptırma oranının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Çalışmanın diğer sonuçları, eşten algılanan sosyal desteğin bireylerin mamografi çekirme ve prostat muayenesi olmaları üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığını; arkadaşlar tarafından sağlanan sosyal desteğin ise erkek katılımcıların prostat muayenesi olmalarını anlamlı bir şekilde etkilediğini göstermektedir. Elde edilen bir diğer sonuca göre, kadın katılımcıların mamografi çektirmeleri ile arkadaşlardan algılanan sosyal destek durumları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Benzer şekilde, Kotwal ve diğerlerinin (2016) yaptığı çalışma sonucunda, eşlerinden düşük düzeyde sosyal destek algılayan erkek katılımcıların kolonoskopi kullanma oranlarının önemli ölçüde düşük olduğu görülmüştür. Documet ve diğerlerinin (2015), Amerika'da 3.652 kadın katılımcı ile gerçekleştirdiği çalışmada koruyucu sağlık hizmetleri (pap smear testi, mamografi) kullanımında eğitim durumu ve sosyal desteğin etkisi araştırılmıştır. Elde edilen sonuçlar, sosyal desteği olan bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanma oranlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Benjamins (2005b), Amerika Birleşik Devletleri'nde 4.253 orta yaşlı kadının koruyucu sağlık hizmetleri (mamografi, pap smear testi, kendi kendine meme muayenesi) kullanım durumunu incelemiştir. Çalışma sonuçları, aile ve arkadaşlar tarafından algılanan sosyal desteğin bireylerin mamografi ve pap smear testi yaptırmaları üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı sonucunu ortaya koymuştur. Ancak aile ve arkadaşlarından sosyal destek algılayan bireyler sosyal desteği olmayan bireylere göre daha fazla kendi kendine meme muayenesi uygulamıştır ve elde edilen sonuçlar istatistiki açıdan anlamlı bulunmuştur. Al-Hachim (2017)'in yaptığı çalışma sonucunda ise sosyal destek durumu ile koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir.

1.3.8. Sosyal Güvence

Koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı üzerinde etkisi araştırılan bir diğer değişken ise sosyal güvence durumudur. Faulkner ve Schauffler (1997: 453)'a göre sosyal güvence kapsamının koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkisine ilişkin ulaşılan kanıtlar, sigorta kapsamının düşük düzeyde olmasının koruyucu sağlık hizmeti kullanım oranının daha düşük olmasına yol açtığını göstermektedir. Bunun nedeni, sosyal güvencesi olmayan ya da sosyal güvence kapsamı düşük olan bireylerin cepten yapacağı ödemenin artmasıdır. Literatür taraması sonucu ulaşılan çalışmalar (Casey ve diğerleri, 2001; Sudano ve Baker, 2003; Secginli ve Nahcivan, 2006; Sözmen ve diğerleri, 2016; Ersin ve Bahar, 2013; Powell-Griner ve diğerleri, 1999; Xu ve diğerleri, 2019; Yamashita ve diğerleri, 2019) sosyal güvence kapsamında olan bireylere kıyasla herhangi bir sosyal güvencesi olmayan bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanım oranının daha düşük olduğunu ortaya koymuştur.

Sudano ve Baker (2003), Amerika Birleşik Devletleri'nde 8.309 katılımcı ile yaptığı çalışmada koruyucu sağlık hizmetleri (grip aşısı, kolesterol testi, prostat muayenesi, kendi kendine meme muayenesi, mamografi, pap smear testi) kullanımı ile sosyal güvence arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Elde edilen sonuçlar, sosyal güvencesi olmayan ve herhangi bir nedenle kapsam dışında kalan bireylerin grip aşısı dışındaki diğer koruyucu sağlık hizmetlerini kullanma oranının sosyal güvencesi olan bireylere göre daha düşük olduğunu göstermiştir. Benzer şekilde, sigorta kapsamına yeni giren bireylerin sigorta kapsamı dışında kalan bireylerle kıyaslandığında daha fazla mamografi çektiği saptanmıştır. İstatistiki açıdan anlamlı olmamakla birlikte sosyal güvencesi olan bireylerin sosyal güvencesi olmayan ve sigorta kapsamı dışında kalan bireylere göre grip aşısı yaptırma oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sosyal güvence faktörü ile kendi kendine meme muayenesi yapma arasında ise güçlü bir ilişki tespit edilmemiştir. Bu çalışma sonucunda, sosyal güvence eksikliğinin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını önemli ölçüde azalttığı ve bireylerin kapsam dışı kalma dönemleri uzadıkça hizmet kullanımının da giderek azaldığı görülmüştür.

Bir diğerk çalışmada, Quinn ve diğerklerinin (2017), Amerika Birleşik Devletleri'nde 18 yaş ve üstü bireyler ile gerçekleştirdiğı çalışmada risk faktörü bulunan yetişkinlerin grip aşısı kullanımının demografik, ırksal ve psikososyal faktörleri araştırılmıştır. Çalışma sonucunda, sosyal güvence kapsamında olan katılımcıların sosyal güvencesi olmayan katılımcılara kıyasla daha fazla grip aşısı yaptırdığı tespit edilmiştir. Hunter ve diğerklerinin (2003) ABD-Meksika sınırında ikamet eden 40 yaş ve üstü 456 kadın ile yaptığı çalışmada kadınların sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık hizmetleri kullanım durumları incelenmiştir. Çalışma sonucunda 40-64 yaş grubundaki sigortalı kadınların sigortası olmayan kadınlara göre tansiyon ölçümü, kan şekeri ölçümü, kolesterol ölçümü ve mamografi koruyucu sağlık hizmetlerini daha fazla kullandığı tespit edilmiştir.

Park ve Kahng (2021)'in Kore'de 65 yaş ve üstü yetişkinlerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımında etkili olan faktörleri araştırdığı çalışma sonucunda özel sağlık sigortası olan bireylerin sigortası olmayan bireylere kıyasla koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanma oranı anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur. Benzer sonuç ortaya koyan diğerk bir çalışmada, Hunter ve diğerkleri (2003) Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayan 40 yaş ve üstü sigortalı kadınların sigortasız kadınlara göre tansiyon ölçtürme, kan şekeri ölçtürme, göz muayenesi, kolesterol ölçtürme, klinik meme muayenesi ve mamografi çektilme koruyucu sağlık hizmetlerini daha fazla kullandığını ortaya koymuştur.

1.3.9. Diğerk Faktörler

Bu çalışma kapsamına alınan ve koruyucu sağlık hizmetleri kullanımında etkisi incelenen faktörler yukarıda belirtilmiştir. Yapılan ulusal ve uluslararası çalışmalarda ülkelerin kendi koşulları çerçevesinde farklı faktörlerin de koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı üzerinde etkili olduğu görölmektedir. Çalışmanın bu bölümünde koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen diğerk faktörlere yer verilmiştir.

Koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen faktörlerden biri *yerleşim yeridir*. Rotarou ve Sakellariou (2018)'nin Şili'de 206,132 yetişkin birey ile yaptığı çalışmada kentsel alanda yaşayan bireylerin kırsal alanda yaşayan bireylere göre koruyucu sağlık hizmetleri kullanma oranı daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde Amerika Birleşik

Devletleri’nde 49.063 katılımcı ile koruyucu sağlık hizmetleri (tansiyon ölçümü, kolesterol ölçümü, grip aşısı, mamografi, pap smear testi) kullanımında ülkenin ırksal ve etnik özelliklerinin etkisinin araştırıldığı bir çalışmada (Benjamins ve diğerleri, 2004) kentsel alanda yaşayan bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanma oranı anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur.

Koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı üzerinde etkili olabilecek diğer bir değişken *etnik kökendir*. Cheah ve Tang (2017)’ın gerçekleştirdiği çalışma sonucunda, Malezya’daki etnik çoğunluğu oluşturan Malaylar koruyucu sağlık hizmetlerini (kan şekeri ölçümü, kolesterol ölçümü, tansiyon ölçümü) Hintlilere ve diğer etnik gruplara kıyasla daha fazla kullanmıştır. Bu farklılığın nedeni, sağlık hizmetlerine erişimde ırksal eşitsizliğin mevcut olmasından ziyade koruyucu sağlık davranışında kültürel farklılıkların söz konusu olması olarak açıklanmış ve hükümetin Hintli ve diğer etnik gruplara yönelik yeni politikalar tasarlaması gerektiği belirtilmiştir. Koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı ile etnik kökenin ilişkisini araştıran Trivedi ve Ayanian (2005) ise, Kaliforniya’da yaşayan 18 yaş ve üstü 54.968 bireyin koruyucu sağlık hizmetleri (kolesterol ölçümü, aspirin kullanımı, hemoglobin A1C testi, ayak muayenesi) kullanımının etnik kökene göre anlamlı bir şekilde farklılaştığını ortaya koymuştur. Amerikan Kızılderilileri ve Alaska Yerlilerinin diğer etnik gruplara kıyasla koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanma oranı daha düşük bulunmuştur.

Benjamins (2005b: 1)’e göre koruyucu sağlık hizmetleri birçok faydasına rağmen yeterince kullanılmamaktadır. Din gibi sosyal faktörler bu hizmetlerin kullanımında engelleyici ya da kolaylaştırıcı etkiye sahip olabilmektedir. Bu doğrultuda Benjamins (2005b), Amerika’da 4.253 orta yaşlı kadın katılımcının koruyucu sağlık hizmetleri (kendi kendine meme muayenesi, mamografi, pap smear testi) kullanımında *dini faktörlerin* etkisini araştırmıştır. Elde edilen bulgulara göre, dini törenlere katılan kadınların daha sık mamografi, kendi kendine meme muayenesi ve pap smear testi yaptırdığını ortaya koymuştur. Ulaşılan diğer sonuçlar, dini mezheplerin ve dini törenlere katılımın koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını etkilediğini ve Ana Hat Protestan ya da Yahudi mezheplerine mensup kadınların Evanjelik Protestanlara göre koruyucu sağlık hizmetlerini daha fazla kullandığını göstermiştir. Ayrıca, dini inanış açısından daha

belirgin olan kadınların kendi kendine meme muayenesi yapma oranı daha yüksek bulunmuştur.

Gelir durumu ve çalışma durumu da koruyucu sağlık hizmetleri kullanımında etkisi incelenen faktörlerdir. Rotarou ve Sakellariou (2015)'nin demografik, sosyoekonomik ve sağlık statüsü ile ilişkili faktörlerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışma sonucunda gelir düzeyi yüksek olan bireylerin gelir düzeyi daha düşük olanlara göre bu hizmetleri kullanma oranı istatistiki açıdan anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Çalışma durumu faktörü ise negatif bir ilişki göstermiş ve aktif olarak çalışmayan bireylerin çalışanlara kıyasla koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanma oranının yüksek olduğu görülmüştür. Benzer şekilde, Cheah ve Tang (2017) da çalışma durumunun koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı üzerinde negatif bir etkiye sahip olduğunu ortaya koymuştur. Aktif olarak çalışmayan bireyler çalışanlara kıyasla daha fazla koruyucu sağlık hizmeti kullanmıştır. Gelir durumu değişkeni ise önceki çalışmaya benzer şekilde koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını pozitif bir şekilde etkilemiştir.

Literatürde koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı ile ilişkisi incelenen diğer değişkenlerden bazıları ise *sigara kullanımı ve alkol tüketimidir*. Al-Hachim (2017) çalışmasında sigara kullanımı ve alkol tüketiminin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımında anlamlı bir etkiye sahip olmadığını saptamıştır. Cheah ve Tang (2017) ise alkol tüketiminin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımında etkili olmadığını ancak sigara içmeyenlerin içenlere kıyasla koruyucu sağlık hizmetleri kullanma oranının anlamlı bir şekilde yüksek olduğunu ortaya koymuştur.

Koruyucu sağlık hizmetleri kullanımında etkisi incelenen değişkenlerden biri de *sebze ve meyve tüketimidir*. Sözmen ve diğerlerinin (2016), 30 yaş ve üstü kadınlarda sosyodemografik özelliklerin meme ve rahim ağzı kanserine yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımı üzerindeki etkisini değerlendirdiği çalışmada sebze ve meyve tüketiminin kadınların mamografi ve pap smear testi yaptırma kararları üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu saptanmıştır.

Literatürde koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı üzerinde etkisi incelenen diğer bir değişken ise *yaşam amacı* olmuştur. Kim ve diğerleri (2014), 50 yaş ve üstü 7.168 Amerikalı yetişkin ile koruyucu sağlık hizmetleri (grip aşısı, kolesterol ölçümü, prostat muayenesi, kolonoskopi, pap smear testi, mamografi) kullanımında daha iyi sağlık ve sağlık davranışları ile ilişkilendirilen yaşam amacı faktörünün etkisini incelemiştir. Yaşam amacı yüksek olan bireylerin sağlıklarına özen göstermede daha proaktif olacakları varsayımına dayanan çalışmaya kanser, kalp hastalığı ya da inme öyküsü olmayan ve 50 yaş ve üzerindeki Amerikalı yetişkinler dâhil edilmiştir. Elde edilen sonuçlar, bireylerin yaşam amacındaki her bir birimlik artışın katılımcıların kolesterol ölçtürme, prostat muayenesi olma, kolonoskopi yaptıрма, pap smear testi yaptıрма ve mamografi çektirmeleri üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu göstermiştir. Ancak grip aşısı yaptıрма ile yaşam amacı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Sağlık okuryazarlığı da literatürde koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkisi incelenen bir değişkendir. Chen ve diğerleri (2013), Tayvan’da yaşayan yetişkinler arasında sağlık okuryazarlığının koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkisini araştırmıştır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi katılımcıların eğitim, bilişsel işlev ve hastalık bilgisi ile ölçülmüştür. Elde edilen sonuçlar, sağlık okuryazarlığının koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı üzerinde pozitif bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir. Benzer şekilde Türkiye’de yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığının mamografi çektirme üzerindeki etkisi incelenmiştir. Elde edilen bulgular, sağlık okuryazarlığı puanı yüksek olan kadınların daha fazla mamografi çektirdiğini ortaya koymuştur (Keskin ve Çağlayan, 2019).

1.4. Sağlık Hizmetleri Kullanımını Etkileyen Faktörleri Belirlemeye Yönelik Geliştirilen Modeller

Literatürde sağlık hizmetleri kullanımını açıklamak amacıyla insan sermayesi, psikoloji ve davranışlar temelinde farklı teori ve modeller geliştirilmiş ve kullanılmıştır. Çeşitli çerçeve ve varsayımlara dayanan bu model ve teoriler temelde aynı amaca sahiptir ancak amaçlarını farklı şekillerde ifade etmektedir. Bu farklılıkların çoğu ise gerçekte bir

kavramın diğerinden daha fazla vurgulanmasından kaynaklanmaktadır (Fan ve diğerleri, 2015: 311; Bulduk ve diğerleri, 2015: 29). Çalışmanın bu bölümünde sağlık hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik geliştirilen ve kullanılan modellere yer verilmiştir.

Sıklıkla kullanılan modellerden biri birçok çalışmaya (Başar ve diğerleri, 2021; Şengül ve diğerleri, 2017; Alemler ve diğerleri, 2014; Gökkaya ve Erdem, 2017) temel oluşturan ve Andersen (1968) tarafından geliştirilen *Davranışsal Model*'dir. Davranışsal Model'in temelinde bireylerin ödeme kapasitesinden bağımsız olarak sağlık hizmetlerinin bütün bireylerin temel hakkı olduğu görüşü bulunmaktadır. Bu modele göre sağlık hizmetleri kullanımı, kullanım konusundaki eğilimlerin (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sağlık hizmetlerine ilişkin tutum ve davranışlar), kullanımı kolaylaştırıcı faktörlerin (hane halkı geliri, sosyal güvence durumu, sağlık hizmetlerinin fiyatı, yerleşim yeri gibi) ve sağlık bakımı ihtiyacının (algılanan ihtiyaç, değerlendirilen ihtiyaç) bir fonksiyonudur (Kılıç ve Çalışkan, 2013: 193-194).

Sağlık hizmetleri kullanımına yönelik geliştirilen diğer bir model ise *Sağlık İnanç Modeli*'dir ve literatürde bazı çalışmalarda (Aydoğdu ve Bahar, 2011; Yılmaz Tuncay ve diğerleri, 2019) kullanıldığı görülmektedir. Bu modele göre, bireyin hastalığını önlemek amacıyla harekete geçme olasılığı, kişinin kendisinin de hastalığa yakalanabileceğine (algılanan duyarlılık); hastalığın sonuçlarının ciddi olabileceğine (algılanan ciddiyet); tedbirli davranışın hastalığı etkili bir şekilde önleyebileceğine (algılanan yarar) ve riskleri azaltmanın faydasının eyleme geçmenin zararlarından çok daha fazla olduğuna (algılanan engel) ilişkin inancına bağlı olarak değişmektedir. Modele göre demografik, sosyal ve yapısal değişkenler bireyin duyarlılık, ciddiyet, yarar ve engel algılayışını etkileyerek bireyin davranışını dolaylı olarak etkilemektedir (Bulduk ve diğerleri, 2015: 29).

Pender tarafından geliştirilen ve genellikle hemşirelik araştırmalarında kullanılan *Sağlığı Geliştirme Modeli* ise hastalığı önleme vurgusundan ziyade "sağlığı geliştirmeyi" temel alan bir modeldir. Modelde, bireyin sağlık davranışını etkileyen bilişsel süreçlerin önemi vurgulanmaktadır. Model, bireysel özellikler ve deneyimler (önceki davranışlar ile ilgili deneyimler, kişisel faktörler, biyolojik faktörler, sosyokültürel faktörler, psikolojik

faktörler), davranışa özgü kavramlar ve etkiler (algılanan yarar, algılanan engel, öz etkililik, kişilerarası etkiler, duruma özgü etkiler) ve davranış sonuçları olmak üzere üç bileşenden oluşmaktadır. Modelin içerdiği bu değişkenler incelenerek bireyin sağlık davranışında bulunmamasının nedenlerini belirlemek mümkündür (Bahar ve Açıl, 2014: 59-60; Esin, 2021: 59). *Planlanmış Davranış Teorisi* ise sağlık davranışının belirleyicilerini anlama ve tahmin etmeye yönelik sosyopsikolojik bir tahmin teorisidir. Teoriye göre, bir kişinin sağlık riskini azaltmaya yönelik davranışını, sağlık davranışlarının riskleri önleyeceğine olan inanç ve kârın zarardan daha ağır basacağına yönelik algı belirlemektedir. Yani, davranışa yönelik tutumu, davranışın sonuçlarına ilişkin beklentilerin ve bireyin sonucu ne kadar önemseydiğinin belirlediği vurgulanmaktadır (Bulduk ve diğerleri, 2015; 29-32).

Örneklerde belirtildiği üzere literatürde sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık davranışlarına ilişkin çeşitli model ve teoriler geliştirilmiştir. Bu modellerden biri olan ve bu çalışma kapsamına alınan Bütünleyici Model ise, koruyucu sağlık hizmetleri kullanımında talep tarafında bireysel ve toplumsal düzeydeki özelliklerin ve arz tarafında sağlık sistemi özelliklerinin etkisini ayrı ayrı tanımlamaya olanak tanımaktadır. Davranışsal Model’de daha fazla odaklanılan konu ihtiyaç faktörü ve sağlık hizmetlerine erişim iken Bütünleyici Model’de her faktör eşit derecede önemlidir. Diğer modellerin bu çalışma kapsamında ele alınan değişkenlere odaklanmaması nedeniyle bu çalışmada Bütünleyici Model kullanılarak Türkiye’de yaşayan bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımında belirli faktörlerin (içsel bireysel faktörler, dışsal bireysel faktörler, içsel toplumsal faktörler, dışsal toplumsal faktörler) etkisi araştırılmaktadır.

1.4.1. Wilber’in Bütünleyici Modeli

Sağlık hizmetlerine bütünsel yaklaşım getirmeye yönelik ilk modern girişimlerden biri, James Gordon, Dennis Jaffe ve David Bresler tarafından yazılan “*Mind, Body and Health: Toward an Integral Medicine*” adlı kitapta geliştirilmiştir. İlk modern girişimlerden günümüze kadar bütünleyici modelin gelişmesine yardımcı olan birkaç çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalardan biri olan *Bütünleyici Model (Integral Model)* Filozof Ken Wilber’in psikoloji temelinde ortaya koyduğu bir yaklaşımdır. Wilber daha

sonra bu bütünsel yaklaşımı sağlık hizmetlerine uyarlayarak bir kadran sistemi geliştirmiş; içsel ve dışsal faktörler ile bireysel ve toplumsal alanları içerecek şekilde bütünsel çerçevenin genel hatlarını oluşturmuştur (Schlitz, 2008: 62).

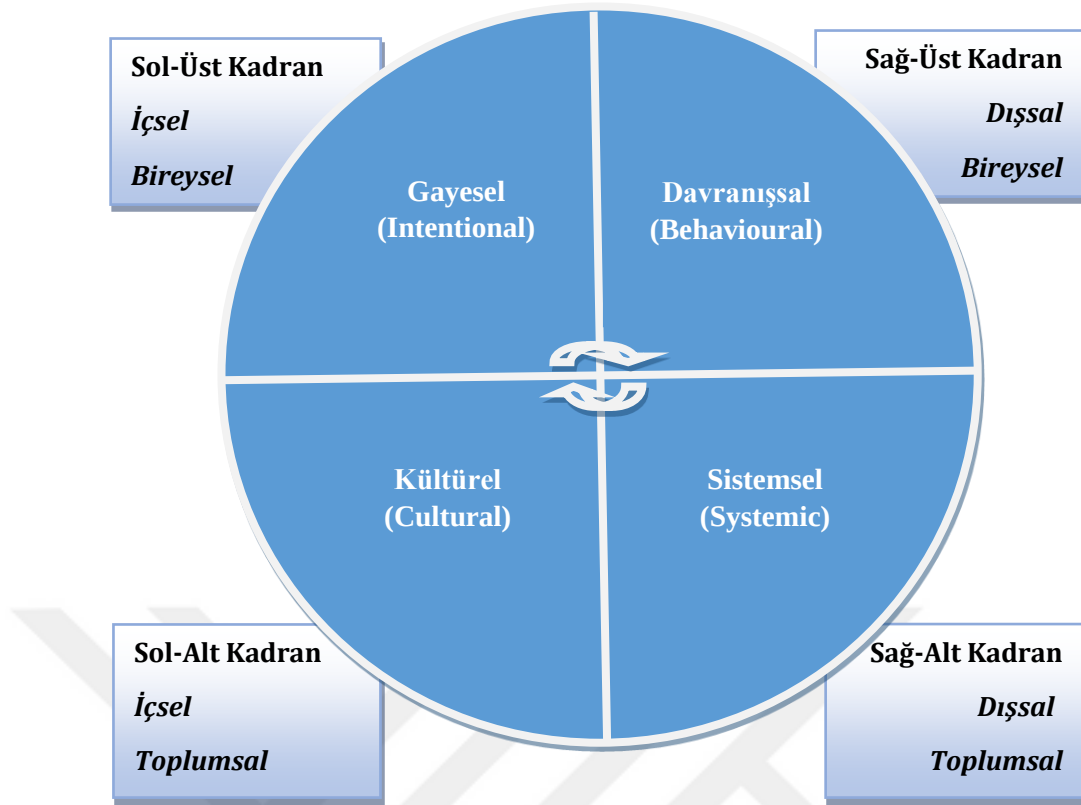
İntegral kelimesi kapsamlı, kapsayıcı, bütünleyici, ötekileştirmeyen, kucaklayıcı anlamına gelmektedir. Bu anlamda bütünleyici yaklaşım, bir konuya mümkün olduğunca çok perspektif ve metodoloji dâhil etme ve birbiriyle ilişkili konuları bir araya getirme yöntemini ifade etmektedir (Esbjörn-Hargens, 2009: 2). Wilber (2005: 5)'a göre bu model, işletme, tıp, sağlık hizmetleri, hukuk, ekoloji gibi alanların yanı sıra gündelik hayatın içinden de herhangi bir konunun bütün temellerine odaklanmayı sağlayan bir işletim sistemi sunmaktadır. Duffy (2020: 4), modelin bireysel ve toplumsal faktörlerin tanımlanabileceği bir konunun tüm yönlerini temsil ettiğine ve herhangi bir durumu tüm yönleriyle görünür kılmada ve etkili stratejiler geliştirilmesini sağlamada düzenleyici bir rol üstlendiğine değinmektedir. Duffy aynı zamanda, sağlık sektörünün Bütünleyici Model'in en uygulanabilir alanı olduğuna ve çeşitli ülkelerde sağlık sektöründe sıklıkla kullanıldığına işaret etmektedir. Wilber'ın Bütünleyici Teorisine (*Integral Theory*) dayanan Bütünleyici Tıp (*Integral Medicine*) Modeli, Bütünleyici Teori'nin sağlık hizmetleri ve tıp alanında kullanılmasına olanak tanımaktadır (Senzon ve diğerleri, 2016: 113). Wilber (2005: 34), Bütünleyici Model'in sağlık, fizik, din gibi birçok alanda kullanılan kapsayıcı ve çok sayıda bakış açısını bir araya getirmeye olanak tanıyan bir model olduğunu belirtmektedir.

Schlitz (2008: 62)'e göre Bütünleyici Model, hastalık veya fiziksel ve ruhsal yönden herhangi bir bozukluğu önlemek, teşhis etmek ve tedavi etmenin yanında potansiyel ölüm ya da sakatlık durumlarına karşı korumayı amaçlayan; tedavi merkezli sistemden iyileştirme ve korumaya yönelik bir sistem değişikliğini önceleyen bir modeldir. Model, sağlık hizmeti sunucuları, hizmet kullanıcıları ve sağlık sistemleri için iyileşmeyi sinerjik olarak desteklemek amacıyla birçok bakış açısını bir arada sunarak sorgulamayı sağlayan bir yaklaşımdır. Modelin amacı, hizmet sağlayıcılarına eleştirel düşünme ve etik muhakeme yapma becerisi kazandırmak ve farkındalığı artırmaktır (Petrie ve diğerleri, 2014: 1). Wilber (2005: 3)'a göre ise modelin amacı, kullanıldığı disiplin ne olursa olsun bu disiplin ile ilgili bütün dinamiklere dokunmak ve bu dinamiklere bütünsel bir bakış

sunmaktır. Al-Hachim (2017: 29) ise modelde, ele alınan sorunun neden kaynaklandığına, nasıl değiştirilip iyileştirilebileceğine yönelik net bir görüntüye ulaşabilmenin amaçlandığını belirtmektedir.

Wilber (1997: 74)'a göre insanlar hem bireysel olarak kendi başlarına hem de içinde bulunduğu toplumun bir parçası olarak var olurlar. Bu nedenle Wilber tasarladığı Bütünleyici Model'de incelenen her durum ya da davranışın en az dört kadran (perspektif) ile birlikte ele alınması gerektiğini ifade etmektedir. Bu kadranslar bireyi hem bireysel özellikleri bakımından hem de toplumsal bütünlüğün bir parçası olarak ele alarak dört temel bakış açısı ortaya koymaktadır. Böylece bireysel ve toplumsal faktörler, kültürel değerler, sistematik sorunlar bir arada ele alınarak kapsayıcı bir bilgi sunulmaktadır.

Kadran yaklaşımı, bireyi bütünsel çerçevenin merkezine alarak araştırılan konunun gayesel, davranışsal, kültürel, sosyal ve sisteme yönelik faktörlerini tespit etmeye çalışmaktadır (Esbjörn-Hargens, 2009: 7). Kadransların bazıları bireyin öznel gerçekliklerini bazıları nesnel gerçekliklerini, bazıları ise diğer insanlarla paylaşılan sosyal ve toplumsal gerçeklikleri ifade etmektedir (Wilber, 2005: 4).



Şekil 1. Bütünleyici Model'in Dört Kadran Sistemi (Wilber, 2005)

Şekil 1 Bütünleyici Modelin dört kadran sistemini göstermektedir. Wilber (2005: 32) oluşturduğu dört kadranı şu şekilde açıklamaktadır: Sol üst ve sağ üst kadranlar bireysel faktörleri ifade ederken sol alt ve sağ alt kadranlar toplumsal faktörleri ifade etmektedir. Sol üst ve sol alt kadranlar içsel faktörleri; sağ üst ve sağ alt kadranlar dışsal faktörleri belirtmektedir. Model, kapsayıcı ve etkili bir yaklaşıma ulaşmak amacıyla tüm unsurların göz önünde bulundurulmasına olanak sağlamaya ve araştırılan konuya “ben, biz ve o” bakış açısını kazandırmaya çalışmaktadır. Sol üst kadran “ben” dili ile tanımlanırken sol alt kadranda “biz” dili; sağ üst ve sağ alt kadran “o” dili ile birlikte kullanılmaktadır.

Kadranların her biri, diğerlerinden nispeten bağımsız olarak kendi metodolojileri içinde bir perspektif sunmaktadır (O'Cuinn, 2007: 315). Bir kadranda olabilecek bir değişiklik diğer üçünü de etkileyebilmektedir (Wilber, 1997: 79). Bireyler öznel özellikleri sonucunda oluşan davranışlarıyla birlikte her zaman toplumsal bütünlüğün bir parçası olarak var olmaktadır. Bu nedenle öznel tarafta olabilecek bir değişiklik teknik ve dış yön

olarak kabul edilen davranışı etkileyebileceği gibi bu durumun tam tersi de söz konusu olabilmektedir. Aynı şekilde toplumsal faktörlerdeki değişikliklerin bireysel faktörleri etkilemesi de olası bir durumdur (Erbisch, 2004: 123).

1.4.1.1. Sol Üst Kadran (İçsel-Bireysel Faktörler)

Sol üst kadran bireyin öznel ve içsel deneyimlerinden oluşmakta ve bireye ait bireysel ve içsel faktörleri içermektedir. Demografik değişkenler, inançlar, tutumlar ve sosyoekonomik faktörlere odaklanmaktadır (Wilber, 2005: 6). Bu kadran yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, gelir durumu, çalışma durumu gibi demografik ve sosyoekonomik değişkenlerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki engelleyici ya da kolaylaştırıcı etkisine odaklanılmasını sağlamaktadır.

1.4.1.2. Sağ Üst Kadran (Dışsal-Bireysel Faktörler)

Sağ üst kadran, bireylerin objektif olarak ölçülebilir yönleri veya davranışlarıyla ilgili olması nedeniyle “davranışsal” olarak adlandırılmaktadır (Voros, 2001: 4). Sağlıklı beslenme, spor yapma gibi koruyucu sağlık davranışlarının biyolojik etkilerini içerecek şekilde oluşturulmuştur (Al-Hachim, 2017: 33). Bu kadran toplumsal bütünlüğün bir parçası olan bireyin dış davranışları ve eylemlerini içererek özellikle zinde olma, sağlıklı beslenme ve sağlığı riske atan çeşitli eylemler gibi davranışsal faktörlerin yanı sıra fiziksel ve zihinsel sağlık durumuna odaklanmaktadır. Spor yapma, sağlıklı beslenme, alkol ve sigara tüketimi gibi davranışsal faktörlerin ve sağlık statüsünün koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki olumlu ya da olumsuz etkisi sağ üst kadran yardımıyla değerlendirilebilmektedir.

1.4.1.3. Sol Alt Kadran (İçsel-Toplumsal Faktörler)

Sol alt kadran kültürel değerlere ve sosyal desteğe odaklanmaktadır. Bu kadran, bir insan etkileşimi için önemli olan aile ve arkadaşların tutumlarının yanı sıra belirli bir hastalığın kültürel olarak nasıl kabul edildiği gibi kültürel faktörleri de içermektedir. Doktor ve hasta iletişim becerileri, aile ve arkadaşlar gibi sosyal destek grupları ve genel kültürel yargının davranış, karar ya da hastalık üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla sol alt

kadran kullanılmaktadır (Wilber, 2005: 32). Örneğin araştırmalar sonucunda sosyal desteği olan kanser hastalarının sosyal desteği olmayan benzer hastalardan daha uzun süre yaşadığına dair ulaşılan bulgular (Firshein, 1999: 28) sosyal destek faktörünün önemine işaret etmektedir. Bu kadran, sosyal destek gibi kültürel faktörlerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki engelleyici ya da kolaylaştırıcı etkisine odaklanılmasını sağlamaktadır.

1.4.1.4. Sağ Alt Kadran (Dışsal-Toplumsal Faktörler)

Sağ alt kadran sosyal, çevresel, yasal ve ekonomik koşullar, küresel ve ulusal yönetim yapıları, finansal kaynaklar ve politikalar gibi konuları içermektedir (Grunwald ve diğerleri, 2010: 311). Bu kadran bireysel faktörlerin sistemler ile olan uyumuyla ilgilidir. Hastalık oluşumuyla ilgisi olmayan ancak hastalık ve tedaviye neden olan tüm maddi, ekonomik ve sosyal faktörleri kapsayarak toplumsal sosyal sistemleri ve sosyal gelişmeleri ele almaktadır. Ekonomi, sigorta, sağlık hizmetlerinin dağıtımı ve erişimi gibi faktörler bu kadranda değerlendirilmektedir. Sağ alt kadran, sisteme yönelik faktörlerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkisini değerlendirebilmek amacıyla sistem perspektifinin hizmetlere erişimde engelleyici ve kolaylaştırıcı rolüne odaklanılmasını sağlamaktadır.

Wilber'ın Bütünleyici Model'i ile bireylerin demografik ve sosyoekonomik faktörlerini içeren içsel-bireysel faktörler, algılanan sağlık statüsü ve sağlık davranışlarını içeren dışsal-bireysel faktörler, aile ve arkadaşlardan sağlanan sosyal destek ve sağlık sistemi faktörlerini içeren toplumsal perspektif analiz edilmeye çalışılmaktadır.

Modelin mantığını anlamak amacıyla kanser hastalığı ve ilişkili faktörler ele alındığında, kanserin bireysel düzeyde içsel ve dışsal boyutlarının yanı sıra toplumsal düzeyde içsel ve dışsal boyutları örnek verilebilir. Sağ üst kadrana bakıldığında kanser ile ilişkili faktörlerden, sigara tüketimi gibi davranışsal faktörler ve bireyin bağışıklık parametrelerindeki değişiklikler ya da organ fonksiyonlarındaki bozulmalar gözlemlenebilmektedir. Bu kadranda kanser ile ilişkili genetik ve biyokimyasal faktörler ele alınarak dışsal araçlar yardımıyla dışsal boyutta gözlem yapılabilir. Bireyin

demografik özellikleri, zihinsel ve duygusal boyutları da içsel boyutu oluşturmakta ve kanser ile ilişkili içsel bireysel faktörlere odaklanmaktadır. Paylaşılan kültürel değerler ve gelenekler de hastalık durumlarını etkilemede önemli bir faktör olabilmektedir (Astin ve Astin, 2002: 72). Özellikle sosyal destek faktörü açısından incelendiğinde, araştırmalar sonucunda algılanan sosyal destek ile sağlık sonuçları arasında güçlü bir ilişki olduğuna dair ulaşılan bulgular (Han ve diğerleri, 2019: 1163) sol alt kadranı oluşturan kültürel faktörlerin önemine işaret etmektedir. Sağ alt kadran ise kanser hastalığının kanser hastalığı ile ilgili tedavi türlerinin finansman boyutundan, hükümetin politik kararlarından ya da hükümetin finansman kararında etkili olan lobi gruplarının etkisi gibi sosyal yapısal ve ekonomik güçlerden de etkilendiğini göstermektedir (Astin ve Astin, 2002: 73).

Yapılan literatür taramasında Bütünleyici Model'in birçok çalışmada (Golin, 2005; Varos, 2001; Lachance, 2000; Grunwald ve diğerleri, 2010; Oshodi, 2014; Devaney, 2015; Trew, 2011) kullanıldığı görülmektedir. Modelin sağlık hizmetlerinde kullanımına yönelik ise uluslararası literatürde örnek çalışmalar (Al-Hachim, 2017; Erbisich, 2004; Senzon ve diğerleri, 2016; Duffy, 2020) mevcuttur.

Varos (2001: 38)'a göre Bütünleyici Model, bireylerin öznel ve nesnel durumlarını analiz edebilmek için bir analiz aracı sunmaktadır. Ayrıca bu çerçevede, birçok çalışmada sağlık hizmetleri ve davranış değişikliğine yönelik kullanılmaktadır ve odaklandığı kadranlar nedeniyle bireysel özelliklere, sistemsel dönüşümlere, sosyal ve kültürel faktörler arasındaki ilişkilere katkıda bulunmaktadır (Senzon ve diğerleri, 2016: 117). Al-Hachim (2017) yaptığı çalışmada Bütünleyici Model'i sağlık hizmetlerine uyarlayarak Michigan göçmenlerinin koruyucu fiziksel muayene hizmetleri kullanımına engel teşkil edebilecek sistemsel ve kültürel faktörlerin yanı sıra bireylerin demografik özelliklerini, niyet ve davranışlarını araştırmıştır. Erbisich (2004) ise, bir kamu ruh sağlığı kurumunda yönetim tarzı ve örgütsel iklim; yönetim tarzı ve örgütsel performans ile örgütsel iklim ve örgütsel performans arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla yaptığı çalışmada Bütünleyici Model'i kullanarak örgütsel faktörler arasındaki dinamiklerin daha iyi anlaşılmasını sağlamaya çalışmıştır.

2.BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümünde, çalışmanın amacı ve önemine, çalışmanın yöntemine, çalışmanın tasarımı ve hipotezlerine, veri analizine ve çalışmanın sınırlılıklarına yer verilmiştir.

2.1. Çalışmanın Amacı ve Önemi

Tıbbi araştırmaların günümüze kadar uzun bir yol katetmesinin sonucu olarak insanların ortalama yaşam süreleri artmıştır ve artmaya devam etmektedir. Ancak insanların eskisinden daha uzun süre yaşaması, yaşlandıkça ulaşılan yaşam kalitesinden memnun olmama gibi bir sorunu da beraberinde getirmiştir. Günümüzde birçok insan, günlük aktivitelerini engelleyen ya da sürekli olarak karşısına çıkan kronik hastalıklardan muzdarip bir durumdadır ve bu da sonuç olarak sağlığa yönelik endişeleri ve ölüm oranlarını artırmaktadır (Saleem, 2017: 1). Doğumdan beklenen yaşam süresinin artmasına bağlı olarak dünya genelinde ve Türkiye’de en önemli mortalite ve morbidite sebebi olarak ortaya çıkan kronik hastalıklar “tam olarak tedavi edilemeyen ve iyileşme göstermeyen uzamış durumlar” olarak tanımlanmaktadır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kronik hastalıklar hızla artarak var olan sağlık hizmetlerini zorlamakta ve sağlığa ayrılan bütçenin büyük bir bölümünü kapsamaktadır (Müezzinoğlu, 2013: 1).

Nüfus açısından incelendiğinde, dünya nüfusunun hızla yaşlandığı görülmekte ve 2050 yılına kadar dünyadaki 60 yaş ve üstü yaşlı nüfusun iki milyara yükseleceği tahmin edilmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2019: 6). Türkiye’de ise 2019 yılı itibarıyla 84 milyona yakın olan nüfusun %9,1’i 65 yaş ve üstü bireylerden oluşmakta ve 2040 yılı itibarıyla bu oranın %16,3’e ulaşması beklenmektedir (TÜİK, 2020a). Artan yaşlı nüfus, insanların sağlıklı kalmalarına olanak tanıyan fonksiyonel yeteneklerini geliştirmek ve sürekliliğini sağlamak için sağlıklı yaşlanmanın önemini pekiştirmektedir. Sağlıklı yaşlanma yalnızca yaşlıların fiziksel ve zihinsel kapasitelerini korumayı değil, aynı zamanda kaynakları onlara erişilebilir kılmayı da içermektedir. Ancak yaşlanan nüfus nedeniyle ölüm oranlarının artması ve hastalık yükünde meydana gelen artışlar sağlık harcamalarının ve sağlık hizmetleri finansmanı üzerindeki yükün de artmasına neden

olmaktadır. Bu nedenle hastalık ve sakatlıkların önlenmesi ve yönetimi yaşanan bir toplum için gün geçtikçe daha fazla önem kazanmaktadır (Park ve Kahng, 2021: 24).

Bu anlamda yukarıda sözü edilen morbidite ve mortaliteye neden olan önlenebilir hastalıklar dikkate alındığında, koruyucu sağlık hizmetlerinden haberdar olmanın ve düzenli olarak kullanmanın birey ve toplum sağlığını korumak ve hastalıkları önlemek noktasında en iyi yöntem olduğu bilinmektedir (Saleem, 2017: 1). Koruyucu sağlık hizmetleri, bireylerin sağlığını, yaşam kalitesini ve yaşam süresini olumlu yönde etkileyebilen faydalı hizmetlerdir (Shilds, 2016: 1). Bu hizmetlerin amacı hastalık ortaya çıkmadan önlem almak ve/veya hastalığın etkilerini en aza indirebilmek amacıyla erken teşhis ve tedavi etmektir. Hastalıkları önlemek ve sağlığı teşvik etmenin ileriki aşamalarda hem birey hem de ülke sağlık sistemi açısından ortaya çıkabilecek yüksek finansal risklerden korunma noktasındaki kritik durumu da göz önüne alındığında koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımı ve kullanımda etkili olan faktörlerin incelenmesi önem arz etmektedir.

Bu doğrultuda bu çalışmanın amacı;

- Türkiye’de koruyucu sağlık hizmetlerinin mevcut durumda kullanım düzeyini ortaya koymak.
- Bireyler açısından koruyucu sağlık hizmetleri kullanım kararında etkili olduğu düşünülen faktörleri Wilber’ın Bütünleyici Modeli çerçevesinde (içsel bireysel faktörler, dışsal bireysel faktörler, içsel toplumsal faktörler ve dışsal toplumsal faktörler) tespit etmektir.

Yapılan literatür taraması sonucunda, Türkiye’de sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen faktörlerin incelendiği çeşitli çalışmalara (Başar ve diğerleri, 2017; Saraçoğlu ve Öztürk, 2016) ulaşılmıştır. Ayrıca koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımının belirleyicilerine yönelik tek bir ili kapsayan mikro düzeyde çalışmalar (İlhan ve diğerleri, 2006; Seçkin, 2009) ve kendi kendine meme muayenesi, mamografi ve smear testi (Sönmez ve diğerleri, 2012; Sohbet ve Karasu, 2017; Göçgeldi ve diğerleri, 2008; Avcı, 200; Aydoğdu ve

Bahar, 2011) gibi tek bir koruyucu sağlık hizmetinin kullanımını etkileyen faktörlere odaklanan çalışmalar olduğu tespit edilmiştir. Ancak ulusal çapta koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımını etkileyen faktörleri inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Koruyucu sağlık hizmetleri kullanımının hem mevcut sağlık durumu hem de maliyetler açısından önemi nedeniyle bu çalışmada bu hizmetlerin kullanım kararını etkileyen bireysel, toplumsal ve sistemsel faktörlerin ortaya koyularak literatürde var olan boşluğun doldurulacağı ve literatüre katkı sağlayacağı düşünölmektedir.

2.2. Çalışmanın Yöntemi

Koruyucu sağlık hizmetleri kullanımında etkili olan temel dinamikleri ortaya koymak amacıyla yapılan bu çalışmada TÜİK tarafından düzenli olarak yapılan Türkiye Sağlık Araştırması 2019 yılı veri seti kullanılmıştır.

İlk defa 2008 yılında gerçekleştirilen Türkiye Sağlık Araştırması 2016 yılına kadar iki yılda bir, 2019 yılı itibariyle üç yılda bir düzenli olarak Türkiye'nin sağlık göstergelerine yönelik bilgilerin elde edilmesi ile mevcut yapıdaki bilgi açığıının kapatılması; idari kayıtlar aracılığıyla derlenemeyen birçok göstergenin üretilmesi ve bu konuda karar alıcılara ve araştırmacılara veri kaynağı oluşturmak amacıyla yapılmaktadır. Araştırma, Türkiye'nin genelini yansıtan bir çalışma olmasının yanında hem uluslararası karşılaştırmalara imkân veren hem de ulusal ihtiyaçlara ışık tutan bir çalışma olması açısından önem taşımaktadır (TÜİK, 2020c: 12).

Türkiye Sağlık Araştırması kapsamını, Türkiye sınırları içerisindeki tüm yerleşim yerlerinde bulunan hane halkları oluşturmaktadır. Kurumsal olarak nitelendirilen nüfus (asker, yurtlarda, hapisshanede, hastanede sürekli olarak kalan, huzurevleri vb.) kapsama dâhil edilmeyip, ayrıca yeterli örnek hane sayısına ulaşılamayacağı düşünölen (küçük köyler, oba, mezra, vb.) küçük yerleşim yerleri kapsam dışı bırakılmıştır. Araştırmada tabakalı iki aşamalı küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Dışsal tabakalama kriteri olarak kır-kent ayrımı yapılmıştır (Nüfusu 20.000 ve altında olan yerleşim yerleri kır, nüfusu 20.001 ve üstünde olan yerleşim yerleri kent olarak ele alınmıştır). Birinci aşamada, ortalama 100 haneden oluşan kümeler örnekleme seçilmiştir. İkinci aşamada

ise örnekleme seçilen kümelerden sistematik seçim yöntemi kullanılarak, her kümeden en az 10 hane olacak şekilde örnek adresler belirlenmiş ve belirlenen adreslere ulaşmaya çalışılmıştır (TÜİK, 2020c: 12).

Türkiye Sağlık Araştırması'nın örneklem çalışmasında kullanılan çerçeve 2007 yılında kurulan "Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS)"ne altlık oluşturan ve 2019 yılı Ağustos ayında güncellenen "Ulusal Adres Veri Tabanı (UAVT)" dır. Veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Anketler örnekleme dâhil edilen hanelerdeki 15 yaş ve üzerindeki bireylere yüz yüze görüşme tekniği ile üç farklı anket formu (hane halkı bireylerinin temel özellikleri, 0-14 yaş grubu ve 15+ yaş grubu) bazında uygulanmıştır (TÜİK, 2020c: 12).

Araştırma Türkiye toplam tahmini verebilecek şekilde tasarlanarak toplam örneklem hacmi 9.470 hane şeklinde belirlenmiştir. Seçilen 9.470 haneden 8.166'sı ile anket sonuçlandırılmış ve 17.084'ü 15 yaş ve üzeri, 6.115'i 0-14 yaş arası çocuk olmak üzere toplam 23.199 bireyin bilgileri derlenmiştir. Araştırma, 2019 yılı Eylül-Aralık döneminde 3 aylık alan çalışmaları ile gerçekleştirilmiştir (TÜİK, 2020c: 1).

Türkiye Sağlık Araştırması'nda 0-14 yaş gruplarındaki çocukların anket tarihinden önceki 6 ay süresince geçirdikleri hastalıklara ait bilgiler ile çocuk engelliğine ilişkin verilere ulaşılmıştır. 15 yaş ve üstü bireyler için genel sağlık durumu, kronik hastalıklar, günlük aktivitelerini yürütmede fonksiyonel yeterlilik, kişisel bakım, sağlık hizmetleri kullanımı, ilaç kullanımı, yapılan aşılar ve ölçümler ile boy ve kilo değerleri gibi bilgiler derlenmiştir (TÜİK, 2020c: 4).

2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri Kullanımını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesinde Kullanılan Değişkenler

Türkiye Sağlık Araştırması'nda yer alan dokuz farklı koruyucu sağlık hizmetinin katılımcılar tarafından kullanılıp kullanılmadığına ilişkin dokuz soru çalışmanın bağımlı değişkenleri olarak alınmıştır.

Bu sorular aşağıdaki gibidir:

1. En son ne zaman grip aşısı oldunuz?
2. Tansiyonunuz en son ne zaman bir sağlık personeli tarafından ölçüldü?
3. Kolesterolünüz en son ne zaman bir sağlık personeli tarafından ölçüldü?
4. Kan şekeriniz en son ne zaman sağlık personeli tarafından ölçüldü?
5. Dışkı (gaita) ile ilgili gizli kan testini en son ne zaman yaptırdınız?
6. En son ne zaman kolonoskopi yaptırdınız?
7. Kendi kendinize meme muayenesini ne sıklıkla yaparsınız?
8. En son ne zaman mamografi /meme filmi çektirdiniz?
9. En son ne zaman rahim ağzı sürüntü testi (servikal smear, pap testi) yaptırdınız?

Katılımcılar bu sorulara söz konusu koruyucu sağlık hizmetini kullanıp kullanmadıkları bilgisi ile eğer kullandıysalar kullanım sıklıklarını (son 12 ay içerisinde, 1 yıldan çok 3 yıldan az, 3 yıldan çok 5 yıldan az, 5 yıldan fazla süre gibi) belirterek yanıt vermektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili sorulara sıklık belirten katılımcılar ilgili hizmeti kullanmış kabul edilirken, hiçbir zaman yanıtını veren katılımcılar ise ilgili hizmeti kullanmamış olarak kabul edilmiştir.

Çalışma kapsamına alınan dokuz farklı koruyucu sağlık hizmetinin kullanımına yönelik DSÖ'nün tavsiyeleri doğrultusunda Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2015)'nin hazırladığı "Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi'nde tavsiye edilen yaş grubu ve sıklık bilgilerini içeren Tablo 1 aşağıda yer almaktadır.

Tablo 1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri Kullanımına Yönelik Önerilen Yaş ve Sıklıklar

Koruyucu Sağlık Hizmeti	Tavsiyeler (Yaş, Sıklık)
Grip Aşısı	-65 yaş ve üzeri, yılda bir kez
Tansiyon Ölçtürme	-18 yaş ve üzeri, yılda bir kez
Kolesterol Ölçtürme	-35 yaş ve üzeri, beş yılda bir kez
Kan Şekeri Ölçtürme	-45 yaş ve üzeri, üç yılda bir kez
Dışkı (gaita) ile Gizli Kan Testi	-50 yaş ve üzeri, yılda bir kez
Kolonoskopi Yaptırma	-50 yaş ve üzeri, on yılda bir kez
Kendi Kendine Meme Muayenesi	-20 yaş ve üzeri, ayda bir kez
Mamografi Çektirme	-40 yaş ve üzeri, iki yılda bir
Rahim Ağzı Sürüntü Testi (Pap Smear Testi)	-30 yaş ve üzeri, beş yılda bir kez

Bu çalışmada Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi'nde yer alan yaş ve sıklık önerilerinden yararlanılarak her bir koruyucu sağlık hizmeti için rehberde tavsiye edilen yaş grupları baz alınmış ve analizlere dâhil edilmiştir.

Literatür taraması sonucu ulaşılan ve bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanım durumları ile ilişkisi araştırılan yaş (Sönmez ve diğerleri, 2012; Secginli ve Nahcivan, 2006; Fang ve diğerleri, 2016; Casey ve diğerleri, 2001), cinsiyet (Shields, 2016; Vaidya

ve diğerleri, 2012; Cheah ve Tang, 2017), eğitim durumu (Benamins ve diğerleri, 2004; Santos, 1990; Rotarou ve Sakellariou, 2018), medeni durum (Idowu ve diğerleri, 2016; Avcı, 2008; Carroll ve diğerleri, 2007), sağlık statüsü (Al-Hachim, 2017; Nagata ve diğerleri, 2013; Slesinger ve diğerleri, 1976), fiziksel aktivite (Sözmen ve diğerleri, 2016; Chao ve diğerleri, 1987), sosyal güvence (Sudano ve Baker, 2003; Trivedi ve Ayanian, 2005) ve sosyal destek (Al-Hachim, 2017; Benamins, 2005b; Brzoska ve diğerleri, 2017) faktörleri çalışmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

Bu kapsamda yaş değişkeni, *Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi* baz alınarak her bir koruyucu sağlık hizmeti için farklı kategorilerde incelenmiştir. Cinsiyet değişkeni, 6 koruyucu sağlık hizmeti (grip aşısı yaptıрма, tansiyon ölçümü, kolesterol ölçümü, kan şekeri ölçümü, gaita ile gizli kan testi yaptıрма, kolonoskopi yaptıрма) için erkek ve kadın olmak üzere iki kategoride değerlendirilirken 3 koruyucu sağlık hizmeti (kendi kendine meme muayenesi uygulama, mamografi yaptıрма, pap smear testi yaptıрма) kadınlar tarafından kullanılan hizmetler olması nedeniyle tek kategoride değerlendirilmiştir. Eğitim durumunu “*bir okul bitirmedir*” ve “*okuma-yazma bilmeyen*” şeklinde belirten bireyler “*eğitim almayanlar*” kategorisinde değerlendirilirken “*ilkokul*”, “*genel ortaokul*” ve “*mesleki veya teknik ortaokul*” mezunu olan bireyler “*ilköğretim mezunu*” kategorisinde değerlendirilmiştir. “*Genel lise/mesleki veya teknik lise*” ve “*2 veya 3 yıllık yüksekokul*” mezunu olanlar “*lise ve ön lisans mezunu*” kategorisinde değerlendirilmiştir. “*4 yıllık yüksekokul veya fakülte*”, “*yüksek lisans*” ve “*doktora*” mezunu bireyler “*lisans ve lisansüstü mezunu*” kategorisinde değerlendirilmiştir. Böylece eğitim durumu değişkeni dört kategoride incelenmiştir. Medeni durum değişkeni için “*Hiç evlenmedi*”, “*Boşandı*” ve “*Eşi öldü*” yanıtını veren katılımcılar “*bekar*”; “*evli*” yanıtını veren katılımcılar ise “*evli*” olarak kodlanarak iki kategoride incelenmiştir.

Katılımcılara yöneltilen “*Genel olarak sağlık durumunuz nasıldır?*” sorusuna “*çok iyi*” ve “*iyi*” yanıtını veren bireyler “*iyi*”, “*orta*” yanıtını veren bireyler “*orta*”, “*kötü*” ve “*çok kötü*” yanıtını veren bireyler ise “*kötü*” kategorisinde değerlendirilerek sağlık durumu değişkeni üç kategoride incelenmiştir. Fiziksel aktivite değişkeni katılımcılara yöneltilen “*Normal bir hafta içerisinde kaç gün en az 10 dakika spor, fitness veya boş*

zaman aktivitesi gerçekleştirirsiniz?” sorusu ile değerlendirilmiştir. Gün belirten katılımcılar “evet” kategorisinde, “hiçbir zaman böyle bir fiziksel aktivite gerçekleştirmedim” yanıtını veren katılımcılar ise “hayır” kategorisinde değerlendirilerek fiziksel aktivite iki kategoride incelenmiştir. “Ciddi kişisel bir probleminiz olursa güvenebileceğiniz, size çok yakın kaç kişi vardır?” sorusu doğrultusunda katılımcıların sosyal destek durumları ölçülmeye çalışılmıştır. “Hiç” yanıtını veren katılımcılar “hiç” kategorisinde, “1-2 kişi” yanıtını veren katılımcılar “1-2 kişi” kategorisinde, “3-5 kişi” ve “6 veya daha fazla kişi” yanıtını veren katılımcılar ise “3 kişi ve üzeri” kabul edilerek sosyal destek değişkeni 3 kategoride incelenmiştir. Araştırmaya katılan katılımcıların SGK bünyesinde sosyal güvence durumları “Tedavi masraflarınız Sosyal Güvenlik Kurumu (SSK, BAĞ-KUR, Emekli Sandığı, Genel Sağlık Sigortası) tarafından mı karşılanıyor?” sorusu ile ölçülmeye çalışılarak “evet” ve “hayır” şeklinde iki kategoride incelenmiştir.

2.3. Çalışmanın Tasarımı ve Hipotezleri

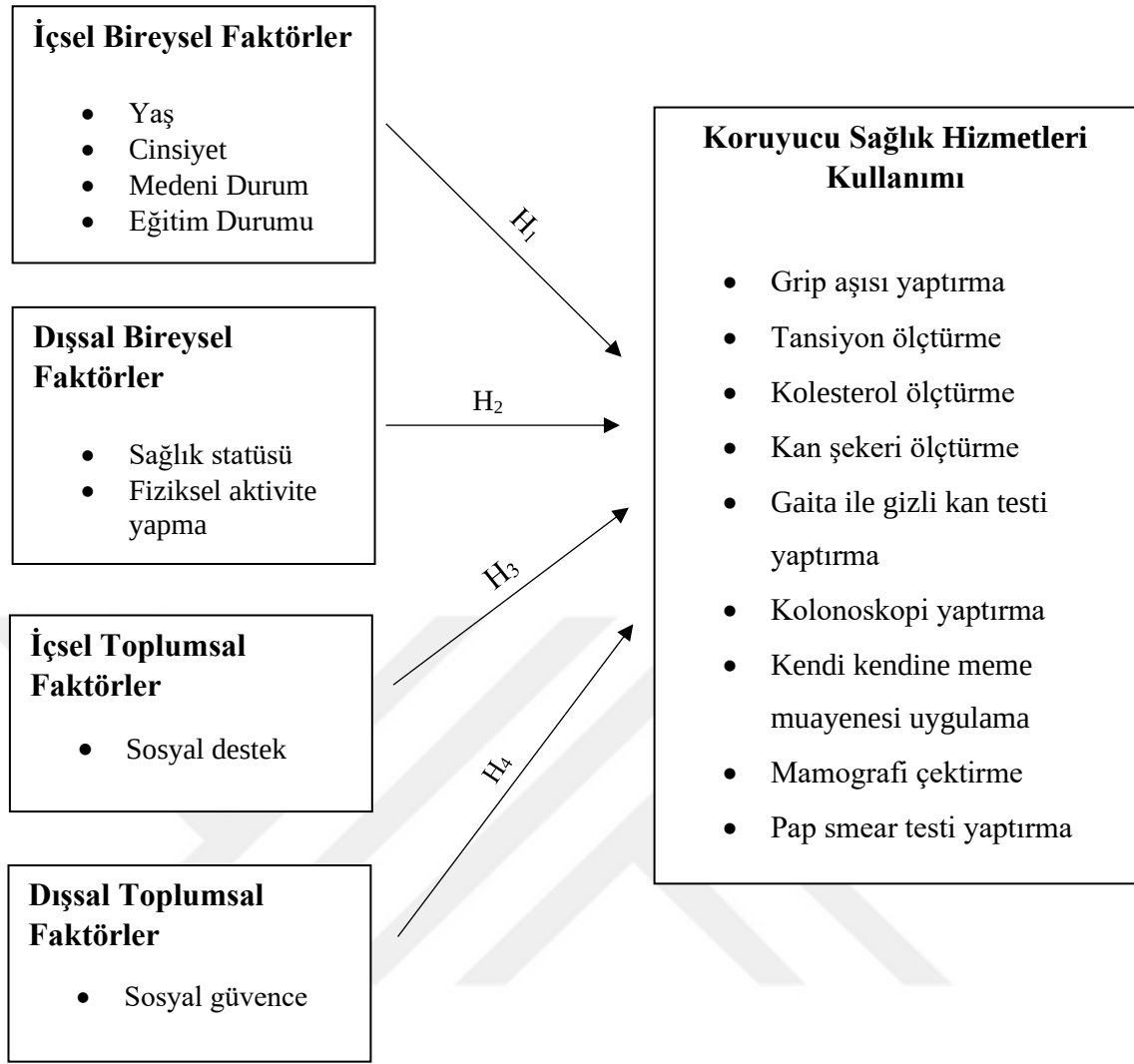
Çalışmanın kavramsal çerçevesini Wilber’ın Bütünleyici Modeli oluşturmaktadır. Literatür taraması sonucu elde edilen koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı üzerinde etkisi olduğu düşünülen bağımsız değişkenler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sağlık statüsü, fiziksel aktivite, sosyal destek, sosyal güvence) Bütünleyici Model’in dört kadranı (içsel bireysel faktörler, dışsal bireysel faktörler, içsel toplumsal faktörler ve dışsal toplumsal faktörler) çerçevesinde kategorize edilerek Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2. Çalışmanın Bağımsız Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler	Detaylar
<i>Sol Üst Kadran: İçsel-Bireysel Faktörler (Gayesel)</i>	
Demografik	Cinsiyet (kadın ya da erkek), yaş, medeni durum (evli ya da bekâr), eğitim durumu (eğitim almayanlar, ilköğretim, lise ve ön lisans, lisans ve lisansüstü)
<i>Sağ Üst Kadran: Dışsal-Bireysel Faktörler (Davranışsal)</i>	
Sağlık Statüsü	Sağlık statüsü (iyi, orta, kötü)
Sağlık Davranışları	Fiziksel aktivite durumu (evet, hayır)
<i>Sol Alt Kadran: İçsel-Toplumsal Faktörler (Kültürel)</i>	
Sosyal Destek	Ciddi bir sağlık problemi durumunda destek alınabilecek kişi sayısı (yok, 1-2 kişi, 3 kişi ve üzeri)
<i>Sağ Alt Kadran: Dışsal-Toplumsal Faktörler (Sistemsel)</i>	
Sağlık Hizmetlerine Erişim	Sosyal Güvence (evet, hayır)

TÜİK Türkiye Sağlık Araştırması 2019 yılı veri setinde Bütünleyici Model'in her bir kadranının değerlendirilmesinde kullanılabilecek, literatür bölümünde de değinilen farklı değişkenler (gelir durumu, çalışma durumu, meyve ve sebze tüketim durumu, alkol tüketim durumu, tütün tüketim durumu gibi) de bulunmasına karşın, aynı kadran içerisindeki değişkenler arasında yüksek ilişki düzeyine rastlanmasından dolayı, literatürde en çok kullanılan değişkenler seçilerek araştırma modeline dâhil edilmiştir.

Koruyucu sağlık hizmetleri kullanımında etkili olan bireysel, toplumsal ve sistemsel faktörlerin belirlenebilmesi amacıyla Bütünleyici Model kullanılarak oluşturulan çalışmanın modeli ve geliştirilen araştırma hipotezleri aşağıdaki gibidir:



Şekil 2. Çalışmanın Modeli

H₁: İçsel bireysel faktörler bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını etkiler.

H_{1a}: Cinsiyet bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını etkiler.

H_{1b}: Yaş bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını etkiler.

H_{1c}: Medeni durum bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını etkiler.

H_{1d}: Eğitim durumu bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını etkiler.

H₂: Dışsal bireysel faktörler bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını etkiler.

H_{2a}: Sağlık statüsü bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını etkiler.

H_{2b}: Fiziksel aktivite durumu bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını etkiler.

H₃: İçsel toplumsal faktörler (sosyal destek) bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını etkiler.

H₄: Dışsal toplumsal faktörler (sosyal güvence) bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını etkiler.

2.4. Veri Analizi

Elde edilen verilerin analizinde SPSS 23.0 (Statistical Package for the Social Sciences) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik ve bireysel özelliklerinin sunumunda tanımlayıcı istatistiklerden (frekans ve yüzde) yararlanılmıştır.

Katılımcıların koruyucu sağlık hizmetlerini kullanma durumlarının çeşitli faktörlere göre farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymak amacıyla Ki-Kare Testleri kullanılmıştır. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin ortaya konulduğu çok değişkenli modelde, bağımlı değişkenin nominal ölçekli olması durumunda lojistik regresyon analizi kullanılmaktadır (Kalaycı, 2010: 273). Bu çalışmadaki bağımlı değişkenin (koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanım durumu) nominal ölçekli ve bağımsız değişkenlerin (yaş, cinsiyet, medeni durum, sağlık statüsü, fiziksel aktivite yapma, sosyal güvence, sosyal destek) nominal / ordinal ölçekli değişkenler olması nedeniyle araştırma hipotezlerinin sınanmasında lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Yürütülen lojistik regresyon analizlerinde referans kategorilerin seçiminde, odds oranına dayalı doğru yorumlar yapabilmek için bağımsız değişkenlere ilişkin alt kategorilerin ilgili sağlık hizmeti kullanım durumları dikkate alınmıştır. İstatistiksel açıdan anlamlılık düzeyi $\alpha \leq 0,05$ olarak seçilmiştir.

2.5. Çalışmanın Sınırlılıkları ve Varsayımları

Araştırmaya katılan bireylerin soru formlarında yer alan sorulara doğru cevap verdiği ve verilerin ikincil veriler olması nedeniyle veri toplama ve veri giriş süreçlerinde hata yapılmadığı varsayılmıştır.

Çalışmanın sınırlılıkları ise şöyledir,

- Çalışmada ikincil verilerin kullanılması nedeniyle çalışmanın bu veriler çerçevesinde şekillenme kısıtlılığı söz konusudur.
- Çalışma, Türkiye Sağlık Araştırması soru formunda Koruyucu Hizmetler başlığı altında yer alan dokuz koruyucu sağlık hizmeti ile sınırlandırılmıştır. Diğer koruyucu sağlık hizmetleri dâhil edilememiştir.
- Soru formunda yer alan bazı soruların (gelir durumu gibi) katılımcıların büyük bir bölümü tarafından yanıtlanmaması nedeniyle bu değişkenlerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkisi incelenememiştir.

3.BÖLÜM: BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde; öncelikle bağımlı değişken olarak kullanılan her bir koruyucu sağlık hizmeti için (tansiyon ölçtürme, grip aşısı yaptırma, kan şekeri ölçtürme, kolesterol ölçtürme, gaitada gizli kan testi yaptırma, kolonoskopi yaptırma, kendi kendine meme muayenesi yapma, mamografi yaptırma, pap smear testi yaptırma) Türkiye Sağlık Araştırması 2019 yılı veri seti kullanılarak çalışma kapsamına alınan farklı yaş gruplarındaki katılımcıların tanımlayıcı özellikleri sunulmaktadır. Sonrasında analizlere dâhil edilen katılımcıların koruyucu sağlık hizmetlerini kullanma düzeylerine ilişkin analiz sonuçları ve çeşitli faktörlerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanım düzeyi üzerindeki etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları yer almaktadır.

3.1. Grip Aşısı Yaptırma ve Belirleyicilerine Yönelik Bulgular

Grip aşısı yaptırma koruyucu sağlık hizmetinin kullanımı ve belirleyicilerine yönelik analizlere Türkiye Sağlık Araştırması'na katılan 65 yaş ve üzerindeki bireyler dâhil edilmiştir (n=2458). Bu bölümde analizlere dâhil edilen katılımcıların tanımlayıcı özellikleri, grip aşısı yaptırma durumları ve grip aşısı yaptırma üzerinde etkili olan faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları yer almaktadır.

3.1.1. Grip Aşısı Yaptırma Hizmetinin Kullanımına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Tablo 3'te grip aşısı yaptırma ve belirleyicilerine yönelik analizlere dâhil edilen 65 yaş ve üstü katılımcıların (n=2458) çeşitli özelliklere göre dağılımlarına ilişkin bulgular sunulmaktadır.

Tablo 3. Grip Aşısı Yaptırma Hizmeti ile İlgili Analizlere Dâhil Edilen Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri (n=2458)

Değişkenler		n	%
Cinsiyet	<i>Erkek</i>	1100	44,8
	<i>Kadın</i>	1358	55,2
Eğitim Durumu	<i>Eğitim Almayanlar</i>	978	39,8
	<i>İlköğretim</i>	1175	47,8
	<i>Lise ve Ön lisans</i>	192	7,8
	<i>Lisans ve Lisansüstü</i>	113	4,6
Medeni Durum	<i>Bekâr</i>	878	35,7
	<i>Evli</i>	1580	64,3
Sağlık Statüsü	<i>İyi</i>	560	22,8
	<i>Orta</i>	1078	43,8
	<i>Kötü</i>	820	33,4
Fiziksel Aktivite	<i>Evet</i>	46	1,9
	<i>Hayır</i>	2412	98,1
Güvenilir Yakın (Sosyal Destek)	<i>Yok</i>	133	5,4
	<i>1-2 kişi</i>	961	39,1
	<i>3 kişi ve üzeri</i>	1364	55,5
Sosyal Güvence (SGK)	<i>Var</i>	2392	97,3
	<i>Yok</i>	66	2,7
TOPLAM		2458	100,0

Tablo 3'e göre, katılımcıların %55,2'si kadın katılımcılardan oluşmaktadır. Eğitim durumları incelendiğinde, eğitim almayan katılımcılar %39,8; ilköğretim mezunu katılımcılar %47,8; lise ve ön lisans mezunu olan katılımcılar %7,8; lisans ve lisansüstü eğitim mezunu katılımcılar ise %4,6 oranına sahiptir. Medeni durum açısından bakıldığında, katılımcıların büyük bölümü (%64,3) evlidir.

Katılımcıların sağlık statüsüne göre dağılımları incelendiğinde, sağlık statüsü orta düzeyde olanların %43,8 ile çoğunluğu oluşturduğu görülmektedir. Katılımcıların %22,8'inin genel sağlık statüsü iyi, %33,4'ünün kötüdür. Katılımcıların %98,1 ile çok büyük bir bölümü fiziksel aktivite yapmamaktadır. Araştırma katılımcılarının sosyal destek durumları incelendiğinde, %55,5'inin ihtiyaç duyduğunda 3 veya daha fazla sayıda kişiden sosyal destek alabildiği; %39,1'inin 1 veya 2 güvenilir yakını olduğu ve %5,4'ünün ise herhangi bir sosyal desteği olmadığı görülmektedir. Sağlık hizmetlerine erişim bağlamında SGK kapsamında sosyal güvence durumu incelendiğinde, analizlere

dâhil edilen 65 yaş ve üzerindeki katılımcıların %97,3 ile büyük çoğunluğunun sosyal güvence kapsamında olduğu; %2,7'sinin sosyal güvencesinin olmadığı tespit edilmiştir.

Grip aşısı yaptırma ve belirleyicilerine yönelik analizlere dâhil edilen bireylerin çeşitli faktörlere (demografik özellikleri, sağlık durumları, sağlık davranışları, sosyal destek ve sosyal güvenceye sahip olma) göre grip aşısı yaptırma koruyucu sağlık hizmetini kullanma durumlarına ilişkin bulgular Tablo 4'te sunulmaktadır. Buna göre analizlere dâhil edilen 65 yaş ve üzerindeki katılımcıların %23,5'i grip aşısı yaptırmıştır (n=578).

Tablo 4. Grip Aşısı Yaptırma Hizmetinin Kullanımı (n=2458)

Değişkenler		Evet (n=578)		Hayır (n=1880)		χ^2/ p
		N	%	N	%	
Cinsiyet	<i>Erkek</i>	295	26,8	805	73,2	$\chi^2=12,078$ p=0,001
	<i>Kadın</i>	283	20,8	1075	79,2	
Eğitim Durumu	<i>Eğitim Almayanlar</i>	139	14,2	839	85,8	$\chi^2=94,977$ p<0,001
	<i>İlköğretim</i>	326	27,7	849	72,3	
	<i>Lise ve Ön lisans</i>	63	32,8	129	67,2	
	<i>Lisans ve Lisansüstü</i>	50	44,2	63	55,8	
Medeni Durum	<i>Bekâr</i>	184	21,0	694	79,0	$\chi^2=4,971$ p=0,026
	<i>Evli</i>	394	24,9	1186	75,1	
Sağlık Statüsü	<i>İyi</i>	125	22,3	435	77,7	$\chi^2=12,580$ p=0,002
	<i>Orta</i>	289	26,8	789	73,2	
	<i>Kötü</i>	164	20,0	656	80,0	
Fiziksel Aktivite	<i>Evet</i>	14	30,4	32	69,6	$\chi^2=1,248$ p=0,264
	<i>Hayır</i>	564	23,4	1848	76,6	
Güvenilir Yakın (Sosyal Destek)	<i>Yok</i>	34	25,6	99	74,4	$\chi^2=18,439$ p<0,001
	<i>1-2 kişi</i>	182	18,9	779	81,1	
	<i>3 kişi ve üzeri</i>	362	26,5	1002	73,5	
Sosyal Güvence (SGK)	<i>Var</i>	568	23,7	1824	76,3	$\chi^2=2,638$ p=0,104
	<i>Yok</i>	10	15,2	56	84,8	

Tablo 4'te yer alan bulgular, katılımcıların grip aşısı yaptırma kararlarının cinsiyete, eğitim durumuna, medeni duruma, sağlık statüsüne ve sosyal desteğe sahip olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiğini belirtmektedir. Ulaşılan bulgulara göre erkek katılımcıların grip aşısı yaptırma oranı kadın katılımcılara göre daha yüksektir ($\chi^2=12,078$; $p\leq 0,05$). Lisans ve lisansüstü eğitim mezunlarının eğitimi olmayan ve diğer eğitim düzeylerine sahip olan katılımcılara göre grip aşısı

yaptırma oranı daha yüksektir ($\chi^2=94,977$; $p\leq 0,05$). Ayrıca evli katılımcıların bekarlara göre ($\chi^2=4,971$; $p\leq 0,05$); sağlık statüsü orta olanların iyi ve kötü olanlara göre ($\chi^2=12,580$; $p\leq 0,05$); 3 veya daha fazla sayıda güvenilir yakını olanların hiç olmayan ve 1 veya 2 yakını olanlara göre ($\chi^2=18,439$; $p\leq 0,05$) grip aşısı yaptırma oranı daha yüksektir.

3.1.2. Araştırma Hipotezlerine İlişkin Bulgular

Tablo 5’te, çeşitli faktörlerin katılımcıların grip aşısı yaptırma durumu üzerindeki etkisini ortaya koymak amacıyla yürütülen lojistik regresyon analizi sonuçları yer almaktadır. Oluşturulan lojistik regresyon analizinin yeterliliği ve uyum iyiliği incelendiğinde, modelin açıklama (Nagelkerke R^2) yüzdesi 0,072’dir. Modelin veriye uyumunu gösteren Hosmer-Lemeshow istatistiğine göre model veriye uyum göstermektedir ($p\geq 0,05$) ve modelin doğru sınıflandırma yüzdesi %76,5’tir.

Tablo 5. Grip Aşısı Yaptırma ve Belirleyicilerine Yönelik Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

						%95 G.A. için	
					Odds	Odds Oranı	
Bağımsız Değişkenler	B	SH	df	p	Oranı	E.D.	E.Y.
İçsel Bireysel Faktörler							
Cinsiyet							
Erkek	,008	,111	1	,939	1,008	,811	1,253
Kadın (referans)							
Eğitim Durumu							
Eğitim almayanlar (referans)							
İlköğretim	,823	,122	1	<,001	2,276	1,791	2,894
Lise ve Ön lisans	1,104	,189	1	<,001	3,016	2,083	4,386
Lisans ve Lisansüstü	1,583	,226	1	<,001	4,867	3,124	7,585
Medeni Durum							
Bekâr (referans)							
Evli	,040	,112	1	,719	1,041	,836	1,296
Dışsal Bireysel Faktörler							
Sağlık Statüsü							
İyi (referans)							
Orta	,414	,128	1	,001	1,513	1,178	1,943
Kötü	,262	,144	1	,068	1,300	,981	1,722
Fiziksel Aktivite							
Evet	,036	,340	1	,915	1,037	,533	2,018
Hayır (Referans)							
İçsel Toplumsal Faktörler							
Güvenilir Yakın (Sosyal Destek)							
Yok	,075	,215	1	,727	1,078	,708	1,642
1-2 kişi	-,361	,105	1	,001	,697	,567	,857
3 kişi ve üzeri (referans)							
Dışsal Toplumsal Faktörler							
Sosyal Güvence (SGK)							
Var	,212	,357	1	,552	1,237	,614	2,490
Yok (referans)							
Sabit	-2,176	,382	1	,000	,113		
Nagelkerke R²: 0,072; Hosmer-Lemeshow: 7,083; p=0,528; Doğru Sınıflandırma							
Yüzdesi: %76,5							

Tablo 5'te yer alan bulgulara göre, eğitim durumu, sağlık statüsü ve sosyal destek faktörlerine ilişkin sonuçların istatistiki açıdan anlamlı olduğu ($p \leq 0,05$) tespit edilmiştir. Grip aşısı yaptırma koruyucu sağlık hizmetini, araştırmaya dâhil edilen katılımcılardan referans kategori olan eğitim almayanlara göre ilköğretim mezunu olanların 2,276 kat; lise ve ön lisans mezunlarının 3,016 kat, lisans ve lisansüstü eğitim mezunlarının ise 4,867

kat daha fazla kullandığı ve sonuçların istatistiki açıdan anlamlı olduğu ($p \leq 0,05$) tespit edilmiştir.

Sağlık statüsü değişkeni incelendiğinde, bireyler tarafından algılanan sağlık statüsünün grip aşısı yaptırma üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Sağlık statüsü orta düzeyde olan katılımcıların, referans kategori sağlık statüsü iyi olan katılımcılara göre 1,513 kat daha fazla grip aşısı yaptırdığı ve sonuçlara ilişkin bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p \leq 0,05$) saptanmıştır. Sosyal destek de grip aşısı yaptırma üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir ($p \leq 0,05$). Referans kategori olan 3 veya daha fazla sayıda güvenilir yakına sahip katılımcıların 1 veya 2 güvenilir yakını olan katılımcılarla kıyaslandığında (1/0,697) 1,434 kat daha fazla grip aşısı yaptırdığı tespit edilmiş ve sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p \leq 0,05$).

Araştırmanın diğer bağımsız değişkenleri incelendiğinde, erkeklerin kadınlara göre 1,008 kat; evlilerin bekarlara göre 1,041 kat; sağlık statüsü kötü olanların iyi olanlara göre 1,300 kat; fiziksel aktivite yapanların yapmayanlara göre 1,037 kat; SGK bünyesinde sosyal güvencesi olanların olmayanlara göre 1,237 kat daha fazla grip aşısı yaptırdığı ancak hesaplanan odds oranlarının istatistiki açıdan anlamlı olmadığı ($p > 0,05$) görülmektedir.

3.2. Tansiyon Ölçtürme ve Belirleyicilerine Yönelik Bulgular

Tansiyon ölçtürme koruyucu sağlık hizmetinin kullanımı ve belirleyicilerine yönelik analizlere Türkiye Sağlık Araştırması'na katılan 18 yaş ve üzerindeki bireyler dâhil edilmiştir ($n=16.253$). Bu bölümde analizlere dâhil edilen katılımcıların tanımlayıcı özellikleri, tansiyon ölçtürme durumları ve tansiyon ölçtürme üzerinde etkili olan faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları yer almaktadır.

3.2.1. Tansiyon Ölçtürme Hizmetinin Kullanımına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Tablo 6’da tansiyon ölçtürme ve belirleyicilerine yönelik analizlere dâhil edilen 18 yaş ve üstü katılımcıların (n=16.253) çeşitli özelliklere göre dağılımlarına ilişkin bulgular sunulmaktadır.

Tablo 6. Tansiyon Ölçtürme Hizmeti ile İlgili Analizlere Dâhil Edilen Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri (n=16.253)

Değişkenler		n	%
Cinsiyet	<i>Erkek</i>	7379	45,4
	<i>Kadın</i>	8874	54,6
Yaş	<i>18-24</i>	1899	11,7
	<i>25-34</i>	3070	18,9
	<i>35-44</i>	3395	20,9
	<i>45-54</i>	2918	18,0
	<i>55-64</i>	2513	15,5
	<i>≥65</i>	2458	15,1
Eğitim Durumu	<i>Eğitim Almayanlar</i>	2175	13,4
	<i>İlköğretim</i>	7795	48,0
	<i>Lise ve Ön lisans</i>	4150	25,5
	<i>Lisans ve Lisansüstü</i>	2133	13,1
Medeni Durum	<i>Bekâr</i>	4541	27,9
	<i>Evli</i>	11.712	72,1
Sağlık Statüsü	<i>İyi</i>	9240	56,8
	<i>Orta</i>	5134	31,6
	<i>Kötü</i>	1879	11,6
Fiziksel Aktivite	<i>Evet</i>	1224	7,5
	<i>Hayır</i>	15.029	92,5
Güvenilir Yakın (Sosyal Destek)	<i>Yok</i>	895	5,5
	<i>1-2 kişi</i>	5969	36,7
	<i>3 kişi ve üzeri</i>	9389	57,8
Sosyal Güvence (SGK)	<i>Var</i>	14.965	92,1
	<i>Yok</i>	1288	7,9
TOPLAM		16.253	100,0

Tablo 6’da Türkiye Sağlık Araştırması’na katılan ve tansiyon ölçtürme koruyucu sağlık hizmeti kullanımının belirleyicilerine yönelik analizlere dâhil edilen katılımcıların tanımlayıcı özellikleri yer almaktadır. Katılımcıların cinsiyete göre dağılımları

incelendiğinde, %54,6'sının kadın katılımcılardan oluşturduğu görülmektedir. Çalışma kapsamına alınan bireylerin yaş grupları incelendiğinde katılımcıların %11,7'sinin 18-24 yaş aralığında; %20,9'unun 35-44 yaş aralığında; %15,1'inin 65 yaş ve üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların eğitim düzeyine göre dağılımı incelendiğinde, %48 oranı ile ilköğretim mezunu yoğunluğunun olduğu görülmektedir. Buna karşın katılımcıların %13,4'ünün eğitim almadığı tespit edilerek %25,5'inin lise ve ön lisans mezunu, %13,1'inin lisans ve lisansüstü mezunu olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %72,1'i evli, %27,9'u bekardır.

Sağlık statüsü değişkeni incelendiğinde, katılımcıların %56,8 ile yarısından fazlası genel sağlık statüsünün iyi olduğunu belirtirken %31,6'sı orta; %11,6'sı kötü düzeyde sağlık statüsüne sahip olduğunu bildirmiştir. Katılımcıların %92,5'i ise fiziksel aktivite yapmamaktadır. Katılımcıların %57,8'inin ihtiyaç duymaları halinde güvenebileceği 3 veya daha fazla sayıda güvenilir yakını olmasına karşın %36,7'sinin 1 veya 2 yakını olduğu; %5,5'inin ise güvenebileceği herhangi bir yakını olmadığı görülmüştür. SGK bünyesinde sosyal güvence kapsamında olma duruma göre dağılımlar incelendiğinde, katılımcıların %92,1'inin sosyal güvencesinin olduğu anlaşılmaktadır.

Analizlere dâhil edilen katılımcıların demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durumu), sağlık durumu (sağlık statüleri), sağlık davranışları (fiziksel aktivite), sosyal destek alıp almamaları (güvenilir yakın) ve sağlık hizmetlerine erişimlerine (sosyal güvence) göre tansiyon ölçtürme koruyucu sağlık hizmetini kullanma durumları Tablo 7'de yer almaktadır. Buna göre analizlere dâhil edilen 18 yaş ve üzerindeki katılımcıların %88,6'sı tansiyon ölçtürmüştür (n=14400).

Tablo 7. Tansiyon Ölçtürme Hizmetinin Kullanımı (n=16.253)

Değişkenler		Evet (n=14400)		Hayır (n=1853)		χ^2/ p
		N	%	N	%	
Cinsiyet	<i>Erkek</i>	6273	85,0	1106	15,0	$\chi^2=172,197$ p<0,001
	<i>Kadın</i>	8127	91,6	747	8,4	
Yaş	<i>18-24</i>	1312	69,1	587	30,9	$\chi^2=1054,456$ p<0,001
	<i>25-34</i>	2618	85,3	452	14,7	
	<i>35-44</i>	3033	89,3	362	10,7	
	<i>45-54</i>	2668	91,4	250	8,6	
	<i>55-64</i>	2367	94,2	146	5,8	
	<i>≥65</i>	2402	97,7	56	2,3	
Eğitim Durumu	<i>Eğitim Almayanlar</i>	2033	93,5	142	6,5	$\chi^2=137,535$ p<0,001
	<i>İlköğretim</i>	6978	89,5	817	10,5	
	<i>Lise ve Ön lisans</i>	3494	84,2	656	15,8	
	<i>Lisans ve Lisansüstü</i>	1895	88,8	238	11,2	
Medeni Durum	<i>Bekâr</i>	3652	80,4	889	19,6	$\chi^2=417,049$ p<0,001
	<i>Evli</i>	10748	91,8	964	8,2	
Sağlık Statüsü	<i>İyi</i>	7771	84,1	1469	15,9	$\chi^2=430,831$ p<0,001
	<i>Orta</i>	4836	94,2	298	5,8	
	<i>Kötü</i>	1793	95,4	86	4,6	
Fiziksel Aktivite	<i>Evet</i>	1060	86,6	164	13,4	$\chi^2=5,230$ p=0,013
	<i>Hayır</i>	1334	88,8	1689	11,2	
Güvenilir Yakın (Sosyal Destek)	<i>Yok</i>	772	86,3	123	13,7	$\chi^2=9,620$ p=0,008
	<i>1-2 kişi</i>	5256	88,1	713	11,9	
	<i>3 kişi ve üzeri</i>	8372	89,2	1017	10,8	
Sosyal Güvence (SGK)	<i>Var</i>	1340	89,5	1565	10,5	$\chi^2=166,328$ p<0,001
	<i>Yok</i>	1000	77,6	288	22,4	

Tablo 7’de yer alan bulgulara göre, 18 yaş ve üzerindeki katılımcıların tansiyon ölçtürme kararlarının cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, sağlık statüsü, fiziksel aktivite yapma durumu, sosyal destek ve sosyal güvenceye sahip olma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular, kadın katılımcıların tansiyon ölçtürme oranının erkek katılımcılara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir ($\chi^2=172,197$; $p\leq 0,05$). Ayrıca 55-64 yaş grubundaki katılımcılar ile 65 yaş ve üstü katılımcıların tansiyon ölçtürme oranının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir ($\chi^2=1054,456$; $p\leq 0,05$). Eğitimsiz katılımcıların diğer eğitim düzeylerine göre ($\chi^2=137,535$; $p\leq 0,05$); evli katılımcıların bekârlara göre ($\chi^2=417,049$; $p\leq 0,05$); sağlık statüsü kötü olanların iyi ve orta olanlara

göre ($\chi^2=430,831$; $p\leq 0,05$); fiziksel aktivite yapmayanların yapanlara göre ($\chi^2=5,230$; $p\leq 0,05$), 3 ve daha fazla sayıda güvenilir yakına sahip olanların diğer sosyal destek gruplarına göre ($\chi^2=9,620$; $p\leq 0,05$) ve SGK bünyesinde sosyal güvenceye sahip olanların olmayanlara göre daha yüksek oranda tansiyon ölçtürdüğü ($\chi^2=166,328$; $p\leq 0,05$) belirlenmiştir.

3.2.2. Araştırma Hipotezlerine İlişkin Bulgular

Tablo 8’de, bireylerin tansiyon ölçtürme davranışlarını etkileyen değişkenlere (demografik, sağlık statüsü, sağlık davranışı, sosyal destek ve sağlık hizmetlerine erişim) ilişkin yürütülen lojistik regresyon analizi sonuçları yer almaktadır. Oluşturulan lojistik regresyon modelinin yeterliği ve uyum iyiliği incelendiğinde, katılımcılara ilişkin çeşitli değişkenlerin tansiyon ölçtürme üzerindeki etkisini ortaya koyan modelin açıklama (Nagelkerke R^2) yüzdesi 0,164’tür. Modelin veriye uyumunu gösteren Hosmer-Lemeshow istatistiğine göre model veriye uyum göstermektedir ($p\geq 0,05$) ve modelin doğru sınıflandırma yüzdesi %88,5’tir.

Tablo 8. Tansiyon Ölçtürme ve Belirleyicilerine Yönelik Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

	%95 G.A. için						
	B	SH	df	p	Odds Oranı	Odds Oranı E.D.	Odds Oranı E.Y.
İçsel Bireysel Faktörler							
Cinsiyet							
Erkek (referans)							
Kadın	,617	,054	1	<,001	1,854	1,666	2,062
Yaş							
18-24 (referans)							
25-34	,597	,081	1	<,001	1,817	1,549	2,132
35-44	,825	,089	1	<,001	2,281	1,914	2,719
45-54	,992	,099	1	<,001	2,695	2,219	3,274
55-64	1,373	,114	1	<,001	3,945	3,158	4,930
≥65	2,432	,159	1	<,001	11,385	8,344	15,535
Eğitim Durumu							
Eğitim almayanlar (referans)							
İlköğretim	,199	,104	1	,056	1,221	,995	1,498
Lise ve Ön lisans	,351	,112	1	,002	1,421	1,142	1,769
Lisans ve Lisansüstü	,544	,125	1	<,001	1,723	1,348	2,202
Medeni Durum							
Bekâr (referans)							
Evli	,641	,065	1	<,001	1,897	1,671	2,154
İçsel Toplumsal Faktörler							
Sağlık Statüsü							
İyi (referans)							
Orta	,692	,071	1	<,001	1,998	1,739	2,296
Kötü	,675	,124	1	<,001	1,963	1,538	2,505
Fiziksel Aktivite							
Evet	,347	,095	1	<,001	1,415	1,174	1,704
Hayır (Referans)							
İçsel Toplumsal Faktörler							
Güvenilir Yakın (Sosyal Destek)							
Yok (referans)							
1-2 kişi	,071	,112	1	,525	1,073	,863	1,336
3 kişi ve üzeri	,230	,110	1	,036	1,258	1,015	1,560
Dışsal Toplumsal Faktörler							
Sosyal Güvence (SGK)							
Var	,443	,078	1	<,001	1,558	1,336	1,816
Yok (referans)							
Sabit	-,587	,165	1	,000	,556		

Nagelkerke R²: 0,164; Hosmer-Lemeshow: 6,070; p=0,639; Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: %88,5

Lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre cinsiyet değişkeni tansiyon ölçtürmeyi etkilemektedir ve referans kategori olan erkeklerle kıyaslandığında kadın katılımcıların tansiyon ölçtürme koruyucu sağlık hizmetini 1,854 kat daha fazla kullandığı ve sonuçların istatistiki açıdan anlamlı olduğu ($p \leq 0,05$) tespit edilmiştir. Yaş grupları arasında, tansiyon ölçtürme oranı referans kategori olan 18-24 yaş grubundaki katılımcılara göre, 25-34 yaş grubundaki katılımcıların 1,817 kat, 35-44 yaş grubundaki katılımcıların 2,281 kat, 45-54 yaş grubundaki katılımcıların 2,695 kat, 55-64 yaş grubundaki katılımcıların 3,945 kat ve 65 yaş üstü katılımcıların ise 11,385 kat daha fazla olduğu belirlenmiş olup sonuçlar istatistiki açıdan anlamlı bulunmuştur ($p \leq 0,05$).

Araştırma katılımcılarının eğitim düzeyi de tansiyon ölçtürmeyi etkilemektedir. Eğitim almayan katılımcılara göre, lise ve ön lisans mezunu katılımcılarda tansiyon ölçtürme koruyucu sağlık hizmeti 1,421 kat ve lisans ve lisansüstü eğitim mezunu olan katılımcılarda 1,723 kat daha fazla kullanılmaktadır ve sonuçlar istatistiki açıdan anlamlıdır ($p \leq 0,05$). Medeni durum, tansiyon ölçtürmeyi etkilemektedir ve elde edilen odds oranı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p \leq 0,05$). Buna göre, bekârlara göre evliler 1,897 kat daha fazla tansiyon ölçtürmektedir.

Tansiyon ölçtürmeyi etkileyen bir diğer önemli değişken sağlık statüsüdür. Referans kategori olan sağlık statüsü iyi olan katılımcılarla kıyaslandığında sağlık statüsü orta olan katılımcıların 1,998 kat ve sağlık statüsü kötü olan katılımcıların 1,963 kat daha fazla tansiyon ölçtürdüğü saptanmıştır ve ulaşılan odds oranları istatistiksel olarak anlamlıdır ($p \leq 0,05$). Fiziksel aktivite yapmayan katılımcılara göre, fiziksel aktivite yapan katılımcılarda tansiyon ölçtürme durumu 1,415 kat daha fazladır ve hesaplanan odds oranı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p \leq 0,05$). Sosyal destek alınabilecek güvenilir kişi sayısı da tansiyon ölçtürme üzerinde etkilidir. Referans kategori olan herhangi bir güvenilir yakına sahip olmayan katılımcılara göre, 3 veya daha fazla güvenilir yakına sahip olan katılımcıların 1,258 kat daha fazla tansiyon ölçtürdüğü tespit edilmiş olup hesaplanan odds oranları istatistiksel olarak anlamlıdır ($p \leq 0,05$). SGK bünyesinde sosyal güvence kapsamında olma da tansiyon ölçtürme hizmeti kullanımını etkilemektedir. Sosyal güvence kapsamında olmayan katılımcılara göre kapsamda olan katılımcılarda tansiyon ölçtürme 1,558 kat istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yüksektir ($p \leq 0,05$).

Lojistik regresyon analizinden elde edilen diğer bulgulara göre, tansiyon ölçtürme oranı ilköğretim mezunlarında eğitim almayanlara göre 1,221 kat ve 1 veya 2 güvenilir yakını olan katılımcılarda hiç sosyal desteği olmayanlara göre 1,073 kat daha yüksek olmasına rağmen sonuçlar istatistiki açıdan anlamlı ($p>0,05$) değildir.

3.3. Kolesterol Öltürme ve Belirleyicilerine Yönelik Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde Türkiye Sağlık Araştırmasına katılan ve kolesterol ölçtürme analizlerine dâhil edilen 35 yaş ve üzerindeki katılımcıların ($n=11.284$) tanımlayıcı özellikleri, kolesterol ölçtürme durumları ve kolesterol ölçtürme koruyucu sağlık hizmeti kullanımında etkili olan faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan analiz sonuçları yer almaktadır.

3.3.1. Kolesterol Öltürme Hizmetinin Kullanımına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Kolesterol ölçtürme koruyucu sağlık hizmeti kullanımı ve belirleyicilerine yönelik analizlere dâhil edilen 35 yaş ve üzerindeki katılımcıların ($n=11.284$) tanımlayıcı özellikleri Tablo 9’da sunulmaktadır.

Tablo 9. Kolesterol Ölçtürme Hizmeti ile İlgili Analizlere Dâhil Edilen Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri (n=11.284)

Değişkenler		n	%
Cinsiyet	<i>Erkek</i>	5113	45,3
	<i>Kadın</i>	6171	54,7
Yaş	<i>35-44</i>	3395	30,1
	<i>45-54</i>	2918	25,8
	<i>55-64</i>	2513	22,3
	<i>≥65</i>	2458	21,8
Eğitim Durumu	<i>Eğitim Almayanlar</i>	1923	17,0
	<i>İlköğretim</i>	6171	54,7
	<i>Lise ve Ön lisans</i>	2062	18,3
	<i>Lisans ve Lisansüstü</i>	1128	10,0
Medeni Durum	<i>Bekâr</i>	2090	18,5
	<i>Evli</i>	9194	81,5
Sağlık Statüsü	<i>İyi</i>	5224	46,3
	<i>Orta</i>	4303	38,1
	<i>Kötü</i>	1757	15,6
Fiziksel Aktivite	<i>Evet</i>	614	5,4
	<i>Hayır</i>	10.670	94,6
Güvenilir Yakın (Sosyal Destek)	<i>Yok</i>	618	5,5
	<i>1-2 kişi</i>	4193	37,1
	<i>3 kişi ve üzeri</i>	6473	57,4
Sosyal Güvence (SGK)	<i>Var</i>	10.616	94,1
	<i>Yok</i>	668	5,9
TOPLAM		11.284	100,0

Tablo 9'a göre, analizlere dâhil edilen 35 yaş ve üzerindeki 11.284 katılımcının %54,7'sinin kadın katılımcılardan oluştuğu görülmektedir. Yaş açısından, en fazla katılımcı 35-44 (%30,1) yaş aralığındadır. En düşük orana sahip yaş kategorisi ise %21,8 ile 65 yaş ve üstü bireylerden oluşmaktadır. Eğitim durumuna göre dağılımlar incelendiğinde, analizlere dâhil edilen bireylerin %54,7'sinin ilköğretim mezunu; %18,3'ünün lise veya ön lisans mezunu ve %10'unun lisans ve lisansüstü eğitim mezunu olduğu görülmektedir. Eğitim almayan katılımcıların oranı ise %17'dir. Katılımcıların %81,5'i evlidir. Sağlık statüsü değişkenine göre dağılımlar incelendiğinde, katılımcıların %46,3'ünün genel sağlık statüsünün iyi, %38,1'inin orta ve %15,6'sının kötü düzeyde olduğu belirlenmiştir. Fiziksel aktivite açısından bakıldığında, katılımcıların yalnızca %5,4'ü fiziksel aktivite yapmaktadır.

Tablo 9'a göre araştırmaya katılan bireylerin ihtiyaç duyduğunda sosyal destek alabileceği güvenilir yakın sayıları incelendiğinde, katılımcıların %5,5'inin güvenilir bir yakını olmadığı; %37,1'inin 1 veya 2 ve %57,4'ünün 3 veya daha fazla sayıda güvenilir yakına sahip olduğu görülmektedir. SGK bünyesinde sosyal güvence kapsamında olmayan katılımcıların oranı ise %5,9'dur.

Kolesterol ölçtürme koruyucu sağlık hizmetinin kullanımı ve belirleyicilerine yönelik analizlere dâhil edilen katılımcıların çalışmanın bağımsız değişkenlerini oluşturan faktörlere göre kolesterol ölçtürme durumlarına ilişkin bulgular Tablo 10'da yer almaktadır. Analizlere dâhil edilen 35 yaş ve üzerindeki katılımcıların %83,7'si kolesterol ölçtürmüştür (n=9450).

Tablo 10. Kolesterol Ölçtürme Hizmetinin Kullanımı (n=11.284)

Değişkenler		Evet (n=9450)		Hayır (n=1834)		χ^2/ p
		N	%	N	%	
Cinsiyet	<i>Erkek</i>	4000	78,2	1113	21,8	$\chi^2=208,910$ p<0,001
	<i>Kadın</i>	5450	88,3	721	11,7	
Yaş	<i>35-44</i>	2567	75,6	828	24,4	$\chi^2=368,421$ p<0,001
	<i>45-54</i>	2387	81,8	531	18,2	
	<i>55-64</i>	2200	87,5	313	12,5	
	<i>≥65</i>	2296	93,4	162	6,6	
Eğitim Durumu	<i>Eğitim Almayanlar</i>	1680	87,4	243	12,6	$\chi^2=37,622$ p<0,001
	<i>İlköğretim</i>	5078	82,3	1093	17,7	
	<i>Lise ve Ön lisans</i>	1711	83,0	351	17,0	
	<i>Lisans ve Lisansüstü</i>	981	87,0	147	13,0	
Medeni Durum	<i>Bekâr</i>	1829	87,5	261	12,5	$\chi^2=26,714$ p<0,001
	<i>Evli</i>	7621	82,9	1573	17,1	
Sağlık Statüsü	<i>İyi</i>	4047	77,5	1177	22,5	$\chi^2=298,468$ p<0,001
	<i>Orta</i>	3783	87,9	520	12,1	
	<i>Kötü</i>	1620	92,2	137	7,8	
Fiziksel Aktivite	<i>Evet</i>	518	84,4	96	15,6	$\chi^2=0,182$ p=0,670
	<i>Hayır</i>	8932	83,7	1738	16,3	
Güvenilir Yakın (Sosyal Destek)	<i>Yok</i>	496	80,3	122	19,7	$\chi^2=11,685$ p=0,003
	<i>1-2 kişi</i>	3475	82,9	718	17,1	
	<i>3 kişi ve üzeri</i>	5479	84,6	994	15,4	
Sosyal Güvence (SGK)	<i>Var</i>	8980	84,6	1636	15,4	$\chi^2=93,493$ p<0,001
	<i>Yok</i>	470	70,4	198	29,6	

Tablo 10'a göre 35 yaş ve üzerindeki katılımcıların kolesterol ölçtürme durumlarının cinsiyete, yaşa, eğitim durumuna, medeni duruma, sağlık statüsüne, sosyal destek ve sosyal güvenceye sahip olmaya göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği görülmektedir. Ki-kare analizleri ile ulaşılan bulgular, kadınların erkeklere göre ($\chi^2=208,910$; $p\leq 0,05$); 65 yaş ve üstü katılımcıların diğer yaş gruplarına göre ($\chi^2=368,421$; $p\leq 0,05$); lisans ve lisansüstü eğitim mezunlarının eğitimi olmayan ve diğer eğitim düzeyleri mezunlarına göre ($\chi^2=37,622$; $p\leq 0,05$); bekar katılımcıların evli katılımcılara göre ($\chi^2=26,714$; $p\leq 0,05$); sağlık statüsü kötü olanların iyi ve orta olanlara göre ($\chi^2=298,468$; $p\leq 0,05$); 3 veya daha fazla sayıda güvenilir yakını olanların hiç sosyal desteği olmayan ve 1 veya 2 güvenilir yakına sahip olanlara göre ($\chi^2=11,685$; $p\leq 0,05$); SGK bünyesinde sosyal güvencesi olanların olmayanlara göre ($\chi^2=93,493$; $p\leq 0,05$) kolesterol ölçtürme oranının daha fazla olduğunu göstermektedir.

3.3.2. Araştırma Hipotezlerine İlişkin Bulgular

Tablo 11'de analizlere dâhil edilen katılımcıların bireysel, toplumsal ve sisteme yönelik özelliklerinin kolesterol ölçtürme koruyucu sağlık hizmeti kullanımı üzerinde etkili olup olmadığını ortaya koymak amacıyla yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları sunulmaktadır. Tablo 11'e göre lojistik regresyon modelinin yeterliliği ve uyum iyiliği incelendiğinde, kolesterol ölçtürme koruyucu sağlık hizmeti kullanımını etkileyen değişkenlere yönelik oluşturulan modelin açıklama (Nagelkerke R^2) yüzdesi 0,129 olup Hosmer-Lemeshow istatistiği modelin verilere uygun olduğunu göstermektedir ($p\geq 0,05$). Analizin doğru sınıflandırma yüzdesi %83,8'dir.

Tablo 11. Kolesterol Ölçtürme ve Belirleyicilerine Yönelik Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımsız Değişkenler	B	SH	df	p	%95 G.A. için		
					Odds Oranı	Odds E.D.	Odds Oranı E.Y.
İçsel Bireysel Faktörler							
Cinsiyet							
Erkek (referans)							
Kadın	,828	,057	1	<,001	2,290	2,046	2,562
Yaş							
35-44 (referans)							
45-54	,381	,066	1	<,001	1,463	1,287	1,665
55-64	,805	,077	1	<,001	2,237	1,923	2,602
≥65	1,527	,101	1	<,001	4,606	3,777	5,617
Eğitim Durumu							
Eğitim almayanlar (referans)							
İlköğretim	,445	,087	1	<,001	1,561	1,315	1,852
Lise ve Ön lisans	,835	,105	1	<,001	2,304	1,874	2,831
Lisans ve Lisansüstü	1,236	,128	1	<,001	3,443	2,680	4,423
Medeni Durum							
Bekâr (referans)							
Evli	,068	,078	1	,379	1,071	,919	1,247
Dışsal Bireysel Faktörler							
Sağlık Statüsü							
İyi (referans)							
Orta	,578	,061	1	<,001	1,782	1,581	2,009
Kötü	,926	,103	1	<,001	2,523	2,063	3,087
Fiziksel Aktivite							
Evet	,245	,121	1	,043	1,278	1,008	1,620
Hayır (Referans)							
İçsel Toplumsal Faktörler							
Güvenilir Yakın (Sosyal Destek)							
Yok (referans)							
1-2 kişi	,083	,115	1	,471	1,086	,867	1,360
3 kişi ve üzeri	,188	,113	1	,095	1,207	,968	1,505
Dışsal Toplumsal Faktörler							
Sosyal Güvence (SGK)							
Var	,533	,094	1	<,001	1,704	1,416	2,050
Yok (referans)							
Sabit	-,804	,175	1	<,001	,447		
Nagelkerke R ² : ,129; Hosmer-Lemeshow: 12,798; p=0,119; Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: %83,8							

Cinsiyetin kolesterol ölçtürme koruyucu sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki etkisine bakıldığında, referans kategori erkek katılımcılar ile kıyaslandığında kadın katılımcıların

2,290 kat daha fazla kolesterol ölçtürdüğü ve ulaşılan odds oranının istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($p \leq 0,05$) saptanmıştır. Yaşa göre incelendiğinde, yaş arttıkça kolesterol ölçtürme olasılığının da arttığı görülmektedir. Referans alınan 35-44 yaş aralığındaki katılımcılara göre 45-54 yaş aralığındaki katılımcılar 1,463 kat; 55-64 yaş aralığındaki katılımcılar 2,237 kat; 65 yaş ve üstündeki katılımcılar ise 4,606 kat daha fazla kolesterol ölçtürmektedir ve elde edilen bulgular istatistiki açıdan anlamlıdır ($p \leq 0,05$). Kolesterol ölçtürme koruyucu sağlık hizmeti kullanımı katılımcıların eğitim düzeylerine göre incelendiğinde, referans kategori eğitim almayanlara göre ilköğretim mezunlarının 1,561 kat; lise ve ön lisans mezunlarının 2,304 kat; lisans ve lisansüstü mezunlarının ise 3,434 kat daha fazla kolesterol ölçtürdüğü ve elde edilen sonuçların istatistiki açıdan anlamlı olduğu ($p \leq 0,05$) görülmektedir.

Sağlık statüsü de kolesterol ölçtürme koruyucu sağlık hizmeti kullanımını etkilemektedir. Kolesterol ölçtürme, sağlık statüsü iyi olan katılımcılarla kıyaslandığında orta olan katılımcılarda 1,782 kat; kötü olan katılımcılarda ise 2,523 kat daha yüksektir ve hesaplanan odds oranları istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p \leq 0,05$). Katılımcıların fiziksel aktivite yapıp yapmama durumuna göre kolesterol ölçtürme düzeyleri incelendiğinde, fiziksel aktivite yapan katılımcıların yapmayanlara göre 1,278 kat daha fazla kolesterol ölçtürdüğü ve elde edilen sonuçların istatistiki açıdan anlamlı olduğu görülmektedir ($p \leq 0,05$). Analizlere dâhil edilen bireylerin SGK bünyesinde sosyal güvence kapsamında olma durumu da kolesterol ölçtürme davranışını etkilemektedir. Sosyal güvence kapsamında olmayan katılımcılara göre sosyal güvencesi olan katılımcıların kolesterol ölçtürme oranı 1,704 kat daha yüksektir ve elde edilen bu bulgu istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p \leq 0,05$).

Medeni durum açısından kolesterol ölçtürme düzeyi incelendiğinde, bekarlara kıyasla evlilerin 1,071 kat daha fazla kolesterol ölçtürdüğü sonucu elde edilmesine rağmen sonuçlar istatistiki açıdan anlamlı ($p > 0,05$) bulunmamıştır. Aynı şekilde, sosyal destek anlamında güvenebileceği herhangi bir yakını olmayan katılımcılarla kıyaslandığında 1 veya 2 yakını olan katılımcıların 1,086 kat; 3 veya daha fazla sayıda yakını olan katılımcıların 1,207 kat daha fazla kolesterol ölçümü yaptırdığı tespit edilmesine rağmen elde edilen odds oranları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$).

3.4. Kan Şekeri Ölçtürme ve Belirleyicilerine Yönelik Bulgular

Bu bölümde, öncelikle çalışmanın bir diğer bağımlı değişkeni olan kan şekeri ölçtürme ve belirleyicilerine yönelik analizlere dâhil edilen 45 yaş ve üzerindeki katılımcıların (n=7889) tanımlayıcı özellikleri sunulmuştur. Ardından katılımcıların kan şekeri ölçtürme durumlarına ilişkin analiz sonuçları ve içsel bireysel, dışsal bireysel, içsel toplumsal ve dışsal toplumsal faktörlerin kan şekeri ölçtürme üzerindeki etkisini ortaya koymak amacıyla yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları yer almaktadır.

3.4.1. Kan Şekeri Ölçtürme Hizmetinin Kullanımına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Kan şekeri ölçtürme koruyucu sağlık hizmetinin kullanımı ve belirleyicilerine ilişkin analizlere dâhil edilen 45 yaş ve üzerindeki katılımcıların (n=7889) çeşitli faktörlere göre dağılımları Tablo 12’de sunulmaktadır.

Tablo 12. Kan Şekeri Ölçtürme Hizmeti ile İlgili Analizlere Dâhil Edilen Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri (n=7889)

Değişkenler		N	%
Cinsiyet	<i>Erkek</i>	3560	45,1
	<i>Kadın</i>	4329	54,9
Yaş	<i>45-54</i>	2918	37,0
	<i>55-64</i>	2513	31,8
	<i>≥65</i>	2458	31,2
Eğitim Durumu	<i>Eğitim Almayanlar</i>	1711	21,6
	<i>İlköğretim</i>	4523	57,3
	<i>Lise ve Ön lisans</i>	1107	14,0
	<i>Lisans ve Lisansüstü</i>	548	6,9
Medeni Durum	<i>Bekâr</i>	1629	20,6
	<i>Evli</i>	6260	79,4
Sağlık Statüsü	<i>İyi</i>	3006	38,1
	<i>Orta</i>	3310	42,0
	<i>Kötü</i>	1573	19,9
Fiziksel Aktivite	<i>Evet</i>	314	4,0
	<i>Hayır</i>	7575	96,0
Güvenilir Yakın (Sosyal Destek)	<i>Yok</i>	420	5,3
	<i>1-2 kişi</i>	2905	36,8
	<i>3 kişi ve üzeri</i>	4564	57,9
Sosyal Güvence (SGK)	<i>Var</i>	7555	95,8
	<i>Yok</i>	334	4,2
TOPLAM		7889	100,0

Tablo 12'ye göre cinsiyete göre dağılımlar incelendiğinde, katılımcıların %54,9 ile çoğunluğunun kadın katılımcılardan oluştuğu görülmektedir. Katılımcıların %37'si 45-54 yaş aralığındadır. Bunu sırasıyla %31,8 ile 55-64 yaş aralığındaki ve %31,2 ile 65 yaş ve üzerindeki katılımcılar takip etmektedir. Katılımcıların %57,3'ünün ilköğretim mezunu olduğu ve bunu %21,6 ile eğitim almayanların takip ettiği tespit edilmiştir. Lise ve ön lisans mezunu olan katılımcıların oranı %14; lisans ve lisansüstü mezunlarının oranı ise %6,9'dur. Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında %79,4'ü evlidir.

Analizlere dâhil edilen katılımcıların %42'sinin genel sağlık statüsünün orta; %38,1'inin iyi; %19,9'unun ise kötü olduğunu belirlenmiştir. Fiziksel aktivite değişkeni incelendiğinde, katılımcıların %96'sının fiziksel aktivite yapmadığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların %5,3'ünün herhangi bir sosyal desteğinin olmadığı; %36,8'inin sosyal destek alabileceği güvenilir 1 veya 2 yakını olduğu; %57,9'unun ise 3 veya daha fazla sayıda güvenilir yakına sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların sosyal güvence durumlarına göre dağılımı incelendiğinde, %95,8 oranı ile SGK bünyesinde sosyal güvence kapsamında olan katılımcıların çoğunluğu oluşturduğu görülmektedir.

Çalışmanın bağımsız değişkenlerini oluşturan faktörlere göre kan şekeri ölçtürme koruyucu sağlık hizmeti kullanımına ilişkin bulgular Tablo 13'te yer almaktadır. Analizlere dâhil edilen 45 yaş ve üzerindeki katılımcıların %88,9'u kan şekeri ölçtürmüştür (n=7015).

Tablo 13. Kan Şekeri Ölçtürme Hizmetinin Kullanımı (n=7889)

Değişkenler		Evet (n=7015)		Hayır (n=874)		χ^2/ p
		N	%	N	%	
Cinsiyet	<i>Erkek</i>	3003	84,4	557	15,6	$\chi^2=137,378$ p<0,001
	<i>Kadın</i>	4012	92,7	317	7,3	
Yaş	<i>45-54</i>	2461	84,3	457	15,7	$\chi^2=131,343$ p<0,001
	<i>55-64</i>	2239	89,1	274	10,9	
	<i>≥65</i>	2315	94,2	143	5,8	
Eğitim Durumu	<i>Eğitim Almayanlar</i>	1577	92,2	134	7,8	$\chi^2=48,087$ p<0,001
	<i>İlköğretim</i>	3942	87,2	581	12,8	
	<i>Lise ve Ön lisans</i>	980	88,5	127	11,5	
	<i>Lisans ve Lisansüstü</i>	516	94,2	32	5,8	
Medeni Durum	<i>Bekâr</i>	1503	92,3	126	7,7	$\chi^2=23,301$ p<0,001
	<i>Evli</i>	5512	88,1	748	11,9	
Sağlık Statüsü	<i>İyi</i>	2486	82,7	520	17,3	$\chi^2=196,227$ p<0,001
	<i>Orta</i>	3046	92,0	264	8,0	
	<i>Kötü</i>	1483	94,3	90	5,7	
Fiziksel Aktivite	<i>Evet</i>	280	89,2	34	10,8	$\chi^2=0,021$ p=0,885
	<i>Hayır</i>	6735	88,9	840	11,1	
Güvenilir Yakın (Sosyal Destek)	<i>Yok</i>	351	83,6	69	16,4	$\chi^2=18,349$ p<0,001
	<i>1-2 kişi</i>	2561	88,2	344	11,8	
	<i>3 kişi ve üzeri</i>	4103	89,9	461	10,1	
Sosyal Güvence (SGK)	<i>Var</i>	6746	89,3	809	10,7	$\chi^2=24,875$ p<0,001
	<i>Yok</i>	269	80,5	65	19,5	

Tablo 13'te ulaşılan bulgulara göre analizlere dâhil edilen bireylerin kan şekeri ölçtürme kararlarının cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, sağlık statüsü, sosyal destek ve

sosyal güvenceye sahip olma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir ($p \leq 0,05$). Kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre ($\chi^2=137,378$; $p \leq 0,05$); 65 yaş ve üzerindeki katılımcıların 45-54 yaş ve 55-64 yaş aralığındaki katılımcılara göre ($\chi^2=131,343$; $p \leq 0,05$); lisans ve lisansüstü mezunlarının eğitimi olmayan, ilköğretim mezunu ve lise ve ön lisans mezunlarına göre ($\chi^2=48,087$; $p \leq 0,05$); bekar katılımcıların evlilere göre ($\chi^2=23,301$; $p \leq 0,05$) sağlık statüsü kötü olanların iyi ve orta olanlara göre ($\chi^2=196,227$; $p \leq 0,05$); 3 veya daha fazla sayıda güvenilir yakını olanların sosyal desteği hiç olmayan ve 1 veya 2 güvenilir yakını olanlara göre ($\chi^2=18,349$; $p \leq 0,05$) ve SGK bünyesinde sosyal güvenceye sahip olanların olmayanlara göre ($\chi^2=24,875$; $p \leq 0,05$) kan şekeri ölçtürme oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

3.4.2. Araştırma Hipotezlerine İlişkin Bulgular

Türkiye Sağlık Araştırmasına katılan 45 yaş ve üzerindeki bireylerin kan şekeri ölçtürme davranışlarında etkili olan değişkenlerin (cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, sağlık statüsü, fiziksel aktivite, güvenilir yakın, sosyal güvence) belirlenmesi amacıyla yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları Tablo 14'te yer almaktadır. Oluşturulan lojistik regresyon analizi modelinin yeterliliği ve uyum iyiliği incelendiğinde, modelin açıklama (Nagelkerke R^2) yüzdesi 0,116 olup Hosmer-Lemeshow değeri modelin veriye uyumlu olduğunu göstermektedir ($p \geq 0,05$). Modelin doğru sınıflandırma yüzdesi %88,9'dur.

Tablo 14. Kan Şekeri Ölçtürme ve Belirleyicilerine Yönelik Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımsız Değişkenler	B	SH	df	p	Odds Oranı	%95 G.A. için	
						E.D.	E.Y.
İçsel Bireysel Faktörler							
Cinsiyet							
Erkek (referans)							
Kadın	,865	,083	1	<,001	2,376	2,019	2,795
Yaş (yıl)							
45-54 (referans)							
55-64	,365	,085	1	<,001	1,441	1,219	1,703
≥65	1,010	,111	1	<,001	2,745	2,209	3,411
Eğitim Durumu							
Eğitim almayanlar (referans)							
İlköğretim	,225	,114	1	,048	1,252	1,002	1,565
Lise ve Ön lisans	,602	,147	1	<,001	1,825	1,368	2,435
Lisans ve Lisansüstü	1,453	,219	1	<,001	4,278	2,787	6,566
Medeni Durum							
Bekâr (referans)							
Evli	,062	,110	1	,575	1,064	,858	1,319
Dışsal Bireysel Faktörler							
Sağlık Statüsü							
İyi (referans)							
Orta	,775	,084	1	<,001	2,171	1,842	2,559
Kötü	1,036	,127	1	<,001	2,819	2,198	3,614
Fiziksel Aktivite							
Evet	,150	,195	1	,440	1,162	,793	1,703
Hayır (Referans)							
İçsel Toplumsal Faktörler							
Güvenilir Yakın (Sosyal Destek)							
Yok (referans)							
1-2 kişi	,294	,150	1	,051	1,342	,999	1,802
3 kişi ve üzeri	,499	,148	1	,001	1,647	1,233	2,201
Dışsal Toplumsal Faktörler							
Sosyal Güvence (SGK)							
Var	,465	,152	1	,002	1,591	1,181	2,144
Yok (referans)							
Sabit	-,320	,244	1	,190	,726		

Nagelkerke R²: ,116; Hosmer-Lemeshow: 11,132; p=0,194 ; Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: %88,9

Analiz sonuçları, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, sağlık statüsü, güvenilir yakın ve sosyal güvenceye sahip olma durumunun kan şekeri ölçtürme üzerinde etkili olduğunu göstermektedir ($p \leq 0,05$). Cinsiyete göre incelendiğinde, kadın katılımcıların referans kategori olan erkek katılımcılara göre 2,376 kat daha fazla kan şekeri ölçtürdüğü ve bulunan sonucun istatistiki açıdan anlamlı olduğu ($p \leq 0,05$) tespit edilmiştir. Yaş grupları arasından referans kategori olan 45-54 yaş grubundaki katılımcılara kıyasla 55-64 yaş grubundaki katılımcılar 1,441 kat; 65 yaş ve üstündeki katılımcılar ise 2,745 kat daha kan şekeri ölçtürmektedir ve bu bulgu istatistiksel olarak anlamlıdır ($p \leq 0,05$). Araştırma katılımcılarının eğitim düzeyi de kan şekeri ölçtürme koruyucu sağlık hizmetinin kullanımını etkilemektedir. Referans kategori olan eğitim almayanlar ile kıyaslandığında ilköğretim mezunlarında kan şekeri ölçtürme oranında 1,252 kat; lise ve ön lisans mezunlarında 1,825 kat; lisans ve lisansüstü mezunlarında ise 4,278 kat istatistiksel açıdan anlamlı ($p \leq 0,05$) bir yükseklik söz konusudur.

Kan şekeri ölçtürme sağlık statüsü açısından değerlendirildiğinde, referans kategori sağlık statüsü iyi olanlara göre orta olanların 2,171 kat, kötü olanların ise 2,819 kat daha fazla kan şekeri ölçtürdüğü ve ulaşılan odds oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı ($p \leq 0,05$) olduğu görülmektedir. Herhangi bir sosyal desteği olmayan katılımcılar ile kıyaslandığında 3 veya daha fazla sayıda güvenilir yakına sahip olan katılımcıların 1,647 kat; SGK bünyesinde sosyal güvence kapsamında olmayanlara kıyasla sosyal güvenceye sahip olan katılımcıların 1,591 kat daha fazla kan şekeri ölçtürdüğü tespit edilmiş ve ulaşılan bulgular istatistiksel açıdan anlamlı ($p \leq 0,05$) bulunmuştur.

Medeni durum ve fiziksel aktivite değişkenleri açısından kan şekeri ölçtürme durumu istatistiki olarak anlamlı ($p > 0,05$) bulunmamasına rağmen evlilerin bekarlara göre 1,064 kat; fiziksel aktivite yapanların yapmayanlara göre 1,162 kat daha fazla kan şekeri ölçtürdüğü görülmektedir.

3.5. Gaita ile Gizli Kan Testi Yaptırma ve Belirleyicilerine Yönelik Bulgular

Gaita ile gizli kan testi ve kolonoskopi yaptırma koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımı ve belirleyicilerine yönelik analizlere 50 yaş ve üzerindeki katılımcılar (n=6347) dâhil edilmiştir. Her iki bağımlı değişken için araştırmaya dâhil edilen katılımcıların aynı olması nedeniyle Tablo 15’te yer alan tanımlayıcı bulgular her iki bağımlı değişkenin analizi için de geçerlidir. Çalışmanın bu bölümünde analizlere dâhil edilen katılımcıların tanımlayıcı özellikleri, gaita ile gizli kan testi yaptırma durumları ve belirleyicilerine yönelik lojistik regresyon analizi sonuçlarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

3.5.1. Gaita ile Gizli Kan Testi Yaptırma Hizmetinin Kullanımına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Gaita ile gizli kan testi yaptırma koruyucu sağlık hizmetinin kullanımına ilişkin analizlere dâhil edilen katılımcıların (n=6347) demografik özellikleri, sağlık statüsü, sağlık davranışları, sosyal destek ve sosyal güvence durumlarına göre dağılımları Tablo 15’te yer almaktadır.

Tablo 15. Gaita ile Gizli Kan Testi ve Kolonoskopi Yaptırma Hizmetleri ile İlgili Analizlere Dâhil Edilen Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri (n=6347)

Değişkenler		n	%
Cinsiyet	<i>Erkek</i>	2883	45,4
	<i>Kadın</i>	3464	54,6
Yaş	<i>50-59</i>	2752	43,3
	<i>60-69</i>	2061	32,5
	<i>≥70</i>	1534	24,2
Eğitim Durumu	<i>Eğitim Almayanlar</i>	1577	24,9
	<i>İlköğretim</i>	3550	55,9
	<i>Lise ve Ön lisans</i>	832	13,1
	<i>Lisans ve Lisansüstü</i>	388	6,1
Medeni Durum	<i>Bekâr</i>	1451	22,9
	<i>Evli</i>	4896	77,1
Sağlık Statüsü	<i>İyi</i>	2151	33,9
	<i>Orta</i>	2781	43,8
	<i>Kötü</i>	1415	22,3
Fiziksel Aktivite	<i>Evet</i>	225	3,5
	<i>Hayır</i>	6122	96,5
Güvenilir Yakın (Sosyal Destek)	<i>Yok</i>	331	5,2
	<i>1-2 kişi</i>	2330	36,7
	<i>3 kişi ve üzeri</i>	3686	58,1
Sosyal Güvence (SGK)	<i>Var</i>	6134	96,6
	<i>Yok</i>	213	3,4
TOPLAM		6347	100,0

Analizlere dâhil edilen katılımcıların cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde %54,6'sının kadın, %45,4'ünün erkek katılımcılardan oluştuğu görülmektedir. Yaşa göre dağılımlarına bakıldığında, katılımcıların %43,3'ünün 50-59 yaş aralığında, %32,5'inin 60-69 yaş aralığında, %24,2'sinin 70 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir. Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde, %24,9'unun eğitim almadığı ve ilköğretim mezunu katılımcıların %55,9 ile en yüksek orana sahip olduğu görülmektedir. Lise ve ön lisans mezunu katılımcıların oranı %13,1; lisans ve lisansüstü eğitim mezunu katılımcıların oranı ise %6,1'dir.

Sağlık statülerine ilişkin verilen cevaplar incelendiğinde, katılımcıların %43,8'inin sağlık statüsünü orta, %33,9'unun iyi, %22,3'ünün ise genel sağlık statüsünün kötü olduğunu

belirttiği görülmektedir. Katılımcıların sağlık davranışlarına bakıldığında %96,5'inin fiziksel aktivite yapmadığı saptanmıştır. Sosyal destek açısından incelendiğinde, katılımcıların %5,2'si sosyal desteği olmadığını belirtmiştir. %36,7'si ihtiyaç duyduğunda güvenilir 1 ya da 2 yakını olduğunu, %58,1'i 3 veya daha fazla sayıda yakınından sosyal destek alabildiğini belirtmiştir. Ayrıca, araştırmaya katılan 6347 bireyin %96,6 ile tamamına yakınının SGK bünyesinde sosyal güvence kapsamında olduğu görülmektedir.

Analizlere dâhil edilen katılımcıların çeşitli özelliklerine göre gaita ile gizli kan testi yaptırma koruyucu sağlık hizmeti kullanımına ilişkin bulgular Tablo 16'da sunulmaktadır. Buna göre analizlere dâhil edilen 50 yaş ve üzerindeki katılımcıların %47,5'i gaita ile gizli kan testi yaptırmıştır (n=3017).

Tablo 16. Gaita ile Gizli Kan Testi Yaptırma Hizmetinin Kullanımı (n=6347)

Değişkenler		Evet (n=3017)		Hayır (n=3330)		χ^2 / p
		N	%	N	%	
Cinsiyet	<i>Erkek</i>	1366	47,4	1517	52,6	$\chi^2=0,050$ p=0,824
	<i>Kadın</i>	1651	47,7	1813	52,3	
Yaş	<i>50-59</i>	1281	46,5	1471	53,5	$\chi^2=5,933$ p=0,051
	<i>60-69</i>	1025	49,7	1036	50,3	
	<i>≥70</i>	711	46,3	823	53,7	
Eğitim Durumu	<i>Eğitim Almayanlar</i>	775	49,1	802	50,9	$\chi^2=35,744$ p<0,001
	<i>İlköğretim</i>	1597	45,0	1953	55,0	
	<i>Lise ve Ön lisans</i>	413	49,6	419	50,4	
	<i>Lisans ve Lisansüstü</i>	232	59,8	156	40,2	
Medeni Durum	<i>Bekâr</i>	705	48,6	746	51,4	$\chi^2=0,836$ p=0,360
	<i>Evli</i>	2312	47,2	2584	52,8	
Sağlık Statüsü	<i>İyi</i>	952	44,3	1199	55,7	$\chi^2=19,427$ p<0,001
	<i>Orta</i>	1333	47,9	1448	52,1	
	<i>Kötü</i>	732	51,7	683	48,3	
Fiziksel Aktivite	<i>Evet</i>	118	52,4	107	47,6	$\chi^2=2,255$ p=0,133
	<i>Hayır</i>	2899	47,4	3223	52,6	
Güvenilir Yakın (Sosyal Destek)	<i>Yok</i>	153	46,2	178	53,8	$\chi^2=3,076$ p=0,215
	<i>1-2 kişi</i>	1141	49,0	1189	51,0	
	<i>3 kişi ve üzeri</i>	1723	46,7	1963	53,3	
Sosyal Güvence (SGK)	<i>Var</i>	2929	47,8	3205	52,2	$\chi^2=3,419$ p=0,064
	<i>Yok</i>	88	41,3	125	58,7	

Tablo 16’da yer alan bulgulara göre, katılımcıların gaita ile gizli kan testi yaptırma durumlarının eğitim durumuna ve sağlık statüsüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir. Bulgular, lisans ve lisansüstü eğitim mezunu katılımcıların gaita ile gizli kan testi yaptırma olasılığının diğer eğitim düzeylerine sahip olan katılımcılara göre daha yüksek olduğunu ($\chi^2=35,744$; $p\leq 0,05$) göstermektedir. Buna ek olarak sağlık statüsü kötü olanların gaita ile gizli kan testi yaptırma olasılığının iyi ve orta olanlara göre daha yüksek olduğu ($\chi^2=19,427$; $p\leq 0,05$) tespit edilmiştir.

3.5.2. Araştırma Hipotezlerine İlişkin Bulgular

Türkiye Sağlık Araştırması’na katılan 50 yaş ve üzerindeki bireylerin çeşitli özelliklerinin (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, sağlık statüsü, fiziksel aktivite yapma, sosyal destek, sosyal güvence) gaita ile gizli kan testi yaptırma düzeyleri üzerindeki etkilerini ortaya koymak amacıyla yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları Tablo 17’de sunulmaktadır. Tablo 17’ye göre lojistik regresyon analizi modelinin yeterliliği ve uyum iyiliğine bakıldığında, gaita ile gizli kan testi yaptırma ve ilişkili faktörlerin belirlenmesine yönelik modelin açıklama (Nagelkerke R^2) yüzdesi 0,016’dır. Modelin veriye uyumunu gösteren Hosmer-Lemeshow istatistiğine göre model veriye uyum göstermektedir ($p\geq 0,05$) ve modelin doğru sınıflandırma yüzdesi %55,1’dir.

Tablo 17. Gaita ile Gizli Kan Testi Yaptırma ve Belirleyicilerine Yönelik Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımsız Değişkenler	B	SH	df	p	%95 G.A. için		
					Odds Oranı	Odds E.D.	Odds E.Y.
İçsel Bireysel Faktörler							
Cinsiyet							
Erkek	,028	,056	1	,619	1,028	,921	1,149
Kadın (referans)							
Yaş							
50-59 (referans)							
60-69	,094	,060	1	,115	1,098	,977	1,235
≥70	-,106	,072	1	,140	,899	,781	1,035
Eğitim Durumu							
Eğitim almayanlar (referans)							
İlköğretim	-,120	,068	1	,075	,887	,777	1,012
Lise ve Ön lisans	,092	,095	1	,333	1,096	,910	1,319
Lisans ve Lisansüstü	,549	,125	1	<,001	1,731	1,356	2,210
Medeni Durum							
Bekâr	,032	,066	1	,628	1,032	,907	1,175
Evli (referans)							
Dışsal Toplumsal Faktörler							
Sağlık Statüsü							
İyi (referans)							
Orta	,210	,060	1	<,001	1,234	1,097	1,387
Kötü	,384	,075	1	<,001	1,468	1,268	1,700
Fiziksel Aktivite							
Evet	,105	,140	1	,456	1,110	,843	1,462
Hayır (Referans)							
İçsel Toplumsal Faktörler							
Güvenilir Yakın (Sosyal Destek)							
Yok (referans)							
1-2 kişi	,122	,119	1	,305	1,129	,895	1,425
3 kişi ve üzeri	,025	,116	1	,831	1,025	,816	1,288
Dışsal Toplumsal Faktörler							
Sosyal Güvence (SGK)							
Var	,272	,143	1	,057	1,313	,992	1,738
Yok (referans)							
Sabit	-,606	,189	1	,001	,546		
Nagelkerke R²: ,016; Hosmer-Lemeshow: 1,431; p=0,994 ; Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: %55,1							

Analiz sonuçlarına göre eğitim ve sağlık statüsü değişkenleri katılımcıların gaita ile gizli kan testi yaptırma durumlarını etkilemektedir. Lisans ve lisansüstü eğitim mezunlarının referans kategori olan eğitim almayanlar ile kıyaslandığında 1,731 kat daha fazla gaita ile

gizli kan testi yaptırdığı ve ulaşılan odds oranının istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($p \leq 0,05$) saptanmıştır. Sağlık statüsünün etkisi incelendiğinde, referans kategori olarak belirlenen sağlık statüsü iyi olanlarla kıyaslandığında, genel sağlık durumu orta düzeyde olan katılımcıların 1,234 kat; kötü düzeyde olanların ise 1,468 kat daha fazla gaita ile gizli kan testi yaptırdığı ve sonuçların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($p \leq 0,05$) görülmektedir.

Çalışmanın kadın katılımcılarına kıyasla erkek katılımcılar 1,028 kat daha fazla gaita ile gizli kan testi yaptırmaktadır ancak hesaplanan oranlar istatistiki açıdan anlamlı ($p > 0,05$) değildir. Yaşa göre incelendiğinde, 50-59 yaş grubundaki katılımcılara göre 60-69 yaş aralığındaki katılımcıların gaita ile gizli kan testi yaptırma oranı 1,098 kat; 70 yaş ve üzerindeki katılımcıların ise 0,899 kat daha yüksek bulunmasına rağmen elde edilen odds oranlarının istatistiki açıdan anlamlı ($p > 0,05$) olmadığı görülmektedir. Benzer şekilde, gaita ile gizli kan testi yaptırma koruyucu sağlık hizmeti kullanımında medeni durum, fiziksel aktivite, sosyal destek ve sosyal güvence değişkenleri için hesaplanan oranların istatistiki olarak anlamlı ($p > 0,05$) olmadığı görülmektedir.

3.6. Kolonoskopi Yaptırma ve Belirleyicilerine Yönelik Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde, çalışmanın bağımlı değişkenlerinden kolonoskopi yaptırma koruyucu sağlık hizmeti kullanımı ve belirleyicilerine yönelik analizlere dâhil edilen 50 yaş ve üzerindeki bireylere ($n=6347$) ilişkin tanımlayıcı bulgular, katılımcıların kolonoskopi yaptırma durumlarına yönelik analiz sonuçları ve çalışmanın bağımsız değişkenlerinin kolonoskopi yaptırma kararı üzerindeki etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları yer almaktadır.

3.6.1. Kolonoskopi Yaptırma Hizmetinin Kullanımına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Türkiye Sağlık Araştırması'na katılan ve kolonoskopi yaptırma koruyucu sağlık hizmeti kullanımı ve belirleyicilerine yönelik analizlere dâhil edilen 50 yaş ve üzerindeki

katılımcıların tanımlayıcı özellikleri Tablo 15’te sunulduğu için bu bölümde bu bölümde tekrarlanmamıştır.

Kolonoskopi yaptırma ve belirleyicilerine yönelik analizlere dâhil edilen bireylerin çalışmanın bağımsız değişkenlerini oluşturan faktörlere göre kolonoskopi yaptırma durumlarına ilişkin bulgular Tablo 18’de sunulmaktadır. Buna göre analizlere dâhil edilen 50 yaş ve üzerindeki katılımcıların %17,5’i kolonoskopi yaptırmıştır (n=1110).

Tablo 18. Kolonoskopi Yaptırma Hizmetinin Kullanımı (n=6347)

Değişkenler		Evet (n=1110)		Hayır (n=5237)		χ^2/ p
		N	%	N	%	
Cinsiyet	<i>Erkek</i>	497	17,2	2386	82,8	$\chi^2=0,228$ $p=0,633$
	<i>Kadın</i>	613	17,7	2851	82,3	
Yaş	<i>50-59</i>	403	14,6	2349	85,4	$\chi^2=29,996$ $p<0,001$
	<i>60-69</i>	424	20,6	1637	79,4	
	<i>≥70</i>	283	18,4	1251	81,6	
Eğitim Durumu	<i>Eğitim Almayanlar</i>	234	14,8	1343	85,2	$\chi^2=29,694$ $p<0,001$
	<i>İlköğretim</i>	607	17,1	2943	82,9	
	<i>Lise ve Ön lisans</i>	171	20,6	661	79,4	
	<i>Lisans ve Lisansüstü</i>	98	25,3	290	74,7	
Medeni Durum	<i>Bekâr</i>	258	17,8	1193	82,2	$\chi^2=0,111$ $p=0,739$
	<i>Evli</i>	852	17,4	4044	82,6	
Sağlık Statüsü	<i>İyi</i>	291	13,5	1860	86,5	$\chi^2=46,490$ $p<0,001$
	<i>Orta</i>	504	18,1	2277	81,9	
	<i>Kötü</i>	315	22,3	1100	77,7	
Fiziksel Aktivite	<i>Evet</i>	44	19,6	181	80,4	$\chi^2=0,691$ $p=0,406$
	<i>Hayır</i>	1066	17,4	5056	82,6	
Güvenilir Yakın (Sosyal Destek)	<i>Yok</i>	57	17,2	274	82,8	$\chi^2=3,343$ $p=0,118$
	<i>1-2 kişi</i>	434	18,6	1896	81,4	
	<i>3 kişi ve üzeri</i>	619	16,8	3067	83,2	
Sosyal Güvence (SGK)	<i>Var</i>	1080	17,6	5054	82,4	$\chi^2=1,770$ $p=0,183$
	<i>Yok</i>	30	14,1	183	85,9	

Tablo 18’e göre bireylerin kolonoskopi yaptırma durumları ile yaş, eğitim durumu ve sağlık statüsü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular, 60-69 yaş aralığındaki bireylerin kolonoskopi yaptırma oranının 50-59 yaş aralığındaki ve 70 yaş ve üzerindeki bireylere göre daha yüksek olduğunu ($\chi^2=29,996$; $p\leq 0,05$) göstermektedir. Ayrıca, lisans ve lisansüstü mezunlarının diğer eğitim

düzeylerine sahip bireylere göre ($\chi^2=29,694$; $p\leq 0,05$) ve genel sağlık durumu kötü olanların iyi ve orta olanlara göre ($\chi^2=46,490$; $p\leq 0,05$) kolonoskopi yaptıırma oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

3.6.2. Araştırma Hipotezlerine İlişkin Bulgular

Tablo 19’da kolonoskopi yaptıırmayı etkileyen faktörlere (içsel bireysel, dışsal bireysel, içsel toplumsal, dışsal toplumsal) ilişkin yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları yer almaktadır. Kolonoskopi yaptıırma koruyucu sağlık hizmeti kullanımının belirleyicilerine yönelik oluşturulan modelin açıklama (Nagelkerke R^2) yüzdesi 0,037’dir. Modelin veriye uyumunu ifade eden Hosmer-Lemeshow istatistiğine göre model veriye uyum göstermektedir ($p\geq 0,05$) ve modelin doğru sınıflandırma yüzdesi %82,5’tir.

Tablo 19. Kolonoskopi Yaptırma ve Belirleyicilerine Yönelik Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımsız Değişkenler	B	SH	df	p	%95 G.A. için		
					Odds Oranı	Odds E.D.	Odds E.Y.
İçsel Bireysel Faktörler							
Cinsiyet							
Erkek (Referans)							
Kadın	,136	,074	1	,068	1.146	,990	1.326
Yaş (yıl)							
50-59 (Referans)							
60-69	,427	,079	1	<,001	1,533	1,314	1,788
≥70	,320	,095	1	,001	1,377	1,142	1,660
Eğitim Durumu							
Eğitim almayanlar (Referans)							
İlköğretim	,434	,093	1	<,001	1,544	1,288	1,851
Lise ve Ön lisans	,788	,124	1	<,001	2,198	1,724	2,804
Lisans ve Lisansüstü	1,158	,152	1	<,001	3,182	2,363	4,287
Medeni Durum							
Bekâr (Referans)							
Evli	,080	,086	1	,353	1,084	,915	1,284
Dışsal Bireysel Faktörler							
Sağlık Statüsü							
İyi (Referans)							
Orta	,429	,083	1	<,001	1,536	1,305	1,808
Kötü	,769	,098	1	<,001	2,157	1,780	2,615
Fiziksel Aktivite							
Evet	,065	,178	1	,716	1,067	,752	1,513
Hayır (Referans)							
İçsel Toplumsal Faktörler							
Güvenilir Yakın (Sosyal Destek)							
Yok (Referans)							
1-2 kişi	,103	,157	1	,511	1,109	,815	1,508
3 kişi ve üzeri	-,055	,155	1	,723	,947	,699	1,282
Dışsal Toplumsal Faktörler							
Sosyal Güvence (SGK)							
Var	,169	,203	1	,404	1,184	,796	1,762
Yok (Referans)							
Sabit	-	,264	1	<,001	,068		
	2,687						

Nagelkerke R²: ,037; **Hosmer-Lemeshow:** 8,950; **p=**0,347 ; **Doğru Sınıflandırma**
Yüzdesi: %82,5

Elde edilen bulgular, yaş, eğitim durumu ve sağlık statüsü değişkenlerinin 50 yaş ve üzerindeki katılımcıların kolonoskopi yaptırma kararları üzerinde etkili faktörler olduğunu göstermektedir. Yaşa göre incelendiğinde, referans kategori olan 50-59 yaş grubundaki katılımcılarla kıyaslandığında 60-69 yaş grubundaki katılımcılar 1,533 kat; 70 yaş üstü grubundaki katılımcılar 1,377 kat daha fazla kolonoskopi yaptırmaktadır ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p \leq 0,05$). Katılımcıların eğitim durumlarına göre kolonoskopi yaptırma davranışları incelendiğinde, eğitim düzeyi arttıkça kolonoskopi yaptırma olasılığının arttığı görülmektedir. Herhangi bir eğitimi olmayan katılımcılarla kıyaslandığında ilköğretim mezunu katılımcıların kolonoskopi yaptırma düzeyinin 1,544 kat; lise ve ön lisans mezunu katılımcıların 2,198 kat; lisans ve lisansüstü eğitim mezunu katılımcıların ise 3,182 kat daha yüksek olduğu saptanmış ve hesaplanan odds oranları istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p \leq 0,05$).

Bireylerin kolonoskopi yaptırma durumları sağlık statüsü açısından incelendiğinde, referans kategori sağlık statüsü iyi olan katılımcılarla kıyaslandığında kolonoskopi yaptırma durumu sağlık statüsü orta olan katılımcılarda 1,536 kat; kötü olan katılımcılarda ise 2,157 kat daha fazladır. Ulaşılan odds oranları, sağlık durumunun kötüleştikçe kolonoskopi yaptırma oranının arttığını ve elde edilen sonuçların istatistiksel açıdan anlamlı olduğunu göstermektedir ($p \leq 0,05$).

Cinsiyet açısından, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte ($p > 0,05$) erkeklere kıyasla kadınların 1,146 kat daha fazla kolonoskopi yaptırdığı görülmektedir. Sosyal güvence faktörü incelendiğinde, SGK bünyesinde sosyal güvencesi olan katılımcıların olmayan katılımcılara göre kolonoskopi yaptırma oranı 1,184 kat daha yüksek bulunmasına rağmen sonuçlar istatistiki açıdan anlamlı ($p > 0,05$) değildir. Çalışmanın diğer değişkenlerinin de (medeni durum, fiziksel aktivite, güvenilir yakın) kolonoskopi yaptırma üzerindeki etkisi anlamsız ($p > 0,05$) bulunmuştur.

3.7. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) ve Belirleyicilerine Yönelik Bulgular

Kendi kendine meme muayenesi yapma ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan analizlere Türkiye Sağlık Araştırması'na katılan 20 yaş ve üzerindeki kadın katılımcılar (n=8588) dâhil edilmiştir. Çalışmanın bu bölümünde öncelikle katılımcıların tanımlayıcı bulguları sunulmaktadır. Ardından 20 yaş ve üzerindeki kadınların kendi kendine meme muayenesi uygulama durumları ve çeşitli faktörlerin etkisinin belirlenmesi amacıyla yürütülen analiz sonuçları yer almaktadır.

3.7.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) Uygulamasına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Bireylerin kendi kendine meme muayenesi yapma durumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla analizlere dâhil edilen 20 yaş ve üzerindeki kadın katılımcıların (n=8588) yaş, eğitim durumu, medeni durum, sağlık statüsü, fiziksel aktivite yapma, sosyal destek ve sosyal güvenceye sahip olma durumlarına göre dağılımları Tablo 20'de sunulmaktadır.

Tablo 20. Kendi Kendine Meme Muayenesi ile İlgili Analizlere Dâhil Edilen Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri (n=8588)

Değişkenler		n	%
Yaş	20-29	1493	17,4
	30-39	1878	21,9
	40-49	1753	20,4
	50-59	1502	17,5
	60-69	1108	12,9
	≥70	854	9,9
Eğitim Durumu	<i>Eğitim Almayanlar</i>	1781	20,7
	<i>İlköğretim</i>	4001	46,6
	<i>Lise ve Ön lisans</i>	1800	21,0
	<i>Lisans ve Lisansüstü</i>	1006	11,7
Medeni Durum	<i>Bekâr</i>	2347	27,3
	<i>Evli</i>	6241	72,7
Sağlık Statüsü	<i>İyi</i>	4242	49,4
	<i>Orta</i>	3114	36,3
	<i>Kötü</i>	1232	14,3
Fiziksel Aktivite	<i>Evet</i>	444	5,2
	<i>Hayır</i>	8144	94,8
Güvenilir Yakın (Sosyal Destek)	<i>Yok</i>	412	4,8
	<i>1-2 kişi</i>	3310	38,5
	<i>3 kişi ve üzeri</i>	4866	56,7
Sosyal Güvence (SGK)	<i>Var</i>	8031	93,5
	<i>Yok</i>	557	6,5
TOPLAM		8588	100,0

Tablo 20'ye göre, 20 yaş ve üzerindeki kadın katılımcıların tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde, %17,4'ünün 20-29 yaş aralığında, %21,9'unun 30-39 yaş aralığında, %20,4'ünün 40-49 yaş aralığında, %17,5'inin 50-59 yaş aralığında, %12,9'unun 60-69 yaş aralığında, %9,9'unun ise 70 yaş ve üzerindeki bireylerden oluştuğu görülmektedir. Katılımcıların %46,6'sının ilköğretim mezunu olduğu; %20,7'sinin ise eğitim almadığı tespit edilmiştir. Lise ve ön lisans mezunu olan katılımcıların oranı %21; lisans ve lisansüstü mezunu olan katılımcıların oranı ise %11,7'dir. Medeni duruma göre dağılımlar incelendiğinde, %72,7 ile evli katılımcıların çoğunluğu oluşturduğu görülmektedir.

Analizlere dâhil edilen katılımcıların %49,4'ünün genel sağlık statülerinin iyi; %36,3'ünün orta ve %14,3'ünün kötü olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların sağlık davranışları ile ilişkili fiziksel aktivite durumları incelendiğinde, %94,8'inin fiziksel aktivite yapmadığı saptanmıştır. Sosyal destek açısından incelendiğinde, katılımcıların %4,8'inin ihtiyaç duymaları halinde sosyal destek alabileceği güvenilir yakını olmadığı; %38,5'inin 1 veya 2 yakını olduğu; %56,7'sinin ise 3 veya daha fazla sayıda güvenilir yakına sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların %93,5'i SGK bünyesinde sosyal güvence kapsamında iken, %6,5'inin sosyal güvencesi yoktur.

Kendi kendine meme muayenesi yapma ve belirleyicilerine yönelik analizlere dâhil edilen katılımcıların çalışmanın bağımsız değişkenlerini oluşturan faktörlere göre kendi kendine meme muayenesi uygulama durumlarına ilişkin bulgular Tablo 21'de yer almaktadır. Buna göre analizlere dâhil edilen katılımcıların %51'i kendi kendine meme muayenesi yapmaktadır (n=4385).

Tablo 21. Kendi Kendine Meme Muayenesi (n=8588)

Değişkenler		Evet (n=4385)		Hayır (n=4203)		χ^2/ p
		N	%	N	%	
Yaş	20-29	598	40,1	895	59,9	$\chi^2=260,661$ p<0,001
	30-39	1056	56,2	822	43,8	
	40-49	1009	57,6	744	42,4	
	50-59	868	57,8	634	42,2	
	60-69	572	51,6	536	48,4	
	≥70	282	33,0	572	67,0	
Eğitim Durumu	<i>Eğitim Almayanlar</i>	557	31,3	1224	68,7	$\chi^2=390,104$ p<0,001
	<i>İlköğretim</i>	2134	53,3	1867	46,7	
	<i>Lise ve Ön lisans</i>	1057	58,7	743	41,3	
	<i>Lisans ve Lisansüstü</i>	637	63,3	369	36,7	
Medeni Durum	<i>Bekâr</i>	1034	44,1	1313	55,9	$\chi^2=63,390$ p<0,001
	<i>Evli</i>	3351	53,7	2890	46,3	
Sağlık Statüsü	<i>İyi</i>	2241	52,8	2001	47,2	$\chi^2=56,542$ p<0,001
	<i>Orta</i>	1637	52,6	1477	47,4	
	<i>Kötü</i>	507	41,2	725	58,8	
Fiziksel Aktivite	<i>Evet</i>	294	66,2	150	33,8	$\chi^2=43,042$ p<0,001
	<i>Hayır</i>	4091	50,2	4053	49,8	
Güvenilir Yakın (Sosyal Destek)	<i>Yok</i>	167	40,5	245	59,5	$\chi^2=64,062$ p<0,001
	<i>1-2 kişi</i>	1559	47,1	1751	52,9	
	<i>3 kişi ve üzeri</i>	2659	54,6	2207	45,4	
Sosyal Güvence (SGK)	<i>Var</i>	4151	51,7	3880	48,3	$\chi^2=19,517$ p<0,001
	<i>Yok</i>	234	42,0	323	58,0	

Tablo 21'e göre bireylerin kendi kendine meme muayenesi yapma durumlarının yaşa, eğitim durumuna, medeni duruma, sağlık statüsüne, fiziksel aktivite yapmaya, sosyal destek ve sosyal güvenceye sahip olma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir. 30-39, 40-49 ve 50-59 yaş gruplarındaki kadınların kendi kendine meme muayenesi yapma oranlarının birbirlerine yakın olduğu ve 20-29 yaş aralığındaki ve 60 yaş ve üzerindeki kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir ($\chi^2=260,661$; $p\leq 0,05$). Lisans ve lisansüstü mezunu kadınların diğer eğitim düzeylerindeki kadınlara göre ($\chi^2=390,104$; $p\leq 0,05$); evli katılımcıların bekarlara göre ($\chi^2=63,390$; $p\leq 0,05$); sağlık statüsü iyi olanların kötü olanlara göre ($\chi^2=43,042$; $p\leq 0,05$); fiziksel aktivite yapan katılımcıların yapmayanlara göre ($\chi^2=154,743$; $p\leq 0,05$); 3 veya daha fazla sayıda güvenilir yakına sahip olanların hiç sosyal desteği olmayan ve 1 veya 2 güvenilir yakını olan katılımcılara göre ($\chi^2=64,062$; $p\leq 0,05$); SGK bünyesinde sosyal

güvencesi olanların olmayanlara göre ($\chi^2=19,517$; $p\leq 0,05$) kendi kendine meme muayenesi yapma oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

3.7.2. Araştırma Hipotezlerine İlişkin Bulgular

Tablo 22’de, katılımcıların kendi kendine meme muayenesi yapma koruyucu sağlık uygulamasında etkili olan faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları yer almaktadır. Oluşturulan lojistik regresyon modelinin yeterliliği ve uyum iyiliği incelendiğinde, kendi kendine meme muayenesi uygulamayı etkileyen faktörlere ilişkin modelin açıklama (Nagelkerke R^2) yüzdesinin 0,113 olduğu ve modelin veriye uyum gösterdiği ($p\geq 0,05$) saptanmıştır. Doğru sınıflandırma yüzdesi ise %62,7’dir.

Tablo 22. Kendi Kendine Meme Muayenesi ve Belirleyicilerine Yönelik Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımsız Değişkenler	B	SH	df	p	%95 G.A. için		
					Odds Oranı	Odds E.D.	Odds E.Y.
İçsel Bireysel Faktörler							
Yaş (Yıl)							
<i>20-29 (Referans)</i>							
30-39	,694	,075	1	<,001	2,003	1,729	2,319
40-49	,878	,078	1	<,001	2,406	2,063	2,804
50-59	1,029	,084	1	<,001	2,798	2,374	3,296
60-69	,995	,092	1	<,001	2,705	2,258	3,240
≥70	,527	,106	1	<,001	1,694	1,375	2,086
Eğitim Durumu							
<i>Eğitim almayanlar (Referans)</i>							
İlköğretim	,870	,065	1	<,001	2,388	2,101	2,714
Lise ve Ön lisans	1,339	,082	1	<,001	3,814	3,247	4,479
Lisans ve Lisansüstü	1,485	,096	1	<,001	4,417	3,657	5,335
Medeni Durum							
<i>Bekâr (Referans)</i>							
Evli	,254	,055	1	<,001	1,290	1,157	1,437
Dışsal Bireysel Faktörler							
Sağlık Statüsü							
<i>İyi (Referans)</i>							
Orta	,089	,053	1	,093	1,093	,985	1,213
Kötü	-,084	,078	1	,280	,920	,790	1,071
Fiziksel Aktivite							
Evet	,429	,108	1	<,001	1,535	1,242	1,898
<i>Hayır (Referans)</i>							
İçsel Toplumsal Faktörler							
Güvenilir Yakın (Sosyal Destek)							
<i>Yok (Referans)</i>							
1-2 kişi	,240	,110	1	,030	1,271	1,024	1,578
3 kişi ve üzeri	,441	,109	1	<,001	1,554	1,256	1,924
Dışsal Toplumsal Faktörler							
Sosyal Güvence (SGK)							
Var	,309	,094	1	,001	1,362	1,133	1,636
<i>Yok (Referans)</i>							
Sabit	-2,372	,161	1	<,001	,093		
Nagelkerke R ² : ,113; Hosmer-Lemeshow: 8,436; p=0,392 ; Doğru Sınıflandırma							
Yüzdesi: %62,7							

Yaş değişkeninin kendi kendine meme muayenesi uygulama üzerindeki etkisi incelendiğinde, yaş arttıkça bireylerin kendi kendine meme muayenesi yapma olasılığının arttığı görülmektedir. Referans kategori olan 20-29 yaş grubundaki kadınlarla

kıyaslandığında 30-39 yaş grubundaki kadınların 2,003 kat; 40-49 yaş grubundaki kadınların 2,406 kat; 50-59 yaş grubundaki kadınların 2,798 kat; 60-69 yaş grubundaki kadınların 2,705 kat ve 70 yaş ve üstündeki kadınların 1,694 kat daha fazla kendi kendine meme muayenesi yaptığı ve sonuçların istatistiki açıdan anlamlı ($p \leq 0,05$) olduğu görülmektedir. Eğitim durumu da kendi kendine meme muayenesi yapma üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir ($p \leq 0,05$). Katılımcılar arasından en çok lisans ve lisansüstü mezunları kendi kendine meme muayenesi yapmaktadır. Eğitim almayan kadınlarla karşılaştırıldığında kendi kendine meme muayenesi uygulamada ilköğretim mezunlarında 2,388 kat; lise ve ön lisans mezunlarında 3,814 kat; lisans ve lisansüstü mezunlarında 4,417 kat anlamlı ($p \leq 0,05$) bir yükseklik saptanmıştır. Ayrıca, bekar kadınlara göre evli kadınlar 1,290 kat daha fazla kendi kendine meme muayenesi uygulamaktadır ve elde edilen odds oranı istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p \leq 0,05$).

Fiziksel aktivite yapan kadınların yapmayanlara göre 1,535 kat daha fazla kendi kendine meme muayenesi uyguladığı ve bulguların istatistiki açıdan anlamlı olduğu ($p \leq 0,05$) görülmektedir. Sosyal desteğin kendi kendine meme muayenesi yapma üzerindeki etkisi incelendiğinde, sosyal desteği olmayan katılımcılara göre 1 veya 2 güvenilir yakına sahip olan katılımcıların 1,271 kat; 3 veya daha fazla sayıda güvenilir yakını olan katılımcıların 1,554 kat daha fazla kendi kendine meme muayenesi yaptığı ve elde edilen odds oranlarının istatistiki açıdan anlamlı ($p \leq 0,05$) olduğu saptanmıştır. Ayrıca, SGK bünyesinde sosyal güvence kapsamında olan katılımcıların sosyal güvencesi olmayan katılımcılara göre 1,362 kat daha fazla kendi kendine meme muayenesi yaptığı ve elde edilen bulgunun istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($p \leq 0,05$) tespit edilmiştir.

Sağlık statüsü açısından incelendiğinde, genel sağlık statüsü iyi olan katılımcılara kıyasla orta olan katılımcıların kendi kendine meme muayenesi yapma oranlarının 1,093 kat; kötü olanların 0,920 kat daha yüksek olduğu belirlenmesine rağmen elde edilen oranlar istatistiki açıdan anlamlı ($p > 0,05$) bulunmamıştır.

3.8. Mamografi Çektirme ve Belirleyicilerine Yönelik Bulgular

Mamografi çekirme koruyucu sağlık hizmeti kullanımı ve belirleyicilerine yönelik analizlere 40 yaş ve üzerindeki kadın katılımcılar (n=5217) dâhil edilmiştir. Çalışmanın bu bölümünde Türkiye Sağlık Araştırması'na katılan ve mamografi yaptırma koruyucu sağlık hizmeti kullanımı analizlerine dâhil edilen katılımcıların tanımlayıcı özellikleri, mamografi yaptırma durumları ve çeşitli faktörlerin mamografi yaptırma üzerindeki etkisinin belirlenebilmesi amacıyla yapılan analiz sonuçları yer almaktadır.

3.8.1. Mamografi Çektirme Hizmetinin Kullanımına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Mamografi çekirme ve belirleyicilerine yönelik analizlere dâhil edilen katılımcıların demografik özellikleri, sağlık statüsü, fiziksel aktivite, sosyal destek ve sosyal güvence kapsamında olma durumuna göre dağılımları Tablo 23'te sunulmaktadır.

Tablo 23. Mamografi Çektirme Hizmeti ile İlgili Analizlere Dâhil Edilen Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri (n=5217)

Değişkenler		n	%
Yaş	40-49	1753	33,6
	50-59	1502	28,8
	60-69	1108	21,2
	≥70	854	16,4
Eğitim Durumu	<i>Eğitim Almayanlar</i>	1512	29,0
	<i>İlköğretim</i>	2730	52,3
	<i>Lise ve Ön lisans</i>	665	12,8
	<i>Lisans ve Lisansüstü</i>	310	5,9
Medeni Durum	<i>Bekâr</i>	1410	27,0
	<i>Evli</i>	3807	73,0
Sağlık Statüsü	<i>İyi</i>	1802	34,5
	<i>Orta</i>	2300	44,1
	<i>Kötü</i>	1115	21,4
Fiziksel Aktivite	<i>Evet</i>	192	3,7
	<i>Hayır</i>	5025	96,3
Güvenilir Yakın (Sosyal Destek)	<i>Yok</i>	233	4,5
	<i>1-2 kişi</i>	1990	38,1
	<i>3 kişi ve üzeri</i>	2994	57,4
Sosyal Güvence (SGK)	<i>Var</i>	4969	95,2
	<i>Yok</i>	248	4,8
TOPLAM		5217	100,0

Mamografi çektilme ve belirleyicilerine yönelik analizlere dâhil edilen 5.217 kadının yaş dağılımlarına bakıldığında, %33,6'sının 40-49, %28,8'inin 50-59, %21,2'sinin 60-69 ve %16,4'ünün 70 yaş ve üzerindeki katılımcılardan oluştuğu görülmektedir. Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde %29'unun eğitim almadığı ve %52,3'ünün ilköğretim mezunu olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %12,8'i lise ve ön lisans mezunu iken %5,9'unun lisans ve lisansüstü eğitim mezunu olduğu görülmektedir. Medeni durum açısından incelendiğinde, katılımcıların %73'ünün evli olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların sağlık statüsüne göre dağılımları incelendiğinde, sağlık statüsü iyi olanlar %34,5 oranına sahipken orta olanların oranı %44,1 olarak görülmektedir. Katılımcıların

%21,4'ünün ise genel sağlık statüsü kötüdür. Sağlık davranışı ile ilişkili fiziksel aktivite yapma durumuna göre dağılımlar incelendiğinde, katılımcıların %96,3'ünün fiziksel aktivite yapmadığı tespit edilmiştir. Sosyal destek durumları incelendiğinde %4,5'inin ihtiyaç duyduğunda güvenebileceği herhangi bir yakını olmadığı; %38,1'inin 1 veya 2; %57,4'ünün ise 3 veya daha fazla sayıda güvenilir yakını olduğu görülmektedir. Sosyal güvence durumuna göre dağılımlar incelendiğinde, katılımcıların %95,2'sinin SGK bünyesinde sosyal güvence kapsamında olduğu görülmektedir.

Mamografi çekirme koruyucu sağlık hizmetinin kullanımı ve belirleyicilerine yönelik analizlere dâhil edilen kadın katılımcıların çalışmanın bağımsız değişkenlerini oluşturan faktörlere göre mamografi çekirme davranışlarına ilişkin bulgular Tablo 24'te yer almaktadır. Analizlere dâhil edilen 40 yaş ve üzerindeki kadın katılımcıların %54,7'si mamografi çekirmiştir (n=2856).

Tablo 24. Mamografi Çekirme Hizmetinin Kullanımı (n=5217)

Değişkenler		Evet (n=2856)		Hayır (n=2361)		χ^2/ p
		N	%	N	%	
Yaş	40-49	862	49,2	891	50,8	$\chi^2=154,743$ p<0,001
	50-59	958	63,8	544	36,2	
	60-69	683	61,6	425	38,4	
	≥ 70	353	41,3	501	58,7	
Eğitim Durumu	Eğitim Almayanlar	638	42,2	874	57,8	$\chi^2=151,915$ p<0,001
	İlköğretim	1580	57,9	1150	42,1	
	Lise ve Ön lisans	434	65,3	231	34,7	
	Lisans ve Lisansüstü	204	65,8	106	34,2	
Medeni Durum	Bekâr	704	49,9	706	50,1	$\chi^2=18,082$ p<0,001
	Evli	2152	56,5	1655	43,5	
Sağlık Statüsü	İyi	945	52,4	857	47,6	$\chi^2=11,723$ p=0,003
	Orta	1320	57,4	980	42,6	
	Kötü	591	53,0	524	47,0	
Fiziksel Aktivite	Evet	124	64,6	68	35,4	$\chi^2=7,789$ p=0,005
	Hayır	2732	54,4	2293	45,6	
Güvenilir Yakın (Sosyal Destek)	Yok	121	51,9	112	48,1	$\chi^2=18,294$ p<0,001
	1-2 kişi	1020	51,3	970	48,7	
	3 kişi ve üzeri	1715	57,3	1279	42,7	
Sosyal Güvence (SGK)	Var	2752	55,4	2217	44,6	$\chi^2=17,242$ p<0,001
	Yok	104	41,9	144	58,1	

Tablo 24'e göre analizlere dâhil edilen katılımcıların mamografi çekirme durumlarının yaşa, eğitim durumuna, medeni duruma, sağlık statüsüne, fiziksel aktivite yapıp yapmama durumuna, sosyal destek ve sosyal güvenceye sahip olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular, 50-59 ve 60-69 yaş aralığındaki kadınların mamografi çekirme oranının 40-49 yaş aralığındaki ve 70 yaş ve üzerindeki kadınlara göre daha yüksek olduğunu ($\chi^2=154,743$; $p\leq 0,05$) göstermektedir. Analizlere dâhil edilen katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde, lisans ve lisansüstü ile lise ve ön lisans mezunlarının mamografi çekirme oranının eğitim almayan ve ilköğretim mezunu olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu ($\chi^2=151,915$; $p\leq 0,05$) tespit edilmiştir. Evli katılımcıların bekarlara göre ($\chi^2=18,082$; $p\leq 0,05$); genel sağlık statüsü orta olan katılımcıların iyi ve kötü olanlara göre ($\chi^2=11,723$; $p\leq 0,05$); fiziksel aktivite yapan katılımcıların yapmayanlara göre ($\chi^2=7,789$; $p\leq 0,05$); 3 veya daha fazla sayıda güvenilir yakına sahip olanların hiç sosyal desteği olmayan ve 1 veya 2 yakını olanlara göre ($\chi^2=18,294$; $p\leq 0,05$); SGK bünyesinde sosyal güvencesi olanların olmayanlara göre ($\chi^2=17,242$; $p\leq 0,05$) mamografi çekirme olasılığının daha yüksek olduğu görülmektedir.

3.8.2. Araştırma Hipotezlerine İlişkin Bulgular

Tablo 25'te analizlere dâhil edilen katılımcıların mamografi çekirme kararlarında etkili olan faktörleri ortaya koymak amacıyla yürütülen lojistik regresyon analizi sonuçları yer almaktadır. Mamografi çekirmeyi etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla oluşturulan modelin açıklama (Nagelkerke R^2) yüzdesi 0,090'dır. Hosmer-Lemeshow istatistiğine göre model veriye uyum göstermektedir ($p\geq 0,05$) ve modelin doğru sınıflandırma yüzdesi %59,9'dur.

Tablo 25. Mamografi Çektirme ve Belirleyicilerine Yönelik Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

						%95 G.A. için	
					Odds	Odds Oranı	
Bağımsız Değişkenler	B	SH	df	p	Oranı	E.D.	E.Y.
İçsel Bireysel Faktörler							
Yaş (Yıl)							
40-49 (Referans)							
50-59	,679	,075	1	<,001	1,972	1,703	2,283
60-69	,716	,085	1	<,001	2,047	1,731	2,420
≥70	,074	,101	1	,462	1,077	,884	1,313
Eğitim Durumu							
<i>Eğitim almayanlar (Referans)</i>							
İlköğretim	,686	,072	1	<,001	1,985	1,725	2,285
Lise ve Ön lisans	1,128	,108	1	<,001	3,091	2,502	3,817
Lisans ve Lisansüstü	1,205	,143	1	<,001	3,335	2,522	4,411
Medeni Durum							
<i>Bekâr (Referans)</i>							
Evli	,193	,070	1	,006	1,213	1,057	1,391
Dışsal Bireysel Faktörler							
Sağlık Statüsü							
<i>İyi (Referans)</i>							
Orta	,329	,068	1	<,001	1,390	1,216	1,588
Kötü	,390	,087	1	<,001	1,478	1,246	1,752
Fiziksel Aktivite							
Evet	,230	,161	1	,153	1,259	,918	1,725
<i>Hayır (Referans)</i>							
İçsel Toplumsal Faktörler							
Güvenilir Yakın (Sosyal Destek)							
<i>Yok (Referans)</i>							
1-2 kişi	-,018	,143	1	,898	,982	,741	1,300
3 kişi ve üzeri	,133	,141	1	,345	1,143	,866	1,507
Dışsal Toplumsal Faktörler							
Sosyal Güvence (SGK)							
Var	,428	,137	1	,002	1,533	1,173	2,005
<i>Yok (Referans)</i>							
Sabit	-1,586	,213	1	<,001	,205		
Nagelkerke R²: ,090; Hosmer-Lemeshow: 10,686; p=0,220 ; Doğru Sınıflandırma							
Yüzdesi: %59,9							

Tablo 25, yaş, eğitim durumu, medeni durum, sağlık statüsü ve sosyal güvence değişkenlerinin mamografi çektirme koruyucu sağlık hizmetinin kullanımını etkilediğini göstermektedir. Yaşa göre incelendiğinde, mamografi çektirme düzeyinin referans kategori olan 40-49 yaş grubundaki kadınlara göre 50-59 yaş grubundaki kadınların 1,972

kat; 60-69 yaş grubundaki kadınların ise 2,047 kat daha yüksek olduğu ve sonuçların istatistiki açıdan anlamlı ($p \leq 0,05$) olduğu görülmektedir. Mamografi yaptırmayı etkileyen bir diğer değişken olan eğitim durumuna bakıldığında, mamografi yaptırmaya olasılığının referans kategori olan eğitim almayanlara göre ilköğretim mezunlarının 1,985 kat; lise ve ön lisans mezunlarının 3,091 kat; lisans ve lisansüstü mezunlarının 3,335 kat daha yüksek olduğu ve ulaşılan odds oranlarının istatistiki açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p \leq 0,05$). Bekar kadınlarla kıyaslandığında evli kadınların ise mamografi yaptırmaya olasılığının 1,213 kat daha yüksek olması medeni durumun mamografi yaptırmaya üzerinde anlamlı ($p \leq 0,05$) bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir.

Sağlık statüsü faktörü incelendiğinde, genel sağlık statüsü iyi olanlarla karşılaştırıldığında orta olanların 1,390 kat; kötü olanların 1,478 kat daha fazla mamografi yaptırdığı ve ulaşılan sonuçların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($p \leq 0,05$) tespit edilmiştir. Katılımcıların mamografi yaptırmaya durumlarını sosyal güvence kapsamında olup olmamaları da etkilemektedir. Tablo 25'e göre SGK bünyesinde sosyal güvence kapsamında olan katılımcıların olmayanlara göre 1,533 kat daha fazla mamografi yaptırdığı saptanmış ve ulaşılan sonuçlar istatistiksel açıdan anlamlı ($p \leq 0,05$) bulunmuştur.

Diğer taraftan, fiziksel aktivite yapan katılımcıların yapmayanlara göre 1,259 kat daha fazla mamografi yaptırmaya rağmen, elde edilen sonuç istatistiki açıdan anlamlı ($p > 0,05$) bulunmamıştır. Benzer şekilde, ihtiyaç duyduğunda güvenebileceği herhangi bir yakını olmayan katılımcıların 1 veya 2 yakını olanlara göre 0,982 kat; 3 veya daha fazla sayıda yakını olanların ise 1,143 kat daha fazla mamografi yaptırdığı belirlenmesine rağmen elde edilen bulgular istatistiki açıdan anlamlı ($p > 0,05$) bulunmamıştır.

3.9. Pap Smear Testi Yaptırma ve Belirleyicilerine Yönelik Bulgular

Çalışma kapsamına alınan bir diğer bağımlı değişken olan pap smear testi yaptırma ve belirleyicilerine yönelik analizlere Türkiye Sağlık Araştırması'na katılan 30 yaş ve üzerindeki kadın katılımcılar ($n=7095$) dâhil edilmiştir. Çalışmanın bu bölümünde analizlere dâhil edilen katılımcıların öncelikle tanımlayıcı bulguları sunulmaktadır.

Ardından katılımcıların pap smear testi yaptıрма durumları ve çalışmanın bağımsız değişkenlerinin pap smear testi yaptıрма üzerindeki etkilerinin ortaya konulması amacıyla yapılan analiz sonuçları yer almaktadır.

3.9.1. Pap Smear Testi Yaptırma Hizmetinin Kullanımına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Analizlere dâhil edilen bireylerin yaş, eğitim durumu, medeni durum, sağlık statüsü, fiziksel aktivite yapma durumu, sosyal destek ve sosyal güvenceye sahip olma durumlarına göre dağılımları Tablo 26’da sunulmaktadır.

Tablo 26. Pap Smear Testi Yaptırma Hizmeti ile İlgili Analizlere Dâhil Edilen Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri (n=7095)

Değişkenler		n	%
Yaş	30-39	1878	26,5
	40-49	1753	24,7
	50-59	1502	21,2
	60-69	1108	15,6
	≥70	854	12,0
Eğitim	Eğitim Almayanlar	1679	23,7
	İlköğretim	3541	49,9
	Lise ve Ön lisans	1176	16,6
	Lisans ve Lisansüstü	699	9,8
Medeni Durum	Bekâr	1669	23,5
	Evli	5426	76,5
Sağlık Statüsü	İyi	3085	43,5
	Orta	2816	39,7
	Kötü	1194	16,8
Fiziksel Aktivite	Evet	330	4,7
	Hayır	6765	95,3
Güvenilir Yakın (Sosyal Destek)	Yok	342	4,8
	1-2 kişi	2730	38,5
	3 kişi ve üzeri	4023	56,7
Sosyal Güvence (SGK)	Var	6668	94,0
	Yok	427	6,0
TOPLAM		7095	100,0

Katılımcıların Tablo 26’da belirtilen tanımlayıcı özelliklerine bakıldığında, %26,5’inin 30-39 yaş aralığında; %24,7’sinin 40-49 yaş aralığında; %21,2’sinin 50-59 yaş aralığında; %15,6’sının 60-69 yaş aralığında, %12’sinin 70 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir. Katılımcıların eğitim durumuna göre dağılımları incelendiğinde, eğitim almayanların oranı %23,7 iken ilköğretim mezunu olanların oranının %49,9 olduğu görülmektedir. Katılımcıların %16,6’sı lise ve ön lisans; %9,8’i lisans ve lisansüstü mezunudur. Medeni durum açısından bakıldığında, katılımcıların %76,5’inin evli olduğu anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin %43,5’inin sağlık statüsünün iyi; %39,7’sinin orta; %16,8’inin kötü olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların sağlık davranışları ile ilişkili fiziksel aktivite durumu incelendiğinde, %95,3’ünün fiziksel aktivite yapmadığı görülmektedir. Katılımcıların %4,8’inin ihtiyaç duymaları halinde destek sağlayabilecek herhangi bir güvenilir yakını olmadığı; %38,5’inin 1 ya da 2 yakını olduğu; %56,7’sinin ise 3 veya daha fazla sayıda güvenilir yakından sosyal destek sağlayabildiği görülmektedir. Sosyal güvence açısından dağılıma bakıldığında SGK bünyesinde sosyal güvencesi olan katılımcıların oranı %94’tür.

Pap smear testi yaptırma koruyucu sağlık hizmetinin kullanımı ve belirleyicilerine yönelik analizlere dâhil edilen katılımcıların çalışmanın bağımsız değişkenlerini oluşturan faktörlere göre pap smear testi yaptırma durumlarına ilişkin bulgular Tablo 27’de yer almaktadır. Analizlere dâhil edilen 30 yaş ve üzerindeki kadın katılımcıların %51,5’i pap smear testi yaptırmıştır (n=3657).

Tablo 27. Pap Smear Testi Yaptırma Hizmetinin Kullanımı (n=7095)

Değişkenler		Evet (n=3657)		Hayır (n=3438)		χ^2/ p
		N	%	N	%	
Yaş	30-39	880	46,9	998	53,1	$\chi^2=226,999$ p<0,001
	40-49	1016	58,0	737	42,0	
	50-59	904	60,2	598	39,8	
	60-69	587	53,0	521	47,0	
	≥70	270	31,6	584	68,4	
Eğitim Durumu	<i>Eğitim Almayanlar</i>	565	33,7	1114	66,3	$\chi^2=309,552$ p<0,001
	<i>İlköğretim</i>	1930	54,5	1611	45,5	
	<i>Lise ve Ön lisans</i>	734	62,4	442	37,6	
	<i>Lisans ve Lisansüstü</i>	428	61,2	271	38,8	
Medeni Durum	<i>Bekâr</i>	687	41,2	982	58,8	$\chi^2=94,163$ p<0,001
	<i>Evli</i>	2970	54,7	2456	45,3	
Sağlık Statüsü	<i>İyi</i>	1590	51,5	1495	48,5	$\chi^2=42,607$ p<0,001
	<i>Orta</i>	1546	54,9	1270	45,1	
	<i>Kötü</i>	521	43,6	673	56,4	
Fiziksel Aktivite	<i>Evet</i>	200	60,6	130	39,4	$\chi^2=11,381$ p=0,001
	<i>Hayır</i>	3457	51,1	3308	48,9	
Güvenilir Yakın (Sosyal Destek)	<i>Yok</i>	156	45,6	186	54,4	$\chi^2=14,018$ p=0,001
	<i>1-2 kişi</i>	1355	49,6	1375	50,4	
	<i>3 kişi ve üzeri</i>	2146	53,3	1877	46,7	
Sosyal Güvence (SGK)	<i>Var</i>	3476	52,1	3192	47,9	$\chi^2=15,245$ p<0,001
	<i>Yok</i>	181	42,4	246	57,6	

Tablo 27'ye göre kadınların pap smear testi yaptırma durumları ile çalışmanın bağımsız değişkenlerini oluşturan yaş, eğitim durumu, medeni durum, sağlık statüsü, fiziksel aktivite durumu, güvenilir yakına ve sosyal güvenceye sahip olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Yaş değişkeni ile ilgili ulaşılan bulgular, 50-59 ve 40-49 yaş aralığındaki kadınların pap smear testi yaptırma oranlarının diğer yaş gruplarındaki kadınlara göre daha yüksek olduğunu ($\chi^2=226,999$; $p\leq 0,05$) göstermektedir. Lise ve ön lisans mezunları ile lisans ve lisansüstü eğitim mezunlarının diğer eğitim düzeyleri mezunlarına göre ($\chi^2=309,552$; $p\leq 0,05$); evli katılımcıların bekar katılımcılara göre ($\chi^2=94,163$; $p\leq 0,05$); sağlık statüsü orta düzeyde olanların iyi ve kötü olanlara göre ($\chi^2=42,607$; $p\leq 0,05$); fiziksel aktivite yapanların yapmayanlara göre ($\chi^2=11,381$; $p\leq 0,05$); 3 ve daha fazla sayıda güvenilir yakını olan katılımcıların hiç sosyal desteği olmayan ve 1 veya 2 yakını olan katılımcılara göre ($\chi^2=14,018$; $p\leq 0,05$); SGK

bünyesinde sosyal güvencesi olanların olmayanlara göre ($\chi^2=15,245$; $p\leq 0,05$) pap smear testi yaptırma oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

3.9.2. Araştırma Hipotezlerine İlişkin Bulgular

Tablo 28’de, analizlere dâhil edilen katılımcıların demografik özellikleri, sağlık statüsü, fiziksel aktivite durumu, sosyal destek ve sosyal güvenceye sahip olma gibi özelliklerinin pap smear testi yaptırma davranışları üzerindeki etkisini ortaya koymak amacıyla yürütülen lojistik regresyon analizi sonuçları yer almaktadır. Lojistik regresyon modelinin yeterliliği ve uyum iyiliği incelendiğinde, pap smear testi kullanımını etkileyen faktörlere ilişkin modelin açıklama (Nagelkerke R^2) yüzdesi 0,107’dir. Modelin veriye uyumunu gösteren Hosmer-Lemeshow istatistiğine göre model veriye uyum göstermektedir ($p\geq 0,05$) ve modelin doğru sınıflandırma yüzdesi %62,4’tür.

Tablo 28. Pap Smear Testi Yaptırma ve Belirleyicilerine Yönelik Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

						%95 G.A. için	
					Odds	Odds Oranı	
Bağımsız Değişkenler	B	SH	df	p	Oranı	E.D.	E.Y.
İçsel Bireysel Faktörler							
Yaş							
30-39 (Referans)							
40-49	,553	,070	1	<,001	1,738	1,515	1,995
50-59	,759	,077	1	<,001	2,137	1,838	2,484
60-69	,659	,087	1	<,001	1,934	1,631	2,293
≥70	,080	,105	1	,450	1,083	,881	1,331
Eğitim Durumu							
Eğitim almayanlar (Referans)							
İlköğretim	,803	,067	1	<,001	2,232	1,956	2,546
Lise ve Ön lisans	1,302	,090	1	<,001	3,676	3,082	4,385
Lisans ve Lisansüstü	1,372	,108	1	<,001	3,942	3,193	4,867
Medeni Durum							
Bekâr (Referans)							
Evli	,458	,063	1	<,001	1,580	1,396	1,788
Dışsal Bireysel Faktörler							
Sağlık Statüsü							
İyi (Referans)							
Orta	,302	,058	1	<,001	1,352	1,207	1,515
Kötü	,146	,081	1	,070	1,157	,988	1,355
Fiziksel Aktivite							
Evet	,174	,122	1	,152	1,190	,938	1,511
Hayır (Referans)							
İçsel Toplumsal Faktörler							
Güvenilir Yakın (Sosyal Destek)							
Yok (Referans)							
1-2 kişi	,116	,120	1	,335	1,123	,887	1,422
3 kişi ve üzeri	,149	,119	1	,208	1,161	,920	1,465
Dışsal Toplumsal Faktörler							
Sosyal Güvence (SGK)							
Var	,318	,106	1	,003	1,374	1,116	1,691
Yok (Referans)							
Sabit	-2,033	,176	1	<,001	,131		
Nagelkerke R²: ,107; Hosmer-Lemeshow: 13,473; p=0,097 ; Doğru Sınıflandırma							
Yüzdesi: %62,4							

Analiz sonuçlarına bakıldığında, yaş grupları arasında 50-59 yaş grubundaki katılımcılar 30-39 yaş grubundaki katılımcılarla kıyaslandığında 2,137 kat daha fazla pap smear testi yaptırmaktadır. 60-69 yaş grubundaki katılımcıların referans yaş grubu olan 30-39 yaş

grubundaki katılımcılarla kıyaslandığında pap smear testi yaptırmaya oranı 1,934 kat daha yüksektir ve ulaşılan sonuçlar istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p \leq 0,05$). 40-49 yaş grubundaki katılımcıların ise 30-39 yaş grubundaki katılımcılara göre 1,738 kat daha fazla pap smear testi yaptırmaya istatistiki olarak anlamlı ($p \leq 0,05$) bulunmuştur. Eğitim durumunun pap smear testi yaptırmaya üzerindeki etkisi incelendiğinde, lisans ve lisansüstü eğitim mezunlarının diğer eğitim düzeylerindeki katılımcılara göre daha fazla pap smear testi yaptırdığı ve sonuçların istatistiki açıdan anlamlı ($p \leq 0,05$) olduğu saptanmıştır. Eğitim almayanlara göre lisans ve lisansüstü eğitim mezunları 3,942 kat; lise ve ön lisans mezunları 3,676 kat; ilköğretim mezunları ise 2,232 kat daha fazla pap smear testi yaptırmıştır ve elde edilen odds oranlarının istatistiki açıdan anlamlı ($p \leq 0,05$) olduğu saptanmıştır. Katılımcıların medeni durumlarına göre pap smear testi kullanım oranları incelendiğinde, evli katılımcıların bekar katılımcılara göre pap smear testi yaptırmaya oranının 1,580 kat daha fazla olduğu tespit edilmiş ve elde edilen sonuçlar istatistiki açıdan anlamlı ($p \leq 0,05$) bulunmuştur.

Sağlık statüsü, pap smear testi kullanımını etkilemektedir ve bu bulgu istatistiki açıdan anlamlıdır ($p \leq 0,05$). Genel sağlık statüsünün orta olduğunu belirten katılımcılar iyi olduğunu belirten katılımcılara göre 1,352 kat daha fazla pap smear testi yaptırmıştır. SGK bünyesinde sosyal güvence kapsamında olmayan katılımcılarla kıyaslandığında sosyal güvencesi olan katılımcıların pap smear testi yaptırmaya oranının 1,374 kat daha yüksek olduğu ve elde edilen odds oranının istatistiki açıdan anlamlı ($p \leq 0,05$) olduğu saptanmıştır.

Çalışmanın diğer bulgularına göre, fiziksel aktivite yapan katılımcıların pap smear testi yaptırmaya olasılığı yapmayanlara göre 1,190 kat daha yüksek olmasına rağmen, istatistiksel olarak anlamlılık ($p > 0,05$) bulunmamıştır. Benzer şekilde, sosyal destek açısından incelendiğinde, referans kategori herhangi bir sosyal desteği olmayan katılımcılara göre 1 veya 2 güvenilir yakını olan katılımcıların 1,123 kat; 3 veya daha fazla sayıda güvenilir yakını olan katılımcıların ise 1,161 kat daha fazla pap smear testi yaptırdığı ancak elde edilen odds oranlarının istatistiki açıdan anlamlı ($p > 0,05$) olmadığı tespit edilmiştir.

3.10.Araştırma Hipotezlerine İlişkin Sonuçlar

Tablo 29’da çeşitli faktörlerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkisine ilişkin kurulan hipotez sonuçları yer almaktadır. Elde edilen sonuçlar incelendiğinde, bireylerin grip aşısı yaptırmalarında eğitim durumu, sağlık statüsü ve sosyal destek değişkenlerinin etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (H_{1d} , H_{2a} , H_3). Tansiyon ölçtürme koruyucu sağlık hizmeti kullanımında ise araştırmanın bağımsız bütün değişkenlerinin anlamlı bir etkisi olduğu tespit edilmiştir (H_{1a} , H_{1b} , H_{1c} , H_{1d} , H_{2a} , H_{2b} , H_3 , H_4). Bireylerin kolesterol ölçtürme durumları cinsiyet, yaş, eğitim durumu, sağlık statüsü, fiziksel aktivite ve sosyal güvenceye göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır (H_{1a} , H_{1b} , H_{1d} , H_{2a} , H_{2b} , H_4). Kan şekeri ölçtürme durumu incelendiğinde, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, sağlık statüsü, sosyal destek ve sosyal güvencenin istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir (H_{1a} , H_{1b} , H_{1d} , H_{2a} , H_3 , H_4). Araştırmaya katılan 50 yaş ve üstü katılımcıların gaita ile gizli kan testi yaptırmalarında yalnızca eğitim durumu ve sağlık statüsünün anlamlı bir etkisi olduğu saptanmıştır (H_{1d} , H_{2a}). Bireylerin kolonoskopi yaptırma durumları yaş, eğitim durumu ve sağlık statüsüne göre değişmektedir (H_{1b} , H_{1d} , H_{2a}). Araştırmanın kadın katılımcılarının kendi kendine meme muayenesi uygulamalarında sağlık statüsü dışındaki diğer bütün faktörlerin etkisi anlamlı bulunmuştur (H_{1a} , H_{1b} , H_{1c} , H_{1d} , H_{2b} , H_3 , H_4). Ayrıca fiziksel aktivite ve sosyal destek dışındaki diğer değişkenlerin kadınların mamografi çekirme ve pap smear testi yaptırmaları üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu görülmektedir (H_{1a} , H_{1b} , H_{1c} , H_{1d} , H_{2a} , H_4). Bu bulgulara dayanılarak, ilgili değişkenlere ilişkin kurulan hipotezler kabul edilmiştir (bkz. Tablo 29).

Tablo 29. Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları

Bütünleyici Modelin Dört Kadranı	Hipotez			Grip Aşısı	Tansiyon Ölçtürme	Kolesterol Ölçtürme	Kan Şekeri Ölçtürme	Gaita ile Gizli Kan Testi	Kolonoskopi Yaptırma	Kendi Kendine Meme Muayenesi	Mamografi	Pap Smear Testi
İçsel Bireysel Faktörler	H ₁	H _{1a}	Cinsiyet	Ret	Kabul	Kabul	Kabul	Ret	Ret	*	*	*
		H _{1b}	Yaş	*	Kabul	Kabul	Kabul	Ret	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul
		H _{1c}	Medeni Durum	Ret	Kabul	Ret	Ret	Ret	Ret	Kabul	Kabul	Kabul
		H _{1d}	Eğitim Durumu	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul
Dışsal Bireysel Faktörler	H ₂	H _{2a}	Sağlık Statüsü	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul	Kabul	Ret	Kabul	Kabul
		H _{2b}	Fiziksel Aktivite	Ret	Kabul	Kabul	Ret	Ret	Ret	Kabul	Ret	Ret
İçsel Toplumsal Faktörler	H ₃	-	Sosyal Destek	Kabul	Kabul	Ret	Kabul	Ret	Ret	Kabul	Ret	Ret
Dışsal Toplumsal Faktörler	H ₄	-	Sosyal güvence	Ret	Kabul	Kabul	Kabul	Ret	Ret	Kabul	Kabul	Kabul

*İncelenen bağımlı değişken açısından analiz edilmemiştir

4.BÖLÜM: TARTIŞMA

Yeni ortaya çıkan bir sağlık sorununun teşhisi için yapılan başvurudan, kronik bir hastalığın takibi ya da koruyucu sağlık hizmeti almak için yapılan başvuruya kadar tüm başvurular sağlık hizmeti kullanımı kavramı içinde yer almaktadır (Seçkin, 2009: 6). Sağlık hizmeti kullanım araştırmaları bireylerin hangi tip sağlık hizmetini ne kadar kullandığını ve bu hizmetleri kullanma ya da kullanmama kararlarında etkili olan etmenleri bilimsel olarak saptamak amacıyla yapılmaktadır (Kılıç, 1996: 2). Sağlık hizmetlerinin kullanımı aynı zamanda sağlık hizmetlerine erişim ve kullanılabilirliğin de kanıtıdır.

Sağlığı geliştirdiği ve sağlık hizmetleri maliyetlerini düşürdüğü bilinen koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı genel olarak üç nedenle çok önemlidir. Birincisi tüm dünyada hızla yaşlanan bir nüfus nedeniyle kronik hastalık yükü giderek artmaktadır ve 2050 yılına kadar yaşlı nüfusunun ikiye katlanacağı tahmin edilmektedir. İkincisi, sağlık hizmetleri maliyetleri yüksektir ve giderek artmaktadır. Üçüncüsü ise alınan sağlık hizmeti sonucunda elde edilen sağlık çıktısı beklentileri de sürekli olarak artmaktadır (Kim ve diğerleri, 2014: 16.331). Bu çalışmada, temel olarak Türkiye’de yaşayan bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeylerinde gayesel, davranışsal, kültürel ve sistemsel faktörlerin oluşturduğu etkileri ortaya koymak ve bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanım düzeyini incelemek amaçlanmıştır.

Bu kapsamda, Türkiye’de yaşayan bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımının belirlenmesinde TÜİK tarafından düzenli olarak yapılan Türkiye Sağlık Araştırması 2019 yılı veri seti kullanılmıştır. Türkiye Sağlık Araştırması’na katılan bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımında yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum gibi içsel bireysel faktörlerin yanı sıra sağlık statüsü ve fiziksel aktivite gibi dışsal bireysel faktörlerin, sosyal destek gibi içsel toplumsal ve sosyal güvence gibi dışsal toplumsal faktörlerin etkisi incelenmiştir.

Araştırmanın belirtilen amaçları doğrultusunda yürütülen analizler sonucu elde edilen bulgulara yönelik tartışmalar şu şekildedir:

4.1. Grip Aşısı Yaptırmaya İlişkin Değerlendirmeler

Yapılan lojistik regresyon analizi ile araştırmaya dâhil edilen 65 yaş ve üstü bireylerin grip aşısı yaptırma düzeyleri içsel bireysel (cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum), dışsal bireysel (sağlık statüsü, fiziksel aktivite), içsel toplumsal (sosyal destek) ve dışsal toplumsal (sosyal güvence) faktörlere göre karşılaştırılmış ve eğitim durumu, sağlık statüsü ve sosyal destek faktörlerinin grip aşısı yaptırma üzerinde istatistiksel olarak önemli etkilere sahip olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Bu doğrultuda elde edilen bulgulara ilişkin tartışmalar şu şekildedir:

Bulgu 1. Yapılan lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre, içsel bireysel faktörlerin (eğitim durumu) bireylerin grip aşısı yaptırma kararını etkilediği tespit edilmiştir.

Eğitim durumu grip aşısı yaptırma kararında anlamlı bir şekilde etkilidir. Analiz sonuçlarına göre bireylerin eğitim düzeyi arttıkça grip aşısı yaptırma oranı da artmıştır. Eğitim almayan ya da düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin diğer bireylere kıyasla grip aşısı yaptırma oranı düşük bulunmuştur. Literatür incelendiğinde, benzer sonuçlar ortaya koyan çalışmaların mevcut olduğu görülmektedir. Örneğin, Baron ve diğerlerinin (2018) çalışması sonucunda, 18-59 yaş grubunda olup 1 veya daha fazla sayıda kronik hastalığı olan üniversite mezunu katılımcıların daha düşük eğitim düzeyine sahip katılımcılara göre daha fazla grip aşısı yaptırdığı saptanmıştır. Benzer şekilde, O'Malley ve Forrest (2006) 65 yaş ve üstü bireyler ile yaptığı çalışmada daha yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin daha fazla grip aşısı yaptırdığını ortaya koymuştur. Literatürde araştırmanın bu bulgusunu destekleyen çalışmalar olduğu gibi farklı sonuçlar da bulunmaktadır. Örneğin, Maloney (2020) 187.357 katılımcı ile Chicago'da gerçekleştirdiği bir tez çalışmasında, eğitim durumunun bireylerin grip aşısı yaptırma kararını etkilemediğini ortaya koymuştur. Maloney'in araştırmasında bu çalışmadan farklı olarak daha geniş bir örneklemin (n=187.357) baz alınması ve analizlere 18 yaş ve üstü bireylerin dâhil edilmesinin farklı sonuçların ortaya çıkmasına neden olduğu düşünülebilir.

Bulgu 2. Dışsal bireysel faktörlerin (sağlık statüsü) bireylerin grip aşısı yaptırma kararını etkilediği tespit edilmiştir.

Sağlık statüsünün grip aşısı yaptırma kararı üzerinde anlamlı bir etkisi vardır. Bireylerin grip aşısı yaptırma kararlarını etkileyen faktörlerden birisinin de sağlık statüsü olduğu görülmüştür. Sağlık statüsü orta düzeyde olan katılımcıların sağlık statüsü iyi olan katılımcılara kıyasla grip aşısı yaptırma olasılığı daha yüksek bulunmuştur. Benzer bir sonuç ortaya koyan Wu (2003) çalışmasında sağlık durumu kötü olan bireylerin sağlık durumunun iyi olduğunu belirtenlere göre daha fazla grip aşısı yaptırdığını tespit etmiştir. 65 yaş ve üstü 4.544 Belçikalı katılımcı ile yapılan bir araştırmada da sağlık durumu iyi olan katılımcılara kıyasla kötü olanların daha fazla grip aşısı yaptırdığı saptanmıştır (Hoeck ve diğerleri, 2014). Ayrıca, Petigara (2009) tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nde 50 yaş ve üstü bireylerin dâhil edildiği bir tez çalışmasında da sağlık durumu kötü olan bireylerin iyi olanlara kıyasla daha fazla grip aşısı yaptırdığı görülmüştür.

Bulgu 3. Türkiye Sağlık Araştırması'na katılan bireylerin grip aşısı yaptırma düzeyleri içsel toplumsal faktörlerden (sosyal destek) etkilenmektedir.

Grip aşısı yaptırma kararını etkileyen diğer bir değişken sosyal destektir. Katılımcıların sosyal destek açısından grip aşısı yaptırma durumları karşılaştırıldığında, 3 veya daha fazla sayıda güvenilir yakına sahip olan katılımcıların 1 veya 2 kişi tarafından sosyal destek sağlayabilen katılımcılara kıyasla daha fazla grip aşısı yaptırdığı belirlenmiştir. Böylelikle, bireylerin çevrelerinden sağlayabildiği sosyal destek arttıkça grip aşısı yaptırma oranının da arttığı görülmektedir. Gerçekleştirilen çeşitli çalışmalar, bu çalışmanın bulgusunu desteklemektedir. Örneğin, Han ve diğerleri (2019) çalışmasında eşinden ya da arkadaşlarından sosyal destek sağlayabilen katılımcıların grip aşısı yaptırma oranının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Benzer şekilde, Chiatti ve diğerleri (2011), İtalya'da 65 yaş ve üstü 25.183 katılımcının grip aşısı kullanımını incelediği çalışmada sosyal desteği olan yaşlıların daha fazla grip aşısı yaptırdığı gözlemlenmiştir.

Çalışmanın diğer değişkenleri olan *cinsiyet, medeni durum, fiziksel aktivite ve sosyal güvence* faktörlerinin grip aşısı yaptırma kararında anlamlı bir etkiye sahip olmadığı görülmüştür. Yapılan çeşitli araştırmalarda, çalışmanın bu bulguları ile tutarlı ve farklı sonuçlara ulaşıldığı görülmüştür. Örneğin, Abramson ve Cohen-Naor (2000)'un yaptığı araştırmada, fiziksel aktivite bireylerin grip aşısı yaptırma kararını etkilememiştir ve ulaşılan sonuç bu çalışma bulgularını desteklemiştir.

Ulaşılan çeşitli çalışmalar ise bu çalışma bulgularının aksine grip aşısı yaptırmanın cinsiyet, medeni durum, sosyal güvenceye göre anlamlı bir şekilde farklılaştığını ortaya koymuştur. Örneğin, erkeklerin (Casey ve diğerleri, 2001) daha fazla grip aşısı yaptırdığını ortaya koyan çalışmaların yanında kadınların (Vaidya ve diğerleri, 2012; Mangtani ve diğerleri, 2005) grip aşısı yaptırma oranının daha yüksek olduğunu tespit eden çalışmalar da mevcuttur. Mangtani ve diğerlerinin (2005) Birleşik Krallık' ta 74 yaş ve üstü 5.572 katılımcı ile yaptığı çalışmada, cinsiyetin yanında medeni durumun da grip aşısı yaptırma üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu ve evli bireylerin bekarlara kıyasla daha fazla grip aşısı yaptırdığı görülmüştür. Çalışmasında sosyal güvencenin grip aşısı yaptırma kararı üzerindeki etkisini inceleyen Quinn ve diğerleri (2017) ise, bu çalışmanın aksine sosyal güvence kapsamının grip aşısı yaptırmayı anlamlı ve pozitif bir şekilde etkilediğini ortaya koymuştur.

Grip aşısı Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından, 65 yaş ve üzerindeki bireyler ile bazı kronik hastalıkları olan bireylere her Eylül ila Şubat dönemleri içerisinde reçete edildiğinde yılda 1 defaya mahsus olmak üzere karşılanmaktadır (SGK, 2020). Bu çalışma kapsamındaki 65 yaş ve üstü bireylerin grip aşısı yaptırma oranlarının düşük olup (%23,5) grip aşısı yaptırma kararlarında sosyal güvencenin etkili olmaması durumunun, bireylerin bu hizmetin SGK tarafından karşılandığı hakkında herhangi bir bilgiye sahip olmaması ile ilgili olabileceği veya grip hastalığının genellikle hafif bir hastalık olarak algılanması nedenine bağlı olabileceği düşünülebilir.

4.2. Tansiyon Ölçtürmeye İlişkin Değerlendirmeler

Çalışma sonucunda elde edilen bulgular ile araştırmaya dâhil edilen 18 yaş ve üstü katılımcıların tansiyon ölçtürme durumları yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, sağlık statüsü, fiziksel aktivite, sosyal destek ve sosyal güvenceye göre karşılaştırılmış ve bütün değişkenlerin istatistiksel olarak anlamlı etkiler gösterdiği tespit edilmiştir. Elde edilen bulgulara ilişkin tartışmalar şu şekildedir:

Bulgu 4. Bireylerin tansiyon ölçtürme kararı içsel bireysel faktörlerden (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum) etkilenmektedir.

Cinsiyetin tansiyon ölçtürme üzerinde anlamlı bir etkisi vardır. Yapılan lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre erkeklere kıyasla kadınlar daha fazla tansiyon ölçtürmüştür. Literatür incelendiğinde benzer sonuçlar ortaya koyan çalışmalara ulaşılmıştır. Örneğin, Vaidya ve diğerlerinin (2012), Amerika Birleşik Devletleri'nde yaptığı çalışmada kadınların daha fazla tansiyon ölçtürdüğü saptanmıştır. Benzer şekilde Benjamins ve diğerlerinin (2004) yürüttüğü çalışmada erkeklere kıyasla kadınların tansiyon ölçtürme oranı daha yüksek bulunmuştur.

Yaş, bireylerin tansiyon ölçtürme kararını anlamlı bir şekilde etkilemektedir. Bireylerin tansiyon ölçtürmesini etkileyen içsel bireysel faktörlerden birisinin de yaş olduğu görülmüştür. Yaşlandıkça tansiyon ölçtürme oranı artmaktadır; yaşlı bireyler genç bireylere göre daha fazla tansiyon ölçtürmektedir. Benzer bir sonuç ortaya koyan Teshome ve diğerleri (2018) Etiyopya'da 392 hipertansiyon hastası üzerinde yaptığı araştırma sonucunda tansiyonun daha yüksek yaş grubundaki bireylerde daha fazla ölçtürüldüğünü ortaya koymuştur. Al-Hachim (2017) de çalışmasında gençlerin tansiyon ölçtürme oranının yaşlılara kıyasla daha düşük olduğunu tespit etmiştir.

Eğitim durumunun tansiyon ölçtürme üzerinde anlamlı bir etkisi vardır. Eğitim almayanlara kıyasla lise ve ön lisans ile lisans ve lisansüstü mezunu olan katılımcıların tansiyon ölçtürme oranı daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde, Ahmad ve Jafar (2005)'ın Pakistan'da 18 yaş ve üstü 9442 birey ile yaptığı bir araştırma sonucunda eğitim

düzeyi arttıkça tansiyon ölçtürme oranı da artmıştır. Eğitim durumu ile koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen Lee ve diğerlerinin (2018) çalışması da eğitim durumu faktörünün tansiyon ölçtürme üzerinde pozitif etkiye sahip olduğunu ortaya koymuştur. Robbins ve diğerlerinin (2011) Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayan üreme çağındaki kadınlar arasında tansiyon ve kolesterol ölçtürme oranını tespit etmek amacıyla yaptığı çalışmaya göre kadınların eğitim düzeyi arttıkça tansiyon ölçtürme oranı da artmıştır.

Medeni durumun tansiyon ölçtürme üzerinde anlamlı bir etkisi vardır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, bekar bireylere kıyasla evli bireyler daha fazla tansiyon ölçtürmüştür. Literatürde benzer sonuçlar ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. Örneğin, Benjamins ve diğerleri (2004) evli bireylerin tansiyon ölçtürme oranının bekarlara göre daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur.

Bulgu 5. Dışsal bireysel faktörler (sağlık statüsü, fiziksel aktivite) tansiyon ölçtürmeyi anlamlı bir şekilde etkilemektedir.

Sağlık statüsünün tansiyon ölçtürme üzerinde anlamlı bir etkisi vardır. Elde edilen sonuçlar, algılanan sağlık statüsünü iyi olarak belirten katılımcılara kıyasla sağlık statüsü orta ve kötü düzeyde olan katılımcıların daha fazla tansiyon ölçtürdüğünü göstermektedir. Arjantin'de yapılan bir çalışmada benzer şekilde, sağlık statüsünü kötü olarak bildiren katılımcıların diğerlerine kıyasla tansiyon ölçtürme oranı daha yüksek bulunmuştur (Jahangir ve diğerleri, 2012). Benjamins ve diğerleri (2004) de kötü sağlık statüsünün daha fazla tansiyon ölçtürme ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Benzer şekilde, Diederichs ve Neuhauser (2019)'ın çalışmasında sağlık durumu kötü olan bireylerin daha fazla tansiyon ölçtürdüğünü belirtmiştir.

Fiziksel aktivitenin tansiyon ölçtürme üzerinde anlamlı bir etkisi vardır. Türkiye Sağlık Araştırması'na katılan 18 yaş ve üzerindeki katılımcılar arasından fiziksel aktivite yapanlar yapmayanlara kıyasla daha fazla tansiyon ölçtürmüştür. Teshemo ve diğerleri (2018) gerçekleştirdiği çalışma sonucunda tansiyon ölçtürmenin fiziksel aktivite yapan

katılımcılarda daha yüksek olduğunu ortaya koyarak bu çalışma bulgularını desteklemiştir.

Bulgu 6. İçsel toplumsal faktörler (sosyal destek) bireylerin tansiyon ölçtürme durumlarını etkilemektedir.

Sosyal desteğin tansiyon ölçtürme üzerinde anlamlı bir etkisi vardır. Yapılan lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre sosyal desteği olmayan katılımcılara kıyasla 3 veya daha fazla sosyal desteği olan katılımcıların tansiyon ölçtürme oranı daha yüksek bulunmuştur. Benzer bir sonuç ortaya koyan Nyaaba ve diğerleri (2019) tansiyon ölçtürmede sosyal desteğin etkisini incelediği çalışmada bireylerin güvenilebileceği kişi sayısı arttıkça tansiyon ölçtürme oranının da arttığı gözlemlenmiştir.

Bu çalışma sonuçlarından farklı olarak sosyal desteğin bireylerin tansiyon ölçtürme kararları üzerinde etkili olmadığını ortaya koyan çalışmalara (Al-Hachim, 2017) da ulaşılmıştır. Çalışmanın ortaya koyduğu bu farklılığın, ilgili çalışmanın Michigan’da yaşayan göçmenler üzerinde yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Bulgu 7. Dışsal toplumsal faktörler (sosyal güvence) bireylerin tansiyon ölçtürme kararlarını etkilemektedir.

SGK bünyesinde sosyal güvenceye sahip olma durumunun tansiyon ölçtürme üzerinde anlamlı bir etkisi vardır. Yapılan analizler sonucunda, sosyal güvencesi olmayan bireylere kıyasla SGK bünyesinde sosyal güvencesi olan bireylerin tansiyon ölçtürme oranı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan uluslararası çalışmalar incelendiğinde benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Örneğin, Benjamins ve diğerleri (2004) sosyal güvencesi olan katılımcıların olmayanlara kıyasla daha fazla tansiyon ölçtürdüğünü ortaya koymuştur. Benzer şekilde Obi ve diğerleri (2021) de Nijerya’da yaşlıların koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını incelediği araştırma sonucunda, sağlık sigortası ile koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki tespit etmiştir. Sağlık sigortası olan bireyler olmayanlara kıyasla daha fazla tansiyon ölçtürmüştür.

Bazı çalışmalarda ise bu çalışmanın aksine sosyal güvencenin tansiyon ölçtürme üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı ortaya koyulmuştur. Örneğin, Bloodworth ve diğerlerinin (2018) Amerika Birleşik Devletleri'nde 15.610 katılımcı ile yaptığı çalışmada, Medicaid kapsamının genişletilmesinin bireylerin tansiyon ölçtürmeleri üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı görülmüştür. Yazar bu farklılığın, kapsamın genişletilmesi sonucunda uzun bekleme sürelerinin oluşması gibi bazı erişim engellerine de neden olmasından kaynaklandığını belirtmiştir.

4.3. Kolesterol Ölçtürmeye İlişkin Değerlendirmeler

Çalışma sonucunda elde edilen bulgular ile araştırmaya dâhil edilen 35 yaş ve üzerindeki bireylerin kolesterol ölçtürme durumları karşılaştırılmış ve cinsiyet, yaş, eğitim durumu, sağlık statüsü, fiziksel aktivite yapma ve sosyal güvencenin kolesterol ölçtürme üzerinde istatistiksel olarak önemli etkilere sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda ulaşılan bulgulara ilişkin tartışmalar şu şekildedir:

Bulgu 8. İçsel bireysel faktörler (cinsiyet, yaş, eğitim durumu) bireylerin kolesterol ölçtürmelerini anlamlı bir şekilde etkilemektedir.

Cinsiyet değişkeninin kolesterol ölçtürme üzerinde anlamlı bir etkisi vardır. Türkiye Sağlık Araştırması'na katılan 35 yaş ve üstü erkek katılımcılara kıyasla kadın katılımcılar daha fazla kolesterol ölçtürmüştür. Yapılan çalışmalar incelendiğinde benzer sonuçlar ortaya koyan çalışmalara (Benjamins ve diğerleri, 2004; Vaidya ve diğerleri, 2012; Nguyen ve diğerleri, 2021) ulaşılmıştır. Benjamins ve diğerleri (2004) ile Vaidya ve diğerlerinin (2012) koruyucu sağlık hizmetleri kullanımının belirleyicilerine yönelik yaptığı çalışmalarda kadınlar erkeklere kıyasla daha fazla kolesterol ölçtürmüştür. Ayrıca, bu çalışmanın aksine, cinsiyetin kolesterol ölçtürme üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığını ortaya koyan çalışmalara (Cheah ve Tang, 2017; Davis ve diğerleri, 1998) ve erkeklerin kadınlara kıyasla daha fazla kolesterol ölçtürdüğünü tespit eden çalışmalara da (Benjamins, 2005a) ulaşılmıştır.

Yaş değişkeninin kolesterol ölçtürme üzerinde anlamlı bir etkisi vardır. Yaş arttıkça kolesterol ölçtürme düzeyi de artmaktadır. 35 yaş ve üstü bireyler arasında yapılan analiz sonuçlarına göre gençler yaşlılardan daha az kolesterol ölçturmektir. Literatürde yapılan araştırmalar incelendiğinde, benzer sonuçlar ortaya koyan çalışmalara ulaşılmıştır. Amerikan yetişkinlerde ikincil koruma kapsamında hipertansiyon, hiperkolesterolemi ve hiperglisemi taramalarının kullanımı ile ilişkili sağlığın sosyal belirleyicilerini araştıran Nguyen ve diğerleri (2021) 18 yaş ve üstü Amerikan bireylerde kolesterolün yaş arttıkça daha fazla ölçtürüldüğünü ortaya koymuştur.

Eğitim durumu değişkeninin kolesterol ölçtürme üzerinde anlamlı bir etkisi vardır. Çalışma sonuçlarına göre bireylerin eğitim düzeyi arttıkça kolesterol ölçtürme düzeyi de artmıştır. Rodin ve diğerlerinin (2012) dokuz Avrupa ülkesinde (Belçika, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Estonya, Finlandiya, Macaristan, İtalya, Letonya, Litvanya) tansiyon ve kolesterol ölçümünün eğitim durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını ortaya koymak amacıyla yaptığı çalışmada bütün ülkeler için yüksek eğitim düzeyi daha fazla kolesterol ölçtürme ile ilişkilendirilmiştir.

Bulgu 9. Dışsal bireysel faktörler (sağlık statüsü, fiziksel aktivite) bireylerin kan şekeri ölçtürme kararlarını etkilemektedir.

Sağlık statüsü değişkeninin kolesterol ölçtürme üzerinde anlamlı bir etkisi vardır. Bireylerin kolesterol ölçtürmelerini etkileyen dışsal bireysel faktörlerden birisi sağlık statüsü olmuştur. Türkiye Sağlık Araştırması'na katılan 35 yaş ve üzerindeki katılımcıların sağlık statüsü kötüleştikçe kolesterol ölçtürme oranı artmıştır. Michigan'da yapılan bir çalışmada da (Wu, 2003) benzer şekilde sağlık statüsü kötü olan katılımcıların iyi olanlara kıyasla daha fazla kolesterol ölçtürdüğü tespit edilmiştir.

Fiziksel aktivite değişkeninin kolesterol ölçtürme üzerinde anlamlı bir etkisi vardır. Kolesterol ölçtürme üzerindeki etkisi incelenen değişkenlerden biri olan fiziksel aktivitenin bireylerin kolesterol ölçtürmeleri üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkisi olduğu bulunmuştur. Normal bir hafta içerisinde en az on dakika fiziksel aktivite yaptığını belirten katılımcılar fiziksel aktivite yapmayan katılımcılara kıyasla daha fazla kolesterol

ölçtürmüştür. Al-Hachim (2017)'in gerçekleştirdiği çalışma sonucunda günde en az 20 dakika fiziksel aktivite yapan katılımcıların yapmayanlara göre daha fazla kolesterol ölçtürdüğü görülmüştür ancak sonuçlar istatistiki açıdan anlamlı bulunmamıştır.

Bulgu 10. Dışsal toplumsal faktörler (sosyal güvence) bireylerin kolesterol ölçtürme kararlarını etkilemektedir.

Sosyal güvence değişkeninin kolesterol ölçtürme üzerinde anlamlı bir etkisi vardır. Dışsal toplumsal faktörlerden biri olan sosyal güvence faktörü kolesterol ölçtürmeyi anlamlı bir şekilde etkilemiştir. SGK bünyesinde sosyal güvencesi olanlara kıyasla sosyal güvence kapsamında olmayan bireylerin kolesterol ölçtürme düzeyi daha düşük bulunmuştur. Yapılan çalışmalar incelendiğinde benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmüştür. Örneğin, Rivera-Hernandez ve Galarraga (2015) Meksika’da yaşayan yaşlı yetişkinler arasında koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını araştırdığı çalışmada sosyal güvencesi olmayan yaşlıların kolesterol ölçtürme düzeyini sosyal güvencesi olanlara kıyasla daha düşük bulmuştur. Benzer şekilde Birleşik Krallık’ ta yapılan bir çalışmada sosyal güvence kapsamında olan 20 yaş ve üstü bireylerin kolesterol ölçtürme düzeyi sosyal güvencesi olmayan bireylere kıyasla daha yüksek bulunmuştur (Brown ve diğerleri, 2001).

Medeni durum ve sosyal destek değişkenleri ile Türkiye Sağlık Araştırması’na katılan 35 yaş ve üstü bireylerin kolesterol ölçtürme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Literatürde, çalışmanın bu bulgularını destekleyen (Al-Hachim, 2017) ve farklı sonuçlar ortaya koyan çalışmalar (Benjamins ve diğerleri, 2004; Nguyen ve diğerleri, 2021) mevcuttur. Al-Hachim (2017) çalışmasında, bu çalışma bulgularını destekleyerek medeni durum ve sosyal desteğin katılımcıların kolesterol ölçtürme kararlarını etkilemediğini ortaya koymuştur. Benjamins ve diğerleri (2004) ise Amerika Birleşik Devletleri’nde yaptığı çalışmada bu çalışmanın aksine, evli bireylerin daha fazla kolesterol ölçtürdüğünü ve sonuçların istatistiki açıdan anlamlı bulunduğunu belirtmiştir. Nguyen ve diğerleri (2021) de gerçekleştirdiği çalışmada evli olmayı daha fazla kolesterol ölçtürme ile ilişkilendirmiştir.

4.4. Kan Şekeri Ölçtürmeye İlişkin Değerlendirmeler

Çalışmanın diğer bağımlı değişkenlerinden biri olan kan şekeri ölçtürmenin Türkiye’de yaşayan 45 yaş ve üzerindeki bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sağlık statüsü, sosyal destek ve sosyal güvence durumundan etkilendiği tespit edilmiştir. Bu doğrultuda ulaşılan bulgulara ilişkin tartışmalar şu şekildedir:

Bulgu 11. Bireylerin kan şekeri ölçtürme kararları içsel bireysel faktörlerden (cinsiyet, yaş, eğitim durumu) etkilenmektedir.

Cinsiyetin kan şekeri ölçtürme üzerinde anlamlı bir etkisi vardır. Kadın katılımcıların erkek katılımcılara kıyasla daha fazla kan şekeri ölçtürdüğü görülmüştür. Yapılan uluslararası çalışmalarda cinsiyet değişkeni açısından benzer ve farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Örneğin, Nguyen ve diğerlerinin (2021) çalışması sonucunda bu çalışma bulgularına benzer şekilde kadınların erkeklere kıyasla daha fazla kan şekeri ölçtürdüğü tespit edilmiştir. Ulaşılan diğer çalışmalar ise (Hoeck ve diğerleri, 2014; Cheah ve Tang, 2017) bu çalışmanın aksine cinsiyet faktörünün kan şekeri ölçtürme üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığını ortaya koymuştur.

Yaşın kan şekeri ölçtürme üzerinde anlamlı bir etkisi vardır. Türkiye Sağlık Araştırması’na katılan 45 yaş ve üstü bireylerin yaşları arttıkça kan şekeri ölçtürme olasılıkları da artmaktadır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde, çalışmanın bu bulgusunu destekleyen çalışmalara ulaşılmıştır. Cheah ve Lim (2015)’in Malezya’da kan şekeri ölçtürmenin sosyoekonomik ve yaşam tarzı belirleyicilerini araştırdığı çalışmada yaş faktörü kan şekeri ölçtürmeyi anlamlı ve pozitif bir şekilde etkilemiştir. Yaş arttıkça kan şekeri ölçtürme oranı da artmıştır.

Yaşlanmanın kan şekeri ölçtürmeyi artırdığı sonucunu destekleyen çalışmalar olduğu gibi kan şekeri ölçtürmenin yaşa göre farklılaşmadığını saptayan çalışmalara da (Hoeck ve diğerleri, 2014; Raoufi ve diğerleri, 2018) ulaşılmıştır. Hoeck ve diğerlerinin (2014) bu çalışmadan farklı olarak araştırmaya 65 yaş ve üstü 4544 katılımcıyı dâhil etmesi nedeniyle farklı sonuçlara ulaşıldığı söylenebilir. Raoufi ve diğerlerinin (2018) ise Çin’in

Şantung eyaletinde yaptığı araştırmada dâhil edilen katılımcıların 2.183 diyabet hastası olması nedeniyle bu çalışmadan farklı bulgulara ulaşılmış olduğu düşünülebilir.

Eğitim durumunun kan şekeri ölçtürme üzerinde anlamlı bir etkisi vardır. Eğitim durumu Türkiye’de yaşayan 45 yaş ve üstü bireylerin kan şekeri ölçtürmeleri üzerinde pozitif etkiye sahip içsel bireysel faktörlerden biridir. Bireylerin eğitim düzeyindeki artış daha yüksek kan şekeri ölçtürme ile ilişkilendirilmiştir. Benzer bir sonuç orta koyan Raoufi ve diğerleri (2018) çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça kan şekeri ölçtürme oranının arttığını ortaya koymuştur. Hoeck ve diğerlerinin (2014) yaptığı çalışma da bu çalışma bulgularını destekler niteliktedir.

Bulgu 12. Dışsal bireysel faktörler (sağlık statüsü) kan şekeri ölçtürmeyi etkilemektedir.

Sağlık statüsünün kan şekeri ölçtürme üzerinde anlamlı bir etkisi vardır. Sağlık statüsü açısından incelendiğinde, araştırmaya katılan bireylerin sağlık statüsü iyileştikçe kan şekeri ölçtürme oranının da düştüğü gözlemlenmiştir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde bu çalışma bulgularını destekleyen çalışmalara (Hoeck ve diğerleri, 2014; Raoufi ve diğerleri, 2018) ulaşılmıştır. Örneğin Hoeck ve diğerleri (2014) Belçika’da yaptığı çalışmada algılanan sağlık durumu iyi olan bireylere kıyasla kötü olan bireylerin daha fazla kan şekeri ölçtürdüğünü tespit etmiştir.

Bulgu 13. İçsel toplumsal faktörler (sosyal destek) kan şekeri ölçtürmeyi etkilemektedir.

Sosyal desteğin kan şekeri ölçtürme üzerinde anlamlı bir etkisi vardır. Kan şekeri ölçtürme üzerinde etkisi araştırılan içsel toplumsal faktörlerden biri olan sosyal destek, araştırmaya katılan bireylerin kan şekeri ölçtürmesini pozitif ve anlamlı bir şekilde etkilemiştir. 3 kişi veya daha fazla sayıda sosyal desteği olan bireylerin sosyal desteğe sahip olmayan bireylere kıyasla kan şekeri ölçtürme oranı daha yüksek bulunmuştur. Tang ve diğerlerinin (2008) Michigan’da 40 yaş ve üstü 89 diyabet hastası üzerinde yaptığı araştırmada, bu çalışma bulgularına benzer şekilde, sosyal desteği olan ve

sağlanan sosyal destekten memnun olan katılımcıların kan şekeri ölçtürme oranı daha yüksek bulunmuştur.

Bulgu 14. Dışsal toplumsal faktörler (sosyal güvence) kan şekeri ölçtürme kararını etkilemektedir.

Sosyal güvencenin kan şekeri ölçtürme üzerinde anlamlı bir etkisi vardır. Araştırma katılımcıları arasında SGK bünyesinde sosyal güvencesi olanların sosyal güvencesi olmayanlara kıyasla daha fazla kan şekeri ölçtürdüğü görülmüştür. Yapılan çalışmalar incelendiğinde benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Örneğin, Rivera-Hernandez ve Galarraga (2015) tarafından yürütülen çalışmada sigortalı bireylerin daha fazla kan şekeri ölçtürdüğü görülmüştür.

Çalışmanın diğer sonuçlarına göre *medeni durum* ve *fiziksel aktivite* değişkenlerinin bireylerin kan şekeri ölçtürme üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı görülmüştür. Gerçekleştirilen çeşitli çalışmalar (Al-Hachim, 2017; Raoufi ve diğerleri, 2018; Hoeck ve diğerleri, 2014) araştırmanın fiziksel aktiviteye ilişkin bulgusunu desteklemekte ve kan şekeri ölçtürmenin bireylerin fiziksel aktivite durumlarından etkilenmediğini göstermektedir. Medeni durum açısından bu çalışma bulgularından farklı sonuçlar ortaya koyan çalışmalara da ulaşılmıştır. Nguyen ve diğerleri (2021), medeni durumun kan şekeri ölçtürmede istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkili olduğunu ve evli olmanın bireylerin kan şekeri ölçtürmelerini anlamlı ve pozitif bir şekilde etkilediğini ortaya koymuştur. Bu farklılığın, bu çalışmaya dâhil edilen örneklem 45 yaş ve üstü olmasına karşın Nguyen ve diğerlerinin çalışmasına 18 yaş ve üstü katılımcıları dâhil etmesi ile ilişkili olduğu düşünülebilir.

4.5. Gaita ile Gizli Kan Testi Yaptırmaya İlişkin Değerlendirmeler

Çalışma sonucunda elde edilen bulgular ile araştırmaya dâhil edilen 50 yaş ve üstü bireylerin gaita ile gizli kan testi yaptırmaya durumları yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, sağlık statüsü, fiziksel aktivite, sosyal destek ve SGK bünyesinde sosyal güvenceye sahip olma durumlarına göre karşılaştırılmış ve eğitim durumu ve sağlık

statüsü dışındaki diğer değişkenlerin gaita ile gizli kan testi yaptırmayı etkilemediği sonucu ortaya çıkmıştır. Bu doğrultuda ulaşılan bulgulara ilişkin tartışmalar şu şekildedir:

Bulgu 15. İçsel bireysel faktörler (eğitim durumu) bireylerin gaita ile gizli kan testi yaptırmalarını etkilemektedir.

Bu çalışma, bireylerin gaita ile gizli kan testi yaptırma kararlarının eğitim durumundan etkilendiğini ve lisans ve lisansüstü eğitim mezunlarının eğitim almayanlara kıyasla gaita ile gizli kan testi yaptırma oranının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Young ve diğerleri (2007) de 50 yaş ve üstü 1.050 katılımcı ile yaptığı çalışmada benzer sonuçlara ulaşmıştır. Yazar, çalışma sonucunda eğitim düzeyi yüksek olan katılımcıların daha fazla gaita ile gizli kan testi yaptırdığını belirtmiştir. Başka bir çalışmada (Weber ve diğerleri, 2013) da bu çalışmaya benzer şekilde eğitim düzeyi bireylerin gaita ile gizli kan testi yaptırmalarını anlamlı ve pozitif bir şekilde etkilemiştir. Weber ve diğerlerinin (2013) Avustralya’da gerçekleştirdiği çalışmaya göre eğitim düzeyini düşük bildiren katılımcıların kolorektal kanserin teşhisine yönelik gaita ile gizli kan testi yaptırma oranı daha düşük bulunmuştur.

Bulgu 16. Dışsal bireysel faktörler (sağlık statüsü) bireylerin gaita ile gizli kan testi yaptırma kararlarını etkilemektedir.

Sağlık statüsünün bireylerin gaita ile gizli kan testi yaptırmaları üzerinde etkisi vardır. Araştırmaya katılan 50 yaş ve üstü bireyler arasından sağlık statüsü iyi olanlara kıyasla orta ve kötü düzeyde olan katılımcıların gaita ile gizli kan testi yaptırma oranı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Örneğin, Dam ve diğerleri (2013) çalışmasında fiziksel sağlık statüsünün ortalamanın altında olduğunu belirtenlerin, ortalamanın üstünde fiziksel sağlık statüsüne sahip olan katılımcılara kıyasla daha fazla gaita ile gizli kan testi yaptırdığını ortaya koymuştur.

Çalışma sonucunda elde edilen diğer bulgulara göre, araştırmaya dâhil edilen bireylerin gaita ile gizli kan testi yaptırma kararlarının *cinsiyet, yaş, medeni durum, fiziksel aktivite,*

sosyal destek ve sosyal güvenceden etkilenmediği tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Örneğin Christman ve diğerlerinin (2004) Amerika Birleşik Devletleri'nde üç toplum sağlığı merkezinde yaptığı araştırmada *medeni durum ve sosyal güvencenin* gaita ile gizli kan testi yaptırmaya üzerindeki etkisi bu çalışmaya benzer nitelikte anlamsız bulunmuştur. Sosyal destek açısından incelendiğinde, Brittain ve Murphy (2015) tarafından 129 Afrika kökenli Amerikalı birey ile yapılan araştırmada sosyal destek faktörü bu çalışmaya benzer şekilde bireylerin gaita ile gizli kan testi yaptırmaya kararını etkilememiştir.

Uluslararası literatürde bu çalışma bulgularını destekleyen çalışmalar olduğu gibi farklı sonuçlar ortaya koyan çalışmalar da mevcuttur. Örneğin, Coughlin ve Thompson (2004) tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayan 50 yaş ve üzerindeki bireyler ile yapılan araştırmada yaş, cinsiyet ve sosyal güvence faktörlerinin gaita ile gizli kan testi yaptırmaya üzerindeki etkisi anlamlı bulunmuştur. Yaşlıların, kadınların ve sosyal güvence kapsamında olanların gaita ile gizli kan testi yaptırmaya oranı daha yüksek bulunmuştur. Van Jaarsveld ve diğerleri (2006) de çalışmasında yine bu çalışma bulgularının aksine, 55-59 yaş grubundaki bireylerin ve erkeklerin daha fazla gaita ile gizli kan testi yaptırdığı görülmüştür. Zimmerman ve diğerleri (2006) de 64 yaş ve üstü 981 birey ile yaptığı çalışmada erkeklerin daha fazla gaita ile gizli kan testi yaptırdığını tespit etmiştir. Fiziksel aktivite açısından incelendiğinde, Tessero ve diğerleri (2006) çalışmasında, haftada en az 150 dakika orta şiddetli ya da 60 dakika şiddetli spor yapan katılımcıların gaita ile gizli kan testi yaptırmaya oranının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Gaita ile gizli kan testi yaptırmaya sosyal desteğin etkisini inceleyen bir diğer çalışma (Dong ve Liu, 2017) ise Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayan 60 yaş ve üstü Çinli yetişkinler üzerinde yapılmıştır. Araştırma sonucunda, eşlerden sağlanan sosyal destek bireylerin gaita ile gizli kan testi yaptırmalarını anlamlı ve pozitif bir şekilde etkilemiştir.

4.6. Kolonoskopi Yaptırmaya İlişkin Değerlendirmeler

Türkiye Sağlık Araştırması'na katılan 50 yaş ve üstü bireylerin kolonoskopi yaptırmaya düzeylerinin yaş, eğitim durumu ve sağlık statüsünden etkilendiği tespit edilmiştir. Bu doğrultuda ulaşılan bulgulara ilişkin tartışmalar şu şekildedir:

Bulgu 17. İçsel bireysel faktörler (yaş, eğitim durumu) bireylerin kolonoskopi yaptırma kararında etkili faktörlerdir.

Yaş faktörü bireylerin kolonoskopi yaptırma kararlarını etkilemektedir. Araştırmaya katılan 50 yaş ve üzeri bireylerin yaşları arttıkça kolonoskopi yaptırma olasılıklarının da arttığı tespit edilmiştir. Kolorektal kanser insidansının yaşlı bireylerde daha yüksek olması ve yaş faktörünün bireylerin herhangi bir sağlık problemi ile karşılaşma olasılığını artırdığı düşüncesi yaşlandıkça kolonoskopi kullanımının arttığı sonucunu desteklemektedir. Yapılan ulusal ve uluslararası çalışmalarda bu çalışmayı destekleyen sonuçlara ulaşılmıştır. Örneğin 2014 yılında Trabzon’da yaşayan 40 yaş ve üstü 1200 birey ile yapılan bir tez çalışmasında yaş arttıkça kolonoskopi yaptırma oranının da arttığı gözlenmiştir (Mumcu, 2014). Benzer şekilde, Coughlin ve Thompson (2004)’ın çalışmasında daha yaşlı bireylerin daha fazla kolonoskopi yaptırdığı tespit edilmiştir.

Eğitim durumu bireylerin kolonoskopi yaptırma kararlarını etkilemektedir. Türkiye Sağlık Araştırması’na katılan 50 yaş ve üstü katılımcılar arasından eğitim düzeyi daha yüksek olanlar daha fazla kolonoskopi yaptırmıştır. Bireylerin eğitim düzeyi arttıkça kanser riskine ve koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik bilgi düzeyinin de artması neticesinde kolonoskopi kullanımının da arttığı söylenebilir. Bu çalışmaya benzer şekilde, Choi ve diğerlerinin (2019) Kore’de gaita ile gizli kan testi pozitif çıkan 213 katılımcı üzerinde yaptığı çalışmada eğitim durumu faktörünün kolonoskopi tarama davranışı üzerinde etkili olduğu ortaya koyulmuştur. Elde edilen sonuçlara göre, eğitim düzeyi yükseldikçe kolonoskopi koruyucu sağlık hizmetini kullanma oranı da artmıştır. Benzer şekilde Harmon ve diğerleri (2014) de eğitim düzeyi daha yüksek olan bireylerin kolonoskopi yaptırma oranını daha düşük eğitim düzeyine sahip olanlara göre yüksek bulmuştur.

Bulgu 18. Dışsal bireysel faktörler (sağlık statüsü) bireylerin kolonoskopi yaptırma kararını etkilemektedir.

Sağlık statüsü kolonoskopi yaptırma kararını etkilemektedir. Sağlık statüsü iyi olan katılımcılara kıyasla sağlık statüsü orta ve kötü düzeyde olan katılımcıların kolonoskopi

yaptırma oranı daha yüksek bulunmuştur. Byrne ve diğerlerinin (2010) sigara içen ve içmeyen bireyler arasında kanser tarama davranışlarını incelediği çalışmada sağlık durumu iyi olanlara kıyasla kötü olanlar daha fazla kolonoskopi yaptırdığı görülmüştür. Benzer şekilde, Coughlin ve Thompson (2004) çalışmasında sağlık durumu kötü olan bireylerin daha fazla kolonoskopi yaptırdığı tespit edilmiştir.

Çalışmanın diğer değişkenleri olan *cinsiyet*, *medeni durum*, *fiziksel aktivite*, *sosyal destek* ve *sosyal güvencenin* bireylerin kolonoskopi yaptırma kararı üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Literatürde yapılan çalışmalarda benzer ve farklı sonuçlara ulaşıldığı görülmüştür. Örneğin, Brittain ve Murphy (2015) çalışmasında bu çalışma bulgularının aksine, aileden sağlanan *sosyal desteğin* bireylerin kolonoskopi yaptırma kararlarını anlamlı bir şekilde etkilediğini ortaya koymuştur. Benzer şekilde Dong ve Liu (2017) tarafından yapılan çalışmada, 60 yaş ve üstü bireylerin eşlerinden ve ailelerinden algıladığı *sosyal desteğin* kolonoskopi yaptırma kararını anlamlı ve pozitif bir şekilde etkilediği ortaya koyulmuştur. Yazar, ayrıca bireylerin arkadaşlarından sağladığı *sosyal desteğin* kolonoskopi yaptırma kararını anlamlı bir şekilde etkilemediğini ortaya koymuştur. *Medeni durum* açısından incelendiğinde, Türkiye’de Karabük ilinde 50-70 yaş grubundaki 373 katılımcı ile yapılan bir çalışmada bu çalışmanın aksine medeni durum kolonoskopi yaptırmada etkili olmuş ve bekar olmak daha az kolonoskopi yaptırma ile ilişkilendirilmiştir (Özdemir ve diğerleri, 2020), Benzer şekilde, uluslararası literatürde de bu çalışmanın aksine, evlilerin bekarlara kıyasla daha fazla kolonoskopi yaptırdığını ortaya koyan çalışmalar (Coughlin ve Thompson, 2004; Choi ve diğerleri, 2019) mevcuttur. *Sosyal güvencenin* kolonoskopi yaptırmadaki etkisini inceleyen Swan ve diğerleri (2010), bu çalışmanın aksine kamu ve özel sağlık sigortası olanlara kıyasla sosyal güvencesi olmayanların kolonoskopi yaptırma oranını daha düşük bulmuştur. *Fiziksel aktivite açısından incelendiğinde*, Sewitch ve diğerlerinin (2007) Kanada’da 50 yaş ve üstü bireyler ile yaptığı çalışmada, bu çalışmanın aksine fiziksel olarak aktif olmayanlara kıyasla orta ve yüksek derecede *fiziksel aktivite* yapan katılımcıların kolonoskopi yaptırma oranı daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmanın aksine *cinsiyet* değişkeni ulaşılan bazı çalışmalarda (Sewitch ve diğerleri, 2007; McQueen ve diğerleri, 2006) kolonoskopi yaptırma kararını anlamlı ve pozitif bir şekilde etkilemiş ve erkeklerin daha fazla kolonoskopi yaptırdığını ortaya koymuştur.

Yukarıda ulusal ve uluslararası olarak karşılaştırılan çalışmaların çoğunlukla il bazında veya bölgesel çalışmalar olması, küçük bir katılımcı grubuyla yapılmış olması nedeniyle bu çalışmanın bulgularından farklı sonuçlar ortaya koyduğu düşünülebilir.

4.7. Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapmaya İlişkin Değerlendirmeler

Yapılan lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre 20 yaş ve üzerindeki kadın katılımcıların kendi kendine meme muayenesi yapma durumlarını sağlık statüsü dışındaki bütün faktörler (yaş, medeni durum, eğitim durumu, fiziksel aktivite, sosyal destek, sosyal güvence) anlamlı bir şekilde etkilemiştir. Bu doğrultuda elde edilen bulgulara ilişkin tartışmalar şu şekildedir:

Bulgu 19. İçsel bireysel faktörler (yaş, medeni durum, eğitim durumu) kadınların kendi kendine meme muayenesi yapmalarını etkilemektedir.

Yaş, kadınların kendi kendine meme muayenesi yapmalarında anlamlı bir şekilde etkilidir. Yaş arttıkça kendi kendine meme muayenesi yapma oranı da artmıştır. Yaş grupları arasında en fazla uygulamada bulunan bireyler 50-59 ve 60-69 yaş grubundaki katılımcılardan oluşmuştur. Gerçekleştirilen ulusal ve uluslararası çalışmalarda, araştırmanın bu bulgularını destekleyen ve aksini ortaya koyan sonuçlara ulaşılmıştır. Örneğin, Benjamins ve Brown (2004) Amerika Birleşik Devletleri'nde yaptığı çalışma sonucunda, bu çalışmaya benzer şekilde yaşlıların gençlere göre daha fazla kendi kendine meme muayenesi uyguladığını belirtmiştir. Benzer şekilde, Petro-Nustus ve Mikhail (2002) tarafından Ürdünlü 519 kadın ile yapılan çalışmada yaş arttıkça kendi kendine meme muayenesi yapma oranı da artmıştır. Bazı çalışmalarda (Sönmez ve diğerleri, 2012; Secginli ve Nahcivan, 2006) ise bu çalışma bulgularından farklı olarak, yaş değişkeni kendi kendine meme muayenesi yapmayı negatif bir şekilde etkilemiştir. Örneğin, Sönmez ve diğerlerinin (2012) gerçekleştirdiği çalışmada yaş ilerledikçe kendi kendine meme muayenesi yapma oranı azalmıştır. 20-39 yaş grubundaki bireylerin kendi kendine meme muayenesi yapma olasılığının diğer yaş gruplarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu araştırmaların yerel, bölgesel ve daha küçük katılımcı sayısı ile yapılmış olmasının farklı sonuçlar ortaya koymasına neden olduğu düşünülebilir.

Medeni durum, kadınların kendi kendine meme muayenesi yapmalarında anlamlı bir şekilde etkilidir. Araştırmaya katılan 20 yaş ve üzerindeki kadınlar arasından evli olanların kendi kendine meme muayenesi yapma oranı bekarlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Gerçekleştirilen çeşitli çalışmalarda (Avcı, 2008; Bashirian ve diğerleri, 2019; Madan ve diğerleri, 2000) bu bulgu desteklenirken bazı çalışmalarda (Sönmez ve diğerleri, 2012; Secginli ve Nahcivan, 2006; Baloushah ve diğerleri, 2020) medeni durumun kendi kendine meme muayenesi yaptırmada anlamlı bir etkiye sahip olmadığı görülmüştür. Türkiye’de il bazında yapılan bir araştırmada 103 çalışan kadının kendi kendine meme muayenesi uygulama durumları analiz edilmiştir. Çalışma sonuçları, evli kadınların bekar kadınlardan daha fazla kendi kendine meme muayenesi yaptığını göstermiştir (Avcı, 2008).

Eğitim durumu, kadınların kendi kendine meme muayenesi yapmalarında anlamlı bir şekilde etkilidir. Çalışma kapsamındaki bireylerin eğitim düzeyi arttıkça kendi kendine meme muayenesi yapma oranı da artmıştır. Benzer sonuçları ortaya koyan ulusal (Sönmez ve diğerleri, 2012; Secginli ve Nahcivan, 2006; Karahan, 2019) ve uluslararası (Benjamins ve Brown, 2004; Madan ve diğerleri, 2000) çalışmalar mevcuttur. Ayrıca, nispeten daha az sayıda çalışmada (Avcı, 2008; Baloushah ve diğerleri, 2020) ise eğitim durumu kendi kendine meme muayenesi yapmada anlamlı bir şekilde etkili olmamıştır. Karahan (2019)’ın Karabük ilinde 483 kadın katılımcı ile kendi kendine meme muayenesi ve belirleyicilerine yönelik yaptığı araştırmada bireylerin daha yüksek eğitim düzeyine sahip olması daha fazla kendi kendine meme muayenesi uygulaması ile ilişkilendirilmiştir.

Bulgu 20. Dışsal bireysel faktörler (fiziksel aktivite) kadınların kendi kendine meme muayenesi yapmalarını etkilemektedir.

Fiziksel aktivite yapma, kadınların kendi kendine meme muayenesi uygulamalarında anlamlı bir şekilde etkilidir. Türkiye Sağlık Araştırması’na katılan 20 yaş ve üzerindeki kadın katılımcılar arasından normal bir hafta içerisinde hiç fiziksel aktivite gerçekleştirmeyen katılımcılara kıyasla fiziksel olarak aktif katılımcıların kendi kendine meme muayenesi yapma oranı daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde, Chao ve

diğerleri (1987) fiziksel aktivite yapan katılımcıların yapmayanlara kıyasla daha fazla kendi kendine meme muayenesi yaptığını ortaya koymuştur.

Bulgu 21. İçsel toplumsal faktörler (sosyal destek) kadınların kendi kendine meme muayenesi uygulamalarında etkilidir.

Sosyal destek, kadınların kendi kendine meme muayenesi yapmalarında anlamlı bir şekilde etkilidir. Araştırmaya katılan 20 yaş ve üstündeki kadınların sosyal destek sağlayabileceği güvenilir yakın sayısı arttıkça kendi kendine meme muayenesi yapma oranı da artmıştır. Literatürde yapılan bazı çalışmalarda benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Örneğin, Bashirian ve diğerlerinin (2019) İran’da kadın sağlık çalışanları ile yaptığı araştırmada sosyal desteğin kendi kendine meme muayenesi yapmada pozitif ve anlamlı bir şekilde etkili olduğu görülmüştür. Benzer şekilde, Shirazi (2015) Amerika Birleşik Devletleri’nde yaşayan İranlı göçmen kadınlar ile yaptığı çalışmada arkadaşlarından ve eşlerinden destek alabilen göçmen kadınların kendi kendine meme muayenesi yapma oranının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur.

Bulgu 22. Dışsal toplumsal faktörler (sosyal güvence) kadınların kendi kendine meme muayenesi uygulamalarında etkilidir.

Sosyal güvence, kadınların kendi kendine meme muayenesi yapmalarında anlamlı bir şekilde etkilidir. Araştırma katılımcılarının kendi kendine meme muayenesi yapmalarında sosyal güvence durumunun etkisi incelendiğinde, SGK bünyesinde sosyal güvencesi olan bireylerin sosyal güvencesi olmayan bireylere kıyasla daha fazla kendi kendine meme muayenesi yaptığı görülmüştür. Literatürde çalışmanın bu bulgularını destekleyen (Petro ve diğerleri, 2002; Secginli ve Nahcivan, 2006) ve sosyal güvencenin kendi kendine meme muayenesi uygulamada etkili olmadığını belirten çalışmalara (Sönmez ve diğerleri, 2012) ulaşılmıştır.

Bu çalışmada ulaşılan bulgular, *sağlık statüsü* değişkeninin bireylerin kendi kendine meme muayenesi uygulamalarında anlamlı bir etkiye sahip olmadığını göstermiştir.

İncelenen çalışmalarda benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmüştür. Örneğin, Parsa ve diğerleri (2011) Malezya’da 23-56 yaş aralığındaki 425 öğretmen ile yaptığı çalışmada, bu çalışmaya benzer şekilde sağlık statüsünün kendi kendine meme muayenesi yapmayı etkilemediğini ortaya koymuştur.

4.8. Mamografi Çektirmeye İlişkin Değerlendirmeler

Yapılan lojistik regresyon analizi ile araştırmaya dâhil edilen 40 yaş ve üstü kadın katılımcıların mamografi çekirme düzeyleri içsel bireysel, dışsal bireysel, içsel toplumsal ve dışsal toplumsal faktörlere göre karşılaştırılmış ve fiziksel aktivite ve sosyal destek dışındaki diğer değişkenlerin mamografi çekirme üzerinde istatistiksel olarak önemli etkilere sahip olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Bu doğrultuda elde edilen bulgulara ilişkin tartışmalar şu şekildedir.

Bulgu 23. İçsel bireysel faktörler (yaş, eğitim durumu, medeni durum) kadınların mamografi çekirme kararlarını etkilemektedir.

Yaş, kadınların mamografi çekirmelerinde anlamlı bir şekilde etkilidir. Araştırmaya katılan 40-49 yaş grubundaki bireylere kıyasla 50-59 ve 60-69 yaş grubunda olan bireyler daha fazla mamografi çekirmiştir. Fransız kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada bu çalışmaya benzer şekilde yaş arttıkça mamografi kullanımı artmıştır. 45-49 ile 50-69 yaş grupları en fazla mamografi çekiren yaş grupları olmuştur (Duport ve Ancelle-Park, 2006). Türkiye’de ise Dirican ve Hülür (2020) tarafından Antalya ilinde sağlık çalışanları arasında yapılan araştırmaya göre, yaşlanma mamografi çekirme üzerinde etkili bir faktör olmuştur.

Eğitim durumu, kadınların mamografi çekirmelerinde anlamlı bir şekilde etkilidir. Araştırmanın kadın katılımcılarının eğitim düzeyi arttıkça mamografi çekirme oranları da artmıştır. Literatürde, benzer sonuçları ortaya koyan (Özmen ve diğerleri, 2011; Duport ve Ancelle-Park, 2006; Coughlin ve diğerleri, 2008; O’Malley ve diğerleri, 2001) ve eğitim durumunun mamografi çekirmede anlamlı bir şekilde etkili olmadığını gösteren ulusal (Sadıkoğlu ve diğerleri, 2010) ve uluslararası (Petigara, 2009) çalışmalar

mevcuttur. Özmen ve diğerlerinin (2011) Bahçeşehir ilçesinde yaptığı çalışmada 40-49 yaş grubunda olup eğitim düzeyi daha yüksek olan kadınların daha fazla mamografi yaptırdığı görülmüştür.

Medeni durum, kadınların mamografi yaptırmalarında anlamlı bir şekilde etkilidir. Yapılan lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre bekar bireylere kıyasla evli bireyler daha fazla mamografi yaptırmıştır. Literatürde araştırmanın bu bulgusunu destekleyen çalışmaların (Duport ve Ancelle-Park, 2006; Coughlin ve diğerleri, 2008; Sözmen ve diğerleri, 2016; Çınar ve Tuzcu, 2020) yanında medeni durumun mamografi yaptırmayı anlamlı bir şekilde etkilemediğini ortaya koyan çalışmalara (Allen ve diğerleri, 2008; Sadıkoğlu ve diğerleri, 2010; Dirican ve Hülür, 2020; Petigara, 2009) ulaşılmıştır. Duport ve Ancelle-Park (2006) çalışmasında evli olmanın kadınların mamografi yaptırmaya kararlarını anlamlı bir şekilde etkilediğini ortaya koymuştur. Türkiye’de ise Sadıkoğlu ve diğerleri (2010) tarafından Bursa ilinde yapılan bir çalışmada bu çalışmanın aksine, medeni durumun mamografi yaptırmada anlamlı bir şekilde etkili olmadığı tespit edilmiştir.

Bulgu 24. Dışsal bireysel faktörler (sağlık statüsü) kadınların mamografi yaptırmaya kararlarını etkilemektedir.

Sağlık statüsü, kadınların mamografi yaptırmalarında anlamlı bir şekilde etkilidir. Araştırma katılımcılarının algılanan sağlık durumu sorusuna verdikleri yanıtlara göre, sağlık statüsü iyi olan katılımcılara kıyasla orta ve kötü düzeyde olan katılımcıların mamografi yaptırmaya oranı daha yüksek bulunmuştur. Bireylerin sağlık statüsü kötüleştikçe mamografi yaptırmaya oranı da artmıştır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde, sağlık statüsünün mamografi yaptırmaya kararını anlamlı bir şekilde etkilemediğini gösteren çalışmalara da (Lin, 2008; Walter ve diğerleri, 2004) ulaşılmıştır. Örneğin Lin (2008)’in Tayvan’da meme ve rahim ağzı kanserine yönelik tarama hizmetlerinin kullanımını etkileyen faktörlere ilişkin yaptığı çalışmada, bu çalışmanın aksine sağlık statüsünün bireylerin mamografi yaptırmalarında etkili bir faktör olmadığı tespit edilmiştir.

Bulgu 25. Dışsal toplumsal faktörler (sosyal güvence) kadınların mamografi çekirme kararlarını etkilemektedir.

Sosyal güvence, kadınların mamografi çekirmelerinde anlamlı bir şekilde etkilidir. Analiz sonuçlarına göre, Türkiye’de yaşayan kadınların SGK bünyesinde sosyal güvencesinin olması mamografi çekirme kararlarını anlamlı ve pozitif bir şekilde etkilemiştir. Yapılan ulusal (Sözmen ve diğerleri, 2016) ve uluslararası (Petigara, 2009; O’Malley ve diğerleri, 2001) çalışmalarda benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Petigara (2009) çalışmasında sosyal güvence kapsamında olan bireylerin mamografi çekirme oranının daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Benzer şekilde Türkiye’de Sönmez ve diğerleri (2012) tarafından yapılan çalışmada sosyal güvence faktörü kadınların mamografi çekirme kararlarında anlamlı bir şekilde etkili olmuştur.

Çalışmanın diğer değişkenleri olan *fiziksel aktivite* ve *sosyal destek* faktörlerinin kadınların mamografi çekirmeleri üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. İncelenen ulusal ve uluslararası çalışmalarda benzer ve farklı sonuçlar elde edilmiştir. Örneğin, fiziksel aktivitenin mamografi çekirme üzerindeki etkisinin incelendiği bazı çalışmalarda (Sözmen ve diğerleri, 2016; Lin, 2008) fiziksel aktivite kadın katılımcıların mamografi çekirmelerini anlamlı ve pozitif bir şekilde etkilemişken ulaşılan başka bir çalışmada (Dirican ve Hülür, 2020) ise fiziksel aktivitenin etkisi bu çalışmaya benzer şekilde anlamsız bulunmuştur. Sosyal destek açısından incelendiğinde, yapılan bazı çalışmalarda (Document ve diğerleri, 2015; Shirazi, 2015; Elias ve diğerleri, 2017; Han ve diğerleri, 2019; Çınar ve Tuzcu, 2020) bu çalışmanın aksine sosyal desteği olan bireylerin mamografi çekirme oranı daha yüksek bulunmuştur. Örneğin, Elias ve diğerleri (2017), eşten algılanan sosyal desteğin kadınların mamografi çekirme kararını pozitif olarak etkilediğini ortaya koymuştur.

4.9. Pap Smear Testi Yaptırmaya İlişkin Değerlendirmeler

Çalışma sonucunda elde edilen bulgular ile araştırmaya dâhil edilen 30 yaş ve üstü katılımcıların pap smear testi yaptırmaya durumları yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, sağlık statüsü, fiziksel aktivite, sosyal destek ve sosyal güvenceye göre

karşılaştırılmış ve fiziksel aktivite ve sosyal destek dışındaki değişkenlerin pap smear testi yaptırmayı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilediği tespit edilmiştir. Analizler sonucunda elde edilen bulgulara ilişkin tartışmalar şu şekildedir:

Bulgu 26. İçsel bireysel faktörler (yaş, eğitim durumu, medeni durum) kadınların pap smear testi yaptırmalarını etkilemektedir.

Yaş, kadınların pap smear testi yaptırmalarında anlamlı bir şekilde etkilidir. Araştırmaya katılan 30-39 yaş grubundaki kadınlara kıyasla 40-49, 50-59 ve 60-69 yaş grubundaki kadınlar daha fazla pap smear testi yaptırmıştır. Benzer şekilde, Türkiye’de Erzurum ilinde 18-61 yaş grubundaki evli kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada 40-50 yaş grubundaki kadınların diğer yaş gruplarına kıyasla daha fazla pap smear testi yaptırdığı tespit edilmiştir (Karabulutlu, 2013). Ordu ilinde yaşayan kadınlar ile yapılan bir çalışmada da (Erbil ve diğerleri, 2010) daha ileri yaş daha fazla pap smear testi yaptırma ile ilişkilendirilmiştir. Bu çalışma bulgularını destekleyen çalışmaların yanında farklı sonuçlar ortaya koyan çalışmalara da ulaşılmıştır. Örneğin, Tayvan’da yapılan bir çalışmada (Lin, 2008) yaş attıkça kadınların pap smear testi yaptırma oranının düştüğü görülmüştür.

Eğitim durumu, kadınların pap smear yaptırmalarında anlamlı bir şekilde etkilidir. Katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça pap smear testi yaptırma oranı da artmıştır. Eğitim almayanlara kıyasla sırasıyla en fazla lisans ve lisansüstü; lise ve ön lisans ve ilköğretim mezunları pap smear testi yaptırmıştır. Çalışmanın bu bulgusunu destekleyen farklı çalışmalara (Sözmen ve diğerleri, 2016; Erbil ve diğerleri, 2010; Karabulutlu, 2013; Document ve diğerleri, 2015) ulaşılmıştır. Document ve diğerleri (2015) çalışmasında üniversite mezunlarının lise ve daha düşük eğitim düzeyine sahip olanlara kıyasla daha fazla pap smear testi yaptırdığını tespit etmiştir. Karabulutlu (2013)’nın çalışmasında da eğitim düzeyi arttıkça pap smear testi yaptırmanın arttığı görülmüştür. Buna karşın, eğitim durumunun pap smear testi yaptırmayı anlamlı bir şekilde etkilemediğini ortaya koyan çalışmalara (Farshbaf-Khalili ve diğerleri, 2015) da ulaşılmıştır.

Medeni durum, kadınların pap smear testi yaptırmalarında anlamlı bir şekilde etkilidir. Bekar katılımcılara kıyasla evli olan katılımcılar daha fazla pap smear testi yaptırmıştır. Benjamins (2005b), çalışmasında bu çalışma bulgularına benzer şekilde bekar ya da boşanmış kadınların pap smear testi yaptırma oranının düşük olduğunu ortaya koymuştur. Benzer şekilde Lin (2008) ile Sözman ve diğerleri (2016) de bu çalışma bulgularını destekler nitelikte sonuçlar göstermiştir. Türkiye’de Van ilinde yapılan bir çalışmada 30 yaş ve üstü evli kadınların pap smear testi yaptırma oranı bekarlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur (Atila ve diğerleri, 2019).

Bulgu 27. Dışsal bireysel faktörler (sağlık statüsü) kadınların pap smear testi yaptırma kararlarını etkilemektedir.

Sağlık statüsü, kadınların pap smear testi yaptırmalarında anlamlı bir şekilde etkilidir. Araştırmanın 30 yaş ve üstü kadın katılımcıları arasından algılanan sağlık statüsü iyi olanlara kıyasla orta düzeyde sağlık statüsüne sahip olan katılımcılar daha fazla pap smear testi yaptırmıştır. Yapılan çalışmalarda benzer ve farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Bazı çalışmalar (Byrne ve diğerleri, 2010) çalışmanın bu bulgusunu desteklerken ulaşılan diğer çalışmalarda (Benjamins, 2005b; Coughlin ve diğerleri, 2008; Lin, 2008) sağlık statüsü ile pap smear testi yaptırma arasında negatif bir ilişki tespit edilmiştir. Örneğin, Byrne ve diğerlerinin (2010) gerçekleştirdiği çalışmada sağlık statüsü kötü olan kadınların daha fazla pap smear testi yaptırdığı görülmüştür. Benjamins (2005b) çalışmasında bu çalışmanın aksine, zihinsel ve fiziksel sağlık statüsü iyi olanların kötü olanlara kıyasla daha fazla pap smear testi yaptırdığını ortaya koymuştur.

Bulgu 28. Dışsal toplumsal faktörler (sosyal güvence) kadınların pap smear testi yaptırma kararlarını etkilemektedir.

Sosyal güvence, kadınların pap smear testi yaptırmalarında anlamlı bir şekilde etkilidir. SGK bünyesinde sosyal güvence kapsamında olan kadınlar sosyal güvencesi olmayanlara göre daha fazla pap smear testi yaptırmıştır. İncelenen çalışmalarda (Benjamins, 2005b; Abraido-Lanza ve diğerleri, 2004; Sözman ve diğerleri, 2016; Rivera-Hernandez, 2015) benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Örneğin, Abraido-Lanza ve diğerleri (2004) özel sağlık

sigortasına sahip olmayı daha fazla pap smear testi yaptırmaya ile ilişkilendirmiştir. Benzer şekilde, Rivera-Hernandez ve Galarraga (2015) çalışmasında devletin özel sağlık sigortası olmayan ve çalışmayan nüfusa yönelik oluşturduğu halk sigortasına sahip olanların, sigortası olmayan, özel sağlık sigortalı ve işveren tarafından oluşturulan sigortası olan bireylere göre daha fazla pap smear testi yaptırdığı görülmüştür.

Çalışmanın diğer değişkenleri olan *fiziksel aktivite* ve *sosyal destek* faktörleri kadınların pap smear testi yaptırmaya kararlarını anlamlı bir şekilde etkilememiştir. Ancak, yapılan çalışmalar farklı sonuçlara ulaşıldığını göstermiştir. Örneğin Lin (2008), çalışmasında fiziksel aktivite yapan kadınların daha fazla pap smear testi yaptırdığını göstermiştir. Byrne ve diğerlerinin (2010) çalışmasında ise yoğun fiziksel aktivite yapmamanın daha düşük pap smear testi yaptırmaya ile ilişkili olduğu görülmüştür. Sözmen ve diğerleri (2006) de fiziksel olarak aktif bireylerin pap smear testi yaptırmaya oranını yüksek bulmuştur. Sosyal destek açısından incelendiğinde ise, Benjamins (2005b) eşlerinden sosyal destek alabilen kadınların daha fazla pap smear testi yaptırdığını; Documet ve diğerleri (2015) de sosyal desteğin kadınların pap smear testi yaptırmaya kararını pozitif olarak etkilediğini göstermiştir.

5.BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER

Günümüz sağlık anlayışının temel taşlarından biri olan koruyucu yaklaşım, bireylerin daha proaktif bir yaklaşım benimsemesini ve hastalandıktan sonra tedavi olmayı değil hastalık ortaya çıkmadan önlem almayı tercih etmesini içermektedir. Giderek artan kronik hastalık yükü, yaşlanan nüfus, artan yaşam beklentisi, teknolojinin gelişimi ve bütün bunlar sonucunda elde edilen sağlık çıktısı beklentilerinin de sürekli olarak artması koruma yaklaşımının ve koruyucu sağlık hizmetleri kullanımının önemini pekiştirmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri potansiyel sorunları gerçek sorunlara dönüşmeden tespit etmeyi ve ortadan kaldırmayı hedefleyen; hastalık, sakatlık ve ölüm risklerini azaltan; özellikle yaşlanmanın getirdiği kronik hastalıkların etkisini en aza indirebilen ve bireylerin yaşam süresini ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebilen faydalı hizmetlerdir.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin düzenli olarak ve etkin bir şekilde kullanılması toplumun sağlık düzeyini yükseltme noktasında önem arz etmektedir. Maliyetler açısından ele alındığında ise, koruyucu sağlık hizmetlerinin tedavi hizmetlerinden çok daha ucuz olması nedeniyle hem birey hem ülke sağlık sistemi açısından ortaya çıkabilecek yüksek finansal risklerden korunma noktasında kritik bir konumda olduğu bilinmektedir. Bu bağlamda, bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde yararlanmasının ülkenin büyüme, gelişmişlik ve kalkınmışlık düzeyine etki eden önemli ölçütlerden biri olduğu söylenebilir. Sonuç olarak, koruyucu sağlık hizmetlerinin bilinirliğini ve Türkiye’de yaşayan bireylerin bu hizmetleri kullanma oranını artırmak önem arz etmektedir.

Bu anlamda bu çalışma, Türkiye’de yaşayan bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanma düzeylerinin ortaya konması ile birlikte uluslararası karşılaştırmalara imkân sağlama; koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik farkındalığın artırılması yoluyla bu hizmetlerin kullanımını artırma ve kullanımı teşvik etme konusunda yürütülen politikaların gözden geçirilmesi bakımından önem taşımaktadır. Bu kapsamda, çalışma bulgularından hareketle, elde edilen en önemli sonuçlar maddeler halinde aşağıda sunulmuştur:

- Çalışma kapsamında yer alan 65 yaş ve üstü bireylerin grip aşısı yaptırma düzeyleri düşük bulunmuştur. Grip aşısı yaptırmanın belirleyicileri incelendiğinde ise, eğitim durumu, sağlık statüsü ve sosyal desteğin etkili olduğu görülmüştür. Katılımcılar arasından, lisans ve lisansüstü mezunu olanlar, orta düzeyde sağlık statüsüne sahip olanlar ve 1 veya 2 kişi tarafından sosyal destek sağlayabilenler daha fazla grip aşısı yaptırmıştır.
- Tansiyon ölçtürme açısından incelendiğinde, araştırmaya katılan 18 yaş ve üstü bireylerin tansiyon ölçtürme düzeyleri genel olarak yüksek bulunmuştur. Katılımcılar arasından kadınlar, yaşlılar, daha yüksek eğitim düzeyine sahip olanlar, evliler, fiziksel aktivite yapanlar, 3 veya daha fazla kişiden sosyal destek sağlayabilenler ve SGK bünyesinde sosyal güvencesi olanların tansiyon ölçtürme oranı daha yüksek bulunmuştur. Yaş grupları arasında en fazla “65 yaş ve üstü” kategorisinde bulunan bireyler ve eğitim durumu kategorisinde en fazla “lisans ve lisansüstü” kategorisinde bulunanlar tansiyon ölçtürmüştür.
- Araştırmanın diğer bağımlı değişkeni olan kolesterol ölçtürme koruyucu sağlık hizmetinin 35 yaş ve üstündeki bireylerde yüksek oranda kullanıldığı tespit edilmiştir. Elde edilen sonuçlar, kadınların, yaşlıların, daha yüksek eğitim düzeyine sahip olanların, sağlık statüsü daha kötü olanların, fiziksel aktivite yapanların ve SGK bünyesinde sosyal güvencesi olanların daha fazla kolesterol ölçtürdüğünü ortaya koymuştur. En fazla kolesterol ölçtüren yaş kategorisi “65 yaş ve üstü” olmuştur. Eğitim düzeyi açısından incelendiğinde ise, en fazla lisans ve lisansüstü eğitim mezunları kolesterol ölçtürmüştür.
- Türkiye Sağlık Araştırması’na katılan 45 yaş ve üstündeki bireylerin kan şekeri ölçtürme düzeylerinin de yüksek olduğu saptanmıştır. Kan şekeri ölçtürme üzerinde etkili olan faktörler incelendiğinde ise, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, sağlık statüsü, sosyal destek ve sosyal güvencenin kan şekeri ölçtürmeyi etkilediği tespit edilmiştir. Kadınlar, yaşlılar, eğitim düzeyi yüksek olanlar, sağlık statüsü kötü olanlar, 3 veya daha fazla kişi tarafından sosyal destek sağlayabilenler ve SGK bünyesinde sosyal güvence kapsamında olanların kan şekeri ölçtürme oranı daha yüksek bulunmuştur. Yaş kategorileri arasından en fazla “65 yaş ve üstü”; eğitim durumu kategorileri arasından ise “lisans ve lisansüstü eğitim mezunları” kan şekeri ölçtüren bireylerden oluşmuştur.

- Kolorektal kanserden korunmaya yönelik gaita ile gizli kan testinin kullanım düzeyi, araştırmaya katılan 50 yaş ve üzerindeki bireyler arasında düşük bulunmuştur. Ulaşılan sonuçlar, bireylerin gaita ile gizli kan testi yaptırma kararlarının eğitim durumu ve sağlık statüsünden etkilendiğini ortaya koymuştur. Lisans ve lisansüstü eğitim mezunları ile sağlık statüsü kötü olan bireyler daha fazla gaita ile gizli kan testi yaptırmıştır.
- Çalışmanın diğer bağımlı değişkeni olan kolonoskopi yaptırma, araştırmaya katılan 50 yaş ve üstü bireyler arasında düşük düzeyde kullanılan koruyucu sağlık hizmeti olmuştur. Bireylerin kolonoskopi yaptırmaları yaş, eğitim durumu ve sağlık statüsünden etkilenmiştir. En fazla 60-69 yaş grubundaki bireyler ile lisans ve lisansüstü eğitim mezunları ve kötü düzeyde sağlık statüsüne sahip olanlar kolonoskopi yaptırdığını belirtmiştir.
- Meme kanserinin erken teşhisine yönelik erken tanı yöntemlerinden biri olan kendi kendine meme muayenesinin Türkiye’de yaşayan 20 yaş ve üzerindeki kadın katılımcılar tarafından nispeten düşük düzeyde uygulandığı saptanmıştır. Yaş, eğitim durumu, medeni durum, fiziksel aktivite, sosyal destek ve sosyal güvence kadınların kendi kendine meme muayenesi yapmalarını etkilemiştir.
- Araştırmanın 40 yaş ve üstü kadın katılımcılarının mamografi çekirme oranı incelendiğinde, meme kanserine yönelik önemli bir ikincil ve üçüncül koruma tekniği olan mamografinin kullanım oranı nispeten düşük bulunmuştur. Mamografi çekirme yaş, eğitim durumu, medeni durum, sağlık statüsü ve sosyal güvence faktörlerinden etkilenmiştir. 60-69 yaş grubundaki bireyler, lisans ve lisansüstü eğitim mezunları, evliler, sağlık statüsü kötü olanlar ve SGK bünyesinde sosyal güvencesi olanlar daha fazla mamografi çekirmiştir.
- Türkiye Sağlık Araştırması’na katılan 30 yaş ve üstü kadınlar arasında servikal kanserin erken teşhisine yönelik pap smear testi yaptırma oranının düşük olduğu tespit edilmiştir. Pap smear testi yaptırmanın 50-59 yaş grubunda olanlar, lisans ve lisansüstü eğitim mezunları, evliler, sağlık statüsü “orta” düzeyde olanlar ve SGK bünyesinde sosyal güvencesi olanlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda ulaşılan değerlendirmeler ve öneriler şunlardır:

- Çalışma sonucunda, içsel bireysel faktörlerin içinde yer alan cinsiyet değişkeninin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını etkilediği gözlemlenmiştir. Kadınların tansiyon, kolesterol ve kan şekeri ölçtürme oranının erkeklerden daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Kadınların üreme biyolojileri, hastalanma oranları, hastalıklara karşı algıları ve tutumları genellikle erkeklerden farklı olduğu için koruyucu sağlık hizmetleri kullanma oranının daha yüksek olması beklenen bir durumdur. Çalışma sonucunda elde edilen bulgular da bu beklentiyi desteklemiştir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin her iki cinsiyet tarafından da kullanım oranının artırılması amacıyla teşvik politikalarının uygulanması önerilebilir.
- Yaş açısından incelendiğinde, yaşlanma nedeniyle sağlık sorunlarının artması neticesinde bireylerin sağlık hizmetlerini daha fazla kullanması beklenen bir durumdur. Çalışma sonucunda elde edilen bulgulara göre, bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri (tansiyon ölçtürme, kolesterol ölçtürme, kan şekeri ölçtürme, kolonoskopi yaptıрма, kendi kendine meme muayenesi yapma, mamografi çekirtme, pap smear testi yaptıрма) kullanma davranışları yaş ile pozitif ve anlamlı bir ilişki göstermiştir. Yaşlıların dezavantajlı bir grup olmaları nedeniyle, hastalıkların önlenmesi ve erken teşhis edilmesi daha fazla önem taşımaktadır. Ancak bu hizmetlerin koruyucu anlamda teşvik edilmesindeki temel amaç, bireylerin yaşlandıkça bu hizmetleri daha fazla kullanmasından ziyade önerilen yaş grupları içerisindeki bütün bireylerin yüksek oranda kullanımını sağlayarak erken teşhis ve tedavi hizmetlerinden faydalanmalarına olanak tanımadır. Bu nedenle, bütün yaş grupları için koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımını olumlu yönde etkileyecek politikalar belirlenmesi faydalı olabilir. Örneğin, çeşitli politik düzenlemeler ile kapsam içindeki nüfusa koruyucu sağlık hizmetlerinin SGK bünyesinde karşılandığına ve hangi yaş gruplarında hangi aralıklarla kullanılması gerektiğine ilişkin bilgilendirmeler yapılabilir ve sürecin takibi sağlanabilir.
- İçsel bireysel faktörlerden biri olan medeni durum açısından değerlendirildiğinde, evliliğin bireylerde oluşturduğu sorumluluk duygusu ve partnerlerin birbirlerine sağlayabileceği desteğin etkisi düşünüldüğünde, evli bireylerin bekar bireylere

kıyasla koruyucu sağlık hizmeti kullanma olasılığının daha yüksek olması beklenmektedir. Çalışma sonucundan elde edilen bulgular da bu beklentiyi destekleyerek evli bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri (tansiyon ölçtürme, kendi kendine meme muayenesi yapma, mamografi çekirme, pap smear testi yaptıрма) kullanma oranının bekar bireylere kıyasla daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Bu doğrultuda koruyucu sağlık hizmetlerinin bekar bireyler tarafından da kullanım oranının artırılması amacıyla teşvik politikalarının uygulanması önerilebilir.

- Eğitim düzeyi açısından incelendiğinde, incelenen hizmetleri kullanmayan bireyler arasında, hiç eğitim almayanların oranının yüksek olduğu görülmüştür. Bu nedenle, eğitim düzeylerinin ve sunulan eğitim hizmetlerinin kalitesinin artırılması aynı zamanda bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanma oranını da artıracakı düşünülebilir. Eğitim niteliğinin, niceliğinin ve düzeylerinin artması neticesinde sağlık okuryazarlığının ve bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri farkındalığının yükseltilmesi sağlanabilir.
 - Dışsal bireysel faktörlerden biri olan sağlık statüsü açısından değerlendirildiğinde, algıladığı sağlık statüsü “orta” ve “kötü” düzeyde olan bireylerin bu hizmetleri daha fazla kullanması beklenen bir durumdur. Bireylerde genellikle, hastalığın algılanması sonrasında sağlık hizmeti kullanma talebi ortaya çıkmaktadır. Bu çalışmada elde edilen bulgular da bu beklentiyi desteklemektedir. Ancak, koruyucu sağlık hizmetlerinin temel amacının hastalık ortaya çıkınca ya da sağlık durumu kötüleşince başvurmak değil; hastalık ortaya çıkmadan önlem almak ve hastalığın etkilerini sınırlamak olması nedeniyle daha çok sağlık statüsü iyi olan bireylerin bu hizmetleri kullanmasının bireylerin yaşam kalitesini artıracakı ve ileriki aşamalarda sağlık hizmetlerinin daha verimli kullanılmasına katkı sağlayacakı düşünülmektedir. Bu nedenle topluma koruyucu sağlık hizmetlerine ilişkin belirli aralıklarla eğitimler düzenlenmesi ve bireylerin hastalıkları yönetme konusunda farkındalığının artırılması sağlanmalıdır.
- Buna ek olarak, sunulan sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği ve kalitesinin bireyin herhangi bir fiziksel rahatsızlık hissetmeden önce sağlık kurumuna başvurma kararını değiştirebileceği düşünüldüğünde, bu faktörlerin iyileştirilmesinin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını artıracakı düşünülmektedir.

- Sağlık davranışı açısından, dışsal bireysel faktörlerden biri olan fiziksel aktivitenin koruyucu sağlık hizmetleri (tansiyon ölçtürme, kolesterol ölçtürme, kendi kendine meme muayenesi) kullanımında etkili olduğu saptanmıştır. Bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinin artırılması amacıyla sağlığı geliştirme merkezlerinin sayısının artırılması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi (aile hekimi başına düşen hasta sayısının azaltılarak daha kaliteli ve etkili bir hizmet sunumunun sağlanması, hizmet sunum ekibine fizyoterapist, diyetisyen gibi tıbbi destek çalışanlarının dâhil edilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerine ayrılan kaynağın artırılması) ve toplumun fiziksel aktivite farkındalık düzeyinin yükseltilmesi amacıyla eğitim ve bilgilendirme çalışmalarının yapılması önerilmektedir.
- Sosyal destek, içsel toplumsal faktörler içerisinde değerlendirilen ve bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri (grip aşısı, tansiyon ölçtürme, kan şekeri ölçtürme, kendi kendine meme muayenesi yapma) kullanma kararında etkili olan faktörlerden biridir. Eşlerden, ailelerden ya da arkadaş çevresinden sosyal destek sağlayamamanın koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını engellediği düşünüldüğünde, bu kesime yönelik politikalar geliştirilebilir. Örneğin, sağlık kurumuna gidemeyen ve dezavantajlı grupta yer almayan bireylere yönelik evde sağlık hizmetlerinin artırılması yönünde düzenlemeler yapılabilir. Buna ek olarak, birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda görev alan sağlık profesyoneli çeşitliliğinin artırılması ve sağlık personelinin bu yöndeki tutum ve davranışının iyileştirilmesi sayesinde toplumun duygusal destek ve bilgi desteği farkındalık düzeylerinin artırılması sağlanabilir.
- Dışsal toplumsal faktörler içerisinde yer alan sosyal güvence durumunun bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanma davranışı ile doğrudan ilişkisi bulunmaktadır. Bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını teşvik etmenin en önemli yollarından biri, bu hizmetlerin nüfusun tamamına ücretsiz olarak sunuluyor olmasıdır. Türkiye’de yaşayan bireylerin çok büyük bir kısmı SGK bünyesinde sosyal güvence kapsamında olmasına karşın koruyucu sağlık hizmetlerine erişimde genel sağlık sigortası kapsamında olmayan kesime yönelik alternatif politikalar planlanmasının önemli bir husus olduğu düşünülmektedir.

- Bu önerilerin hayata geçirilmesi noktasında Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, Millî Eğitim Bakanlığı, Yüksek Öğretim Kurumu, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, basın ve yayın kuruluşları, sivil toplum örgütleri, yerel yönetimler ve uluslararası sağlık örgütleri ile iş birliği halinde çalışmanın önemli olduğu düşünülmektedir.
- İleriki çalışmalarda bu çalışma kapsamına alınmayan alkol tüketim durumu, tütün tüketim durumu, meyve ve sebze tüketimi, kişi başına düşen hekim sayısı gibi faktörlerin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkisinin incelenmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.



KAYNAKLAR

- Abraido-Lanza, A. F., Chao, M. T., & Gammon, M. D. (2004). Breast and Cervical Cancer Screening among Latinas and Non-Latina Whites. *American Journal of Public Health*, 94 (8): 1393-1398.
- Abramson, Z. H., & Cohen-Naor, V. (2000). Factors Associated with Performance of Influenza Immunization among the Elderly. *Imaj*, 2: 902-907.
- Ahmad, K., & Jafar, T. H. (2005). Prevalence and Determinants of Blood Pressure Screening in Pakistan. *Journal of Hypertension*, 23 (11): 1979-1983.
- Akdeniz, M., & Kavukçu, E. (2017). Dördüncül Koruma: Önce Zarar Verme. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 21 (2): 74-81.
- Akdur, R. (1999). *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması*. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı.
- Alemi, Q., Stempel, C., Koga, P. M., Smith, V., Danis, D., Baek, K., & Montgomery, S. (2014). Determinants of Healthcare Services Utilization among First Generation Afghan Migrants in Istanbul. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14 (201): 2-12.
- Al-Hachim, S. (2017). *Barriers to Preventive Healthcare for Immigrants in Michigan*. Doktora Tezi, Walden University, College of Health Sciences, Michigan.
- Allen, J. D., Stoddard, A. M., & Sorensen, G. (2008). Do Social Network Characteristics Predict Mammography Screening Practices? *Health Education & Behavior*, 35 (6): 763-776.
- American Cancer Society. (2019). *Breast Cancer Early Detection and Diagnosis*. <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/screening-tests-and-early-detection/american-cancer-society-recommendations-for-the-early-detection-of-breast-cancer.html> adresinden 24.02.2021 tarihinde erişilmiştir.

- Andersen, R. M. (1968). *A Behavioral Model of Families' Use of Health Services*. Chicago: The University of Chicago, Center for Health Administration.
- Astin, J. A., & Astin, A. W. (2002). An Integral Approach to Medicine. *Alternative Therapies*, 8 (2): 70-76.
- Atila, D., Ekinçi, F., & Altay, M. (2019). Knowledge, Attitudes, and Behaviors About Cervical Cancer among Women Working in Primary Health Care Services in Van. *Family Practice and Palliative Care*, 4 (2): 39-45.
- Avcı, İ. A. (2008). Factors Associated with Breast Self-Examination Practices and Beliefs in Female Workers at a Muslim Community. *European Journal of Oncology Nursing*, 12: 127–133.
- Aydoğdu, N. G., & Bahar, Z. (2011). Yoksul Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli Kullanımının Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Değişime Etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4 (1): 34-40.
- Badur, S. (2016). Erişkin Bağışıklamasında Grip Aşısı. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 8 (5): 55-63.
- Bahar, Z., & Açıl, D. (2014). Sağlığı Geliştirme Modeli: Kavramsal Yapı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7 (1): 59-67.
- Baloushah, S., Salisu, W. J., Elsous, A., Ibrahim, M. M., Jouda, F., Elmodallal, H., & Moghadam, Z. B. (2020). Practice and Barriers Toward Breast Self-Examination among Palestinian Women in Gaza City, Palestine. *The Scientific World Journal*, 1-7.
- Baron, G., Gosselin, V., Petit, G., Guay, M., & Gagneur, A. (2018). Determinants of Influenza Vaccination among a Large Adult Population In Quebec. *Human Vaccines and Immunotherapeutics*, 14 (11): 2722–2727.
- Basan, N. M., & Bilir, N. (2016). Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Önleme Çelişkisi ve Nedenleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15 (1): 44-50.

- Bashirian, S., Barati, M., Shoar, L. M., Mohammadi, Y., & Dogonchi, M. (2019). Factors Affecting Breast Self-Examination Behavior among Female Healthcare Workers In Iran: The Role of Social Support Theory. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 52: 224-233.
- Başar, D., Öztürk, S., & Cakmak, İ. (2021). An Application of the Behavioral Model to the Utilization of Health Care Services in Turkey: A Focus on Equity. *Panoeconomicus*, 68 (1): 129-146.
- Benamins, M. R. (2005a). Social Determinants of Preventive Service Utilization: How Religion Influences the Use of Cholesterol Screening in Older Adults. *Research On Aging*, 27 (4): 475-497.
- Benamins, M. R. (2005b). Religious Influences on Preventive Health Care Use in a Nationally Representative Sample of Middle-Age Women. *Journal of Behavioral Medicine*, 29 (1): 1-16.
- Benamins, M. R., & Brown, C. (2004). Religion and Preventative Health Care Utilization among the Elderly. *Social Science and Medicine*, 58: 109–118.
- Benamins, M. R., Kirby, J. B., & Bond Huie, S. A. (2004). County Characteristics and Racial and Ethnic Disparities in the Use of Preventive Services. *Preventive Medicine*, 39: 704–712.
- Beydoun , H. A., & Beydoun , M. A. (2008). Predictors of Colorectal Cancer Screening Behaviors among Average-Risk Older Adults in the United States. *Cancer Causes Control*, 19: 339–359.
- Beyza, S., & Alyüz, A. (2020). Sosyal Desteğin Birey Yaşamında Önemi ve Sosyal Hizmet. *Journal Of Education In Muslim Societies And Communities*, 4(1): 115–134.
- Bloodworth, R., Chen, J., & Mortensen, K. (2018). Variation of Preventive Service Utilization by State Medicaid Coverage, Cost-Sharing, and Medicaid Expansion Status. *Preventive Medicine*, 115: 97–103.
- British Columbia Ministry of Health Services . (2005). *A framework for Core Functions in Public Health*.

https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2005/core_functions.pdf adresinden 25.08.2021 tarihinde erişilmiştir.

- Brittain, K., & Murphy, V. (2015). Sociocultural and Health Correlates Related to Colorectal Cancer Screening Adherence among Urban African Americans. *Cancer Nursing*, 38 (2): 118–124.
- Brown, D. W., Giles, W. H., Greenlund, K. J., & Croft, J. B. (2001). Disparities in Cholesterol Screening: Falling Short of a National Health Objective. *Preventive Medicine*, 33: 517–522.
- Brown, S., & Hazlewood, A. (2009). *The Report of the Clinical Prevention Policy Review Committee. A Lifetime of Prevention*.
https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2009/CPPR_Lifetime_of_Prevention_Report.pdf adresinden 20.02.2021 tarihinde erişilmiştir.
- Brunner-Ziegler, S., Rieder, A., Stein, K. V., Koppensteiner, R., Hoffmann, K., & Dorner, T. E. (2013). Predictors of Participation in Preventive Health Examinations in Austria. *BioMed Central*, 13 (1138): 1-9.
- Brzoska, P., Erdsiek, F., & Waury, D. (2017). Enabling and Predisposing Factors for the Utilization of Preventive Dental Health Care in Migrants and Non-Migrants in Germany. *Frontiers In Public Health*, 5 (201): 1-7.
- Bulduk, S., Yurt, S., Dinçer, Y., & Ardiç, E. (2015). Sağlık Davranışı Modelleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5 (1): 28-34.
- Byrne, M. M., Davila, E. P., Zhao, W., Parker, D., Hooper, M. W., Caban-Martinez, A., . . . Lee, D. J. (2010). Cancer Screening Behaviors among Smokers and Non-Smokers. *Cancer Epidemiology*, 34: 611–617.
- Cardoso, R., Guo, F., Heisser, T., Michael, H., & Brenner, H. (2020). Utilisation of Colorectal Cancer Screening Tests in European Countries by Type of Screening Offer: Results from the European Health Interview Survey. *Cancers*, 12: 1409-1436.

- Carroll, J., Epstein, R., Fiscella, K., Volpe, E., Diaz, K., & Omar, S. (2007). Knowledge and Beliefs About Health Promotion and Preventive Health Care among Somali Women in the United States. *Health Care for Women International*, 28: 360-380.
- Casey, M. M., Call, K. T., & Klingner, J. M. (2001). Are Rural Residents Less Likely to Obtain Recommended Preventive Healthcare Services? *American Journal of Preventive Medicine*, 21(3): 182-188.
- Chao, A., Paganini-Hill, A., Ross, R. K., & Henderson, B. E. (1987). Use of Preventive Care by the Elderly. *Preventive Medicine*, 16: 710-722.
- Cheah, Y. K., & Lim, H. K. (2015). Socioeconomic and Lifestyle Determinants of Blood Glucose Screening in Malaysia. *Asian Biomedicine*, 9 (5): 683-690.
- Cheah, Y. K., & Tang, C. F. (2017). Factors Influencing the Use of Preventive Medical Care in Malaysia: Evidence from National Health and Morbidity Survey Data. *Asian Economic Journal*, 31 (2): 119–137.
- Chen, C.-C., Lin, Y.-J., & Lin, Y.-T. (2013). Awareness and Utilization of Preventive Care Services among the Elderly under National Health Insurance. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 13: 247–260.
- Cheng, B., Tian, J., Peng, Y., & Fu, X. (2019). Iatrogenic Wounds: A Common But Often Overlooked Problem. *Burns & Trauma*, 7 (18): 1-7.
- Chiatti, C., Barbadoro, P., Lamura, G., Pennacchietti, L., Stanislao, F. D., D'Errico, M. M., & Prospero, E. (2011). Influenza Vaccine Uptake among Community Dwelling Italian Elderly: Results from a Large Cross-Sectional Study. *BMC Public Health*, 11: 207-214.
- Choi, E., Jeon, J., & Kim, J. (2019). Factors Influencing Colonoscopy Behaviour among Koreans with a Positive Faecal Occult Blood Tests. *European Journal of Cancer Care*, 1-9.
- Christman, L. K., Abdulla, R., Jacobsen, P. B., Cantor, A., Mayhew, D. Y., Thompson, K. S., . . . Roetzheim, R. G. (2004). Colorectal Cancer Screening among a Sample of Community Health Center Attendees. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 15 (2): 281-293.

- Cooper, P. D. (1976). *A Consumer Analysis of Preventive Health Care Service Usage*. Doktora Tezi, The Pennsylvania State University, Business Administration, Department of Marketing, Michigan.
- Coughlin, S. S., & Thompson, T. D. (2004). Colorectal Cancer Screening Practices among Men and Women in Rural and Nonrural Areas of the United States, 1999. *The Journal of Rural Health*, 20 (2): 118-124.
- Coughlin, S. S., Leadbetter, S., Richards, T., & Sabatino, S. A. (2008). Contextual Analysis of Breast and Cervical Cancer Screening and Factors Associated with Health Care Access among United States Women, 2002. *Social Science and Medicine*, 66: 260-275.
- Dam, L. v., Korfage, I. J., Kuipers, E. J., Hol, L., Roon, A. v., Reijerink, J., . . . Leerdam, M. v. (2013). What Influences the Decision to Participate in Colorectal Cancer Screening with Fecal Occult Blood Testing and Sigmoidoscopy? *European Journal of Cancer*, 49: 2321-2330.
- Davis, S. K., Ahn, D. K., Fortmann, S. P., & Farquhar, J. W. (1998). Determinants of Cholesterol Screening and Treatment Patterns Insights for Decision-Makers. *American Journal of Preventive Medicine*, 15 (3): 178-186.
- Devaney, K. (2015). An Integral Approach to Systems Engineering. *24th Annual INCOSE International Symposium*. Seattle
- Diederichs, C., & Neuhauser, H. (2019). The Frequency and Determinants of Blood Pressure Measurement by a Health Professional in Germany. *Medicine*, 98: 16-25.
- Dirican, O., & Hülür, Ü. (2020). The Mammography Screening Ratios and Factors Affecting to Get it among Primary Care Health Providers. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 14 (2): 216-223.
- Documet, P., Bear, T. M., Flatt, J. D., Macia, L., Trauth, J., & Ricci, E. M. (2015). The Association of Social Support and Education Wwth Breast and Cervical Cancer Screening. *Health Education and Behavior*, 42 (1): 55–64.

- Dong, X., & Liu, A. (2017). Variations Between Sources of Social Support and Cancer Screening Behaviors in U.S. Chinese Older Adults. *Journals of Gerontology: Medical Sciences*, 72 (1): 26–31.
- Duffy, J. D. (2020). A Primer on Integral Theory and its Application to Mental Health Care. *Global Advances in Health and Medicine*, 9: 1-12.
- Duport, N., & Ancelle-Park, R. (2006). Do Socio-Demographic Factors Influence Mammography Use of French Women? Analysis of a French Cross-Sectional Survey. *European Journal of Cancer Prevention*, 15 (3): 219-224.
- Elias, N., Bou-Orm, I. R., & Adib, S. M. (2017). Patterns and Determinants of Mammography Screening in Lebanese Women. *Preventive Medicine Reports*, 5: 187-193.
- Erbil, N., Tezcan, Y., Gür, E. N., Yıldırım, M., & Alış, N. (2010). Factors Affecting Cervical Screening among Turkish Women. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 11: 1641-1644.
- Erbisch, P. S. (2004). *Management Style, Organizational Climate, and Organizational Performance in a Public Mental Health Agency: An Integral Model*. Doktora Tezi, Western Michigan University, Public Affairs and Administration, Public Administration, Michigan.
- Ersin, F., & Bahar, Z. (2013). Barriers and Facilitating Factors Perceived in Turkish Women's Behaviors Towards Early Cervical Cancer Detection: A Qualitative Approach. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14 (9): 4977-4982.
- Esbjörn-Hargens, S. (2009). An Overview of Integral Theory an All-Inclusive Framework for the 21st Century. *Inregral Institute*, 1: 1-24.
- Fan, L., Liu, J., & Habibov, N. N. (2015). A Multilevel Logit Estimation on the Determinants of Utilization of Preventive Health Care And Healthy Lifestyle Practice in China. *World Medical and Health Policy*, 7 (4): 309-328.
- Fang, W.-H., Yen, C.-F., Hu, J., Lin, J.-D., & Loh, C.-H. (2016). The Utilization and Barriers of Pap Smear among Women with Visual Impairment. *International Journal for Equity in Health*, 15 (65): 1-9.

- Farshbaf-Khalili, A., Salehi-Pourmehr, H., Shahnazi, M., Yaghoubi, S., & Gahremani-Nasab, P. (2015). Cervical Cancer Screening in Women Referred to Healthcare Centres in Tabriz, Iran. *Nigerian Medical Journal*, 56 (1): 28-35.
- Faulkner, L. A., & Schauffler, H. H. (1997). The Effect of Health Insurance Coverage on the Appropriate Use of Recommended Clinical Preventive Services. *American Journal of Preventive Medicine*, 13 (6): 453-458.
- Fineberg, H. V. (2013). The Paradox of Disease Prevention: Celebrated in Principle, Resisted in Practice. *Clinical Review and Education*, 310 (1): 85-90.
- Firshein, R. (1999). Life Support. *Psychology*, 32 (4): 28-29.
- Fuller, M. S., Lee, C. I., & Elmore, J. G. (2015). Breast Cancer Screening: An Evidence-based Update. *Med Clin North*, 99 (3): 451–468.
- Fung, D., Schabert, I., MacLean, C. A., Asrar, F. M., Khory, A., Vandermeer, B., & Allan, G. M. (2015). Test Ordering for Preventive Health Care among Family Medicine Residents. *Canadian Family Physician*, 61: 255-262.
- Gluck, M. E., Wagner, J. L., & Duffy, B. M. (1989). *The Use of Preventive Services by the Elderly*. Washington: Carol Guntow.
- Golin, C. L. (2005). *An Application of the Spiral Dynamics Integral Model to Business Consulting*. Doktora Tezi, Institute of Transpersonal Psychology, California.
- Goodarzi, E., Beiranvand, R., Naemi, H., Momenabadi, V., & Khazaei, Z. (2019). Worldwide Incidence and Mortality of Colorectal Cancer and Human Development Index (HDI): An Ecological Study. *World Cancer Research Journal*, 6: 1433-1441.
- Gøtzsche, P. C., & Jørgensen, K. J. (2013). Screening for Breast Cancer with Mammography. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(6): 1-70.
- Göçgeldi, E., Açikel, C. H., Hasde, M., Aygut, G., Çelik, S., Gündüz, İ., . . . Deniz, C. (2008). Ankara Gölbaşı İlçesinde Bir Grup Kadının Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Konusundaki Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 13 (4): 261-265.

- Gökkaya, D., & Erdem, R. (2017). Sağlık Hizmetleri Kullanımına Etki Eden Faktörlerin Hastalık Şiddeti Algısıyla Değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1 (26): 149-184.
- Grunwald, S., Mizuta, K., Ceddia, M. B., Pinheiro, E. F., Wilcox, R. K., Gavilan, C. P., . . . Clingensmith, C. M. (2010). The Meta Soil Model: An Integrative Multi Model Framework for Soil Security. S. Esbjörn-Hargens içinde, *Integral Theory in action: applied, theoretical, and constructive perspectives on the AQAL Model* (s. 305-317). New York: State University of New York Press.
- Han, S. H., Kim, K., & Burr, J. A. (2019). Social Support and Preventive Healthcare Behaviors among Couples in Later Life. *The Gerontologist*, 59 (6): 1162–1170.
- Harmon, B. E., Little, M. A., Woekel, E. D., Ettienne, R., Long, C. R., Wilkens, L. R., . . . Maskarinec, G. (2014). Ethnic Differences and Predictors of Colonoscopy, Prostatespecific Antigen, and Mammography Screening Participation in the Multiethnic Cohort. *Journal of Cancer Epidemiology*, 38 (2): 162–167.
- Hoeck, S., Heyden, J. V., Geerts, J., & Hal, G. V. (2014). Preventive Care Use among the Belgian Elderly Population: Does Socio-Economic Status Matter? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11: 355-372.
- Huang, C., Liu, C.-J., Pan, X.-F., Liu, X., & Li, N.-X. (2016). Correlates of Unequal Access to Preventive Care in China: A Multilevel Analysis of National Data from the 2011 China Health and Nutrition Survey. *BMC Health Services Research*, 16: 177-190.
- Hunter, J. B., Guernsey de Zapien, J., Denman, C. A., Moncada, E., Papenfuss, M., Wallace, D., & Giuliano, A. R. (2003). Healthcare Access and Utilization among Women 40 and Older at the U.S.-Mexico Border: Predictors of a Routine Check-Up. *Journal of Community Health*, 28 (5): 317-333.
- Idowu, A., Olowookere, S. A., Fagbemi, A. T., & Ogunlaja, O. A. (2016). Determinants of Cervical Cancer Screening Uptake among Women in Ilorin, North Central Nigeria: A Community-Based Study. *Journal of Cancer Epidemiology*, 1-8.

- Ilgaz, A., & Gözümlü, S. (2018). Determination of Colorectal Cancer Risk Levels, Colorectal Cancer Screening Rates, and Factors Affecting Screening Participation of Individuals Working in Agriculture in Turkey. *Cancer Nursing*, 4(1).
- İlhan, M. N., Tüzün, H., Aycan, S., Aksakal, F. N., & Özkan, S. (2006). Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların Sağlık Hizmeti Kullanma Özellikleri ve Bazı Sosyoekonomik Belirteçlerle Değişimi: Sağlık Reformu Öncesi Son Saptamalar. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25 (3): 33-41.
- Issa, I. A., & Noureddine, M. (2017). Colorectal cancer screening: An Updated Review of the Available Options. *World Journal Gastroenterol*, 23 (28): 5086-5096.
- Jahangir, E., Irazola, V., & Rubinstein, A. (2012). Need, Enabling, Predisposing, and Behavioral Determinants of Access to Preventative Care in Argentina: Analysis of the National Survey of Risk Factors. *Plos One*, 7 (9): 1-6.
- Jamoulle, M. (2014). The Four Duties of Family Doctors: Quaternary Prevention – First, Do No Harm. *The Hong Kong Practitioner*, 36 (6): 1-6.
- Jenkins, C. N., Le, T., Mcphee, S. J., Stewart, S., & Ha, N. T. (1996). Health Care Access and Preventive Care among Vietnamese Immigrants: Do Traditional Beliefs and Practices Pose Barriers? *Social Science and Medicine*, 43 (7): 1049-1056.
- Jusot, F., Or, Z., & Sirven, N. (2012). Variations in Preventive Care Utilisation in Europe. *European Journal of Ageing*, 9:15–25.
- Kabacaoğlu, C., & Karaca, A. (2020). Meme Kanseriinde Birincil ve İkincil Korunma Önlemlerine İlişkin Ebe ve Hemşirenin Rolü. *Jaren*, 6 (1): 179-186.
- Kalkınma Bakanlığı. (2019). *On Birinci Kalkınma Planı: Yaşlanma Özel İhtisas Komisyonu Raporu*. Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, Ankara.
- Karabulutlu, Ö. (2013). Evaluation of the Pap Smear Test Status of Turkish Women and Related Factors. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14: 981-986.
- Karahan, N. (2019). Prevalence and Determinants of Breast Self-Examination in Karabuk, Turkey. *Çukurova Medical Journal*, 44(3): 1046-1054.

- Kalaycı, Ş. (2010). SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri (5. Baskı). Ankara: Asil Dağıtım.
- Keskin, O. Ö., & Çağlayan, Ç. (2019). The Relationship Between Participation in Mammography Screening Program and Health Literacy. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 13 (4): 448-456.
- Kılıç, B. (1996). Gölbaşı Bölgesindeki Sağlık Başvuruları ve Bunu Etkileyen Etmenler. *Toplum ve Hekim*, 11 (74): 1-10.
- Kılıç, D., & Çalışkan, Z. (2013). Sağlık Hizmetleri Kullanımı ve Davranışsal Model. *Nevşehir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2: 192-206.
- Kim, E. S., Strecher, V. J., & Ryff, C. D. (2014). Purpose in Life and Use of Preventive Health Care Services. *PNAS*, 111(46) :16331–16336.
- Kim, M. K., Han, K., Kim, H.-S., Park, Y.-M., Kwon, H.-S., Yoon, K.-H., & Lee, S.-H. (2017). Cholesterol Variability and the Risk of Mortality, Myocardial Infarction, and Stroke: A Nationwide Population-Based Study. *European Heart Journal*, 38: 3560–3566.
- Koç, Ş. (2017). Kolorektal Kanseri Önleme: Kolorektal Kanseri Danışmanlığı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25 (1): 69-77.
- Kotwal, A. A., Lauderdale, D. S., Waite, L. J., & Dale, W. (2016). Differences Between Husbands and Wives in Colonoscopy Use: Results from a National Sample of Married Couples. *Preventive Medicine*, 88: 46–52.
- Lachance, A. J. (2000). *The Architecture of the Soul: An Integral Model of the Human Person*. Yüksek Lisans Tezi. College of Union Institute, Department of Psychology, Ohio.
- Last, J. M. (2001). *A Dictionary of Epidemiology* (5.bs.). Oxford University Press, New York.
- Lee, Y.-H., Chiang, T., & Liu, C.-T. (2018). Residents' Educational Attainment and Preventive Care Utilization in China. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 31 (1): 41-51.

- Lin, S.-J. (2008). Factors Influencing the Uptake of Screening Services for Breast and Cervical Cancer in Taiwan. *Journal of The Royal Society for the Promotion of Health*, 128 (6): 327-334.
- Lorena, S. L., & Mesquita, M. A. (2013). Immunochemical Fecal Occult Blood Test for Detection of Advanced Colonic Adenomas and Colorectal Cancer: Comparison with Colonoscopy Results. *Gastroenterology Research and Practice*, 1-5.
- Maciosek, M. V., Solberg, L. I., Coffield, A. B., Edwards, N. M., & Goodman, M. J. (2006). Influenza Vaccination Health Impact and Cost Effectiveness among Adults Aged 50 to 64 and 65 and Older. *American Journal of Preventive Medicine*, 31 (1): 72-79.
- Madan, A. K., Barden, C. B., Beech, B., Fay, K., Sintich, M., & Derrick, B. J. (2000). Socioeconomic Factors, Not Ethnicity, Predict Breast Self-Examination. *The Breasts*, 6 (4): 263-266.
- Maloney, P. M. (2020). *An Evaluation of Adult Influenza Vaccination: Vaccination Setting, Barriers to Vaccination in Racial/Ethnic Minorities, and Vaccination in Persons Living with HIV/AIDS*. Doktora Tezi. Louisiana State University, Faculty of Health Sciences Center, Department of Epidemiology, Chicago.
- Mangtani, P., Breeze, E., Kovats, S., W, E. S., Roberts, J. A., & Fletcher, A. (2005). Inequalities in Influenza Vaccine Uptake among People Aged over 74 Years in Britain. *Preventive Medicine*, 41: 545–553.
- McQueen, A., Vernon, S. W., Meissner, H. I., Klabunde, C. N., & Rakowski, W. (2006). Are There Gender Differences in Colorectal Cancer Test Use Prevalence and Correlates? *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 5 (4): 782-792.
- Miller, N. A., Kirk, A., Alston, B., & Glos, L. (2014). Effects of Gender, Disability, and Age in the Receipt of Preventive Services. *The Gerontologist*, 54 (3): 473–487.
- Moini, J. (2019). Diagnosis. *Epidemiology of Diabetes*, 153-161.
- Mumcu, H. (2014). *Kırk Yaş ve Üzeri Kanser Tanısı Almamış Bireylerin Kansere İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışları*. Doktora Tezi. Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Kayseri.

- Müezzinoğlu, M. (2013). *Sağlık Bakanlığı Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması*. Ankara: Anıl Matbaa Ltd. Şti.
- Nagata, J. M., Hernández-Ramos, I., Kurup, A. S., Albrecht, D., Vivas-Torrealba, C., & Franco-Paredes, C. (2013). Social Determinants of Health and Seasonal Influenza Vaccination in Adults ≥ 65 Years: A Systematic Review of Qualitative and Quantitative Data. *BMC Public Health*, 13 (388): 2-25.
- Nguyen, T., Barefield, A., & Nguyen, G.-T. (2021). Social Determinants of Health Associated with the Use of Screenings for Hypertension, Hypercholesterolemia, and Hyperglycemia among American Adults. *International Journal of Medical Sciences*, 9: 19-28.
- Nyaaba, G. N., Stronks, K., Meeks, K., Beune, E., Owusu-Dabo, E., Addo, J., . . . Agyemang, C. (2019). Is Social Support Associated with Hypertension Control among Ghanaian Migrants in Europe and Non-Migrants in Ghana? The RODAM Study. *Internal and Emergency Medicine*, 14: 957–966.
- O'Malley, M. S., Earp, J. L., Hawley, S. T., Schell, M. J., Mathews, H. F., & Mitchell, J. (2001). The Association of Race/Ethnicity, Socioeconomic Status, and Physician Recommendation for Mammography: Who Gets the Message About Breast Cancer Screening? *American Journal of Public Health*, 91 (1): 49-54.
- Obi, I. R., Obi, K. M., Seer-Uke, E. N., Onuorah, S. I., & Okafor, N. P. (2021). Preventive Health Care Services Utilization and its Associated Factors among Older Adults in Rural Communities in Anambra State, Nigeria. *PanAfrican Medical Journal*, 39: 83-94.
- O'Cuinn, C. (2007). The Integral Vision of Ken Wilber: New Foundations for a Dialogue Between Science and Religion. *Studies: An Irish Quarterly Review*, 96 (383): 309-321.
- O'Malley, A. S., & Forrest, C. B. (2006). Immuniation Disparities in Older Americans Determinants and Future Research Needs. *American Journal of Preventive Medicine*, 31 (2): 150-158.

- Oshodi, B. A. (2014). *An Integral Approach to Development Economics Islamic Finance in an African Context (1st Ed)*. Routledge.
- Outwater, A. H., Leshabari, S. C., & Nolte, E. (2017). Disease Prevention: An Overview. S. R. Quah, & W. C. Cockerham içinde, *The International Encyclopedia of Public Health (2nd edition)* (s. 338–349). Oxford: Academic Press.
- Özdemir, R., Türkmen Çevik, F., Kes, D., Karacalı, M., & Özgüner, S. (2020). Level and Factors Associated with Participation in Population Based Cancer Screening in Safranbolu District of Karabuk, Turkey. *Iranian Journal of Public Health*, 49 (4): 663-672.
- Özmen, V., Özaydın, A. N., Cabioglu, N., Güllüoğlu, B. M., Ünalın, P. C., Gorpe, S., . . . Anderson, B. O. (2011). Survey an a Mammographic Screening Program in İstanbul, Turkey. *The Breast Journal*, 1-8.
- Park, J., & Kahng, S. K. (2021). Factors Associated with the Preventive Healthcare Service Use among Older Adults in Korea: Focusing on Age Variation. *Asian Social Work and Policy Review*, 15: 24-34.
- Parsa, P., Kandiah, M., & Parsa, N. (2011). Factors Associated with Breast Self-Examination among Malaysian Women Teachers. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 17 (6): 509-516.
- Petigara, T. K. (2009). *The Influence of Individual Characteristic and Cohort Membership on Preventive Service Use in the Near Elderly*. Doktora Tezi. Johns Hopkins University, Baltimore.
- Petrie, D., Kreisberg, J., Huffaker, G., Short, E. B., & Jarrin, O. (2014). Integral Medicine: Treating the Whole-Patient, Provider, Healthcare System. *International Journal of Whole Person Care*, 1(1).
- Petro-Nustus, W., & Mikhail, B. I. (2002). Factors Associated with Breast Self-Examination among Jordanian Women. *Public Health Nursing*, 19 (4): 263-275.
- Powell-Griner, E., Bolen, J., & Bland, S. (1999). Health Care Coverage and Use of Preventive Services among the Near Elderly in the United States. *Health Insurance and the Near Elderly*, 89 (6): 882-886.

- Qi, V., Phillips, S. P., & Hopman, W. M. (2006). Determinants of a Healthy Lifestyle and Use of Preventive Screening in Canada. *BMC Public Health*, 6: 275-283.
- Quinn, S. C., Jamison, A. M., Freimuth, V. S., An, J., & Hancock, G. R. (2017). Determinants of Influenza Vaccination among High-Risk Black and White Adults. *PubMed Central*, 35 (51): 7154-7159.
- Raoufi, A. M., Tang, X., Jing, Z., Zhang, X., Xu, Q., & Zhou, C. (2018). Blood Glucose Monitoring and its Determinants in Diabetic Patients: A Cross-Sectional Study in Shandong, China. *Diabetes Therapy*, 9: 2055–2066.
- Reynolds, G. L., & Fisher, D. G. (2020). The Role of the Medicaid Expansion in the Use of Preventive Health Care Services in California Men. *American Journal of Men's Health*, 1-9.
- Rivera-Hernandez, M., & Galarraga, O. (2015). Type of Insurance and Use of Preventive Health Services among Older Adults in Mexico. *Journal of Aging and Health*, 27 (6): 962–982.
- Robbins, C., Dietz, P. M., Bombard, J. M., Gibbs, F., Ko, J. Y., & Valderrama, A. L. (2011). Blood Pressure and Cholesterol Screening Prevalence among U.S. Women of Reproductive Age Opportunities to Improve Screening. *American Journal of Preventive Medicine*, 41 (6): 588–59.
- Rodin, D., Stirbu, I., Ekholm, O., Dzurova, D., Costa, G., Mackenbach, J. P., & Kunst, A. E. (2012). Educational Inequalities in Blood Pressure and Cholesterol Screening in Nine European Countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66: 1050-1055.
- Rotarou, E. S., & Sakellariou, D. (2018). Determinants of Utilisation Rates of Preventive Health Services: Evidence from Chile. *BMC Public Health*, 18 (839): 1-11.
- Sadıkoğlu, G., Ozcakir, A., Dogan, F., Gokgoz, S., & Bilgel, N. (2010). Mammography Utilization among Turkish Women. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 11: 377-381.
- Sağlık Bakanlığı. (2018). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017*. Ankara: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü.

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2015). *Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü İdari ve Mali İşler Dairesi Başkanlığı.

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2021a). *Haftalık İnfluenza (Grip) Sürveyans Raporu (30 Aralık-5 Ocak 2020)*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar ve Erken Uyarı Dairesi Başkanlığı. https://grip.gov.tr/depo/influenza-raporu/2019/Haftalik_nfluenzaGrip_Srveyans_Raporu_2020_1._hafta.pdf adresinden 20.02.2021 tarihinde erişilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2021b). *Aşı Portalı*. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü: <https://asi.saglik.gov.tr/genel-bilgiler/27-asininyararlari> adresinden 14.10.2021 tarihinde erişilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2021c). *Mevsimsel Grip: Kimler Risk Altındadır?* T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü: <https://www.grip.gov.tr/tr/kimler-risk-altinda> adresinden 14.10.2021 tarihinde erişilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2021d). *Kolorektal Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları*. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/kolorektal-kanser-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html> adresinden 03.06.2021 tarihinde erişilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2021e). *Kalın Bağırsak Kanseri (Kolorektal Kanser)*. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-turleri/kanser-turleri/kal%C4%B1n-ba%C4%9F%C4%B1rsak-kanseri-kolorektal-kanser.html> adresinden 21.02.2021 tarihinde erişilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2021f). *Ulusal Hpv-Smear Tarama Testi Nasıl Yapılır Bilgilendirme*. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı:

<https://hpvtarama.saglik.gov.tr/duyurular/Sayfa/HpvTaramaTestiNasilYapilir> adresinden 28.02.2021 tarihinde erişilmiştir.

Saleem, S. M. (2017). Preventive Medicine: Securing our Future. *BAOJ Pathol*, 1-4.

Santos, Y. M. (1990). *A Study of the Determinants of the Utilization of Preventive Health Care Service among Chicanos*. Doktora Tezi, The University Of Texas, Health Science Center At Houston School of Public Health, Texas.

Saraçoğlu, S., & Öztürk, F. (2016). Sağlık Hizmetlerine Yönelik Talebin Belirleyicileri: Türkiye Üzerine Bir Uygulama. *İş ve Hayat*, 2 (4): 293-342.

Schlitz, M. M. (2008). The Integral Model: Answering the Call for Whole Systems Health Care. *The Permanente Journal*, 12 (2): 61-68.

Secginli, S., & Nahcivan, N. O. (2006). Factors Associated with Breast Cancer Screening Behaviours in a Sample of Turkish Women: A Questionnaire Survey. *International Journal of Nursing Studies*, 161-171.

Seçkin, R. Ç. (2009). *Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesinde Yaşayanların Ayaktan Tanı-Tedavi Edici ve Koruyucu Sağlık Hizmetlerini Kullanımları ve Etkileyen Faktörler*. Uzmanlık Tezi. Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Bursa.

Senzon, S., Epstein, D., & Lemberger, D. (2016). Reorganizational Healing as an Integrally Informed Framework for Integral Medicine. *Journal of Integral Theory and Practice*, 6 (4): 113-130.

Sewitch, M. J., Fournier, C., Ciampi, A., & Dyachenko, A. (2007). Adherence to Colorectal Cancer Screening Guidelines in Canada. *BMC Gastroenterology*, 7 (39): 1-9.

Shields, S. D. (2016). *Considering the Use of Preventive Health Care: The Lived Experience of African American Men*. Doktora Tezi. University of Phoenix, Department of Philosophy in Nursing, Phoenix.

- Shirazi , M. (2015). The Influence of Social Support and Physician Recommendation on Breast Cancer Screening Practices of Immigrant Iranian Women in the United States. *Journal of Cancer Prevention and Current Research*, 3(4): 119–122.
- Sing, M. F., Leuraud, K., & Duport, N. (2013). Characteristics of French People Using Organised Colorectal Cancer Screening. Analysis of the 2010 French Health, Healthcare and Insurance Survey. *Preventive Medicine*, 58: 65-68.
- Slesinger, D. P., Tessler, R. C., & Mechanic, D. (1976). The Effects of Social Characteristics on the Utilization of Preventive Medical Services in Contrasting Health Care Program. *Medical Care*, 14 (5): 392-404.
- Sloane, P. D., Green, L., Newton, W. P., & Stange, K. (2008). Primary Care and the Evolving US Health Care System. P. D. Sloane, L. M. Slatt, M. H. Ebell, M. A. Smith, D. Power, & A. J. Viera içinde, *Essentials of Family Medicine (6th Edition)* (s. 3-17). New York: Lippincott Williams and Wilkins.
- Sohbet, R., & Karasu, F. (2017). Kadınların Meme Kanseri Yönelik Bilgi, Davranış ve Uygulamalarının İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6 (4): 113-121.
- Sosyal Güvenlik Kurumu. (2020). *Yurtiçi İlaç*. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumu. http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/saglik/alo170_bimersss/ilac_eczacilik/yurt_ici_ilac adresinden 24.10.2021 tarihinde erişilmiştir
- Sönmez, Y., Nayir, T., Köse, S., Gökçe, B., & Kişioğlu, A. N. (2012). Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde 20 Yaş ve Üzeri Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanısına İlişkin Davranışları. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 9 (4): 124-130.
- Sözmen, K., Ünal, B., Sakarya, S., Dinç, G., Yardım, N., Keskinlik, B., & Ergör, G. (2016). Determinants of Breast and Cervical Cancer Screening Uptake among Women in Turkey. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 28 (6): 528–538.
- Sudano, J., & Baker, D. W. (2003). Intermittent Lack of Health Insurance Coverage and Use of Preventive Services. *American Journal of Public Health*, 93 (1): 130-137.

- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71 (3): 209–249.
- Swan, J., Breen, N., Graubard, B. I., McNeel, T. S., Blackma, D., Tangka, F. K., & Ballard-Barbash, R. (2010). Recent Data and Trends in Cancer Screening in the United States: 1992-2005 National Health Interview Surveys. *American Cancer Society*, 116: 4872-4881.
- Şengül, H., Atmaca, Z., & Bulut, A. (2017). Hastaların Eğitim Seviyeleri ile Sağlık Harcamaları ve/veya Sağlık Hizmetlerine Başvuru Sayısı Arasındaki Bağlantının İncelenmesi. *Journal of Social and Humanities Sciences Research*, 4 (12): 906-916.
- Tancredi, M., Rosengren, A., Svensson, A.-M., Kosiborod, M., Pivodic, A., Gudbjörnsdottir, S., . . . Lind, M. (2015). Excess Mortality among Persons with Type 2. *The New England Journal of Medicine*, 373 (18): 1721-1732.
- Tang, T. S., Brown, M. B., Funnell, M. M., & Anderson, R. M. (2008). Social Support, Quality of Life, and Self-Care Behaviors among African Americans with Type 2 Diabetes. *The Diabetes Educator*, 34 (2): 266-276.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., & Akbolat, M. (2018). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Ankara: Nobel Yayınevi, 9.Basım.
- Teshome, D. F., Demssie, A. F., & Zeleke, B. M. (2018). Determinants of Blood Pressure Control Amongst Hypertensive Patients in Northwest Ethiopia. *Plos One*, 2: 1-11.
- Tessaro, I., Mangone, C., Parkar, I., & Pawar, V. (2006). Knowledge, Barriers, and Predictors of Colorectal Cancer Screening in an Appalachian Church Population. *Preventing Chronic Disease Public Health Research, Practice and Policy*, 3: 4-15.
- Tian, W.-H., Chen, C.-S., & Liu, T.-C. (2010). The Demand for Preventive Care Services and its Relationship with Inpatient Services. *Health Policy*, 94: 164–174.

- Trew, J. M. (2011). *Ellin's Integral Urbanism and Wilber's Integral Theory*. Yüksek Lisans Tezi. California State University, Department of Arts in Humanities, California.
- Trivedi, A. N., & Ayanian, J. Z. (2005). Perceived Discrimination and Use of Preventive Health Services. *Journal of General Internal Medicine*, 553-558.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2020a). *İstatistiklerle Yaşlılar, 2019*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2019-33712> adresinden 18.10.2021 tarihinde erişilmiştir.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2020b). *Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2019*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710> adresinden 03.03.2021 tarihinde erişilmiştir.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2020c). *Türkiye Sağlık Araştırması 2019 Mikro Veri Seti*. <https://www.tuik.gov.tr/media/microdata/pdf/turkiye-saglik-arastirmasi.pdf> adresinden 18.10.2021 tarihinde erişilmiştir.
- Ursoniu, S. (2009). Primordial Prevention, Developing Countries and the Epidemiological Transition: Thirty Years Later. *Perspective*, 121: 168–172.
- Utku, Ö. G., Ergül, B., & Oğuz, D. (2018). Gaitada Gizli Kan Testi Pozitifliği Nedeni ile Kolonoskopi Yapılan Hastaların Kolonoskopik ve Patolojik Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*, 17 (1): 17-20.
- Vaidya, V., Partha, G., & Karmakar, M. (2012). Gender Differences in Utilization of Preventive Care Services in the United States. *Journal Of Women's Health*, 21 (2): 140-145.
- Van Jaarsveld, C. H., Miles, A., Edwards, R., & Wardle, J. (2006). Marriage and Cancer Prevention: Does Marital Status and Inviting Both Spouses Together Influence Colorectal Cancer Screening Participation? *Journal of Medical Screening*, 13 (4): 172-176.
- Viera, A. J., & Power, D. V. (2008). Overview of Prevention and Screening. P. D. Sloane, L. M. Slatt, M. H. Ebell, M. A. Smith, D. Power, & A. J. Viera içinde, *Essentials*

of Family Medicine (6th Ed.) (s. 29-37). New York: Lippincott Williams and Wilkins.

Voros, J. (2001). Reframing Environmental Scanning: an Integral Approach. *Foresight-The Journal Of Future Studies, Strategic Thinking And Policy*, 3 (6): 533-552.

Walter, L. C., Lindquist, K., & Covinsky, K. E. (2004). Relationship Between Health Status and Use of Screening Mammography and Papanicolaou Smears among Women Older than 70 Years of Age. *Annals of Internal Medicine*, 140 (9): 681-689.

Weber, M. F., Cunich, M., Smith, D. P., Salkeld, G., Sitas, F., & O'Connell, D. (2013). Sociodemographic and Health-Related Predictors of Self-Reported Mammogram, Faecal Occult Blood Test and Prostate Specific Antigen Test Use in a Large Australian Study. *BMC Public Health*, 13: 429-443.

Wilber, K. (1997). An Integral Theory of Consciousness. *Journal of Consciousness Studies*, 4 (1): 71-92.

Wilber, K. (2005). Introduction to Integral Theory and Practice IOS Basic and the Aqal Map. *Journal Of Inregral Theory and Practice*, 1 (1): 1-38.

World Organization of Family Doctors International Classification Committee. (1995). WONCA International Dictionary for General/Family Practice.

World Health Organization. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa.

World Health Organization. (2020a). *The Top 10 Causes of Death*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> adresinden 10.09.2021 tarihinde erişilmiştir.

World Health Organization. (2020b). *How Do Vaccines Work?* <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/how-do-vaccines-work?> adresinden 15.09.2021 tarihinde erişilmiştir.

World Health Organization. (2021a). *Screening for Cervical Cancer*. <https://www.who.int/activities/screening-for-cervical-cancer> adresinden 18.09.2021 tarihinde erişilmiştir.

- World Health Organization. (2021b). *Influenza Estimating Burden of Disease*. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/influenza/seasonal-influenza/burden-of-influenza> adresinden 20.02.2021 tarihinde erişilmiştir.
- World Health Organization. (2021c). *Hypertension*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension> adresinden 15.09.2021 tarihinde erişilmiştir.
- Wu, S. (2003). Sickness and Preventive Medical Behavior. *Journal of Health Economics*, 22: 675–689.
- Xu, Y., Zhang, T., & Wang, D. (2019). Changes in Inequality in Utilization of Preventive Care Services: Evidence on China's 2009 and 2015 Health System Reform. *International Journal for Equity in Health*, 18 (172): 1-10.
- Yamashita, T., Bardo, A. R., Millar, R., & Liu, D. (2019). Numeracy and Preventive Health Care Service Utilization among Middle-Aged and Older Adults in the U.S. *Clinical Gerontologist*, 1-12.
- Yılmaz Tuncay, S., Demirhan, İ., Şahin, S., & Kaplan, S. (2019). Sağlık İnanç Modeli Örneği: Tütün Bağımlısı Gebe. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 2 (1): 38-46.
- Young, W. F., McGloin, J., Zittleman, L., West, D. R., & Westfall, J. M. (2007). Predictors of Colorectal Screening in Rural Colorado: Testing to Prevent Colon Cancer in the High Plains Research Network. *The Journal of Rural Health*, 23 (3): 238-245.
- Zimmerman, R. K., Nowalk, M. P., Tabbarah, M., & Grufferman, S. (2006). Predictors of Colorectal Cancer Screening in Diverse Primary Care Practices. *BMC Health Services Research*, 6: 116-225.

EK 1. Etik Komisyon Muafiyeti Formu

 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ TEZ ÇALIŞMASI ETİK KOMİSYON MUAFİYETİ FORMU
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA
Tarih: 27/06/2019
Tez Başlığı: Türkiye'de Koruyucu Sağlık Hizmetleri Kullanımını Etkileyen Faktörler Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmam: 1. İnsan ve hayvan üzerinde deney niteliği taşımamaktadır, 2. Biyolojik materyal (kan, idrar vb. biyolojik sıvılar ve numuneler) kullanılmasına gerektirmemektedir. 3. Beden bütünlüğüne müdahale içermemektedir. 4. Gözlemsel ve betimsel araştırma (anket, mülakat, ölçek/skala çalışmaları, dosya taramaları, veri kaynakları taraması, sistem-model geliştirme çalışmaları) niteliğinde değildir. Hacettepe Üniversitesi Etik Kurullar ve Komisyonlarının Yönergelerini inceledim ve bunlara göre tez çalışmamın yürütülebilmesi için herhangi bir Etik Kurul/Komisyon'dan izin alınmasına gerek olmadığını; aksi durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim. Gereğini saygılarımla arz ederim.
27/06/2019
Adı Soyadı: Leyla KANMAZ Öğrenci No: N16225109 Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi Programı: Sağlık Yönetimi Statüsü: ☒ Yüksek Lisans ☐ Doktora ☐ Bütünleşik Doktora
<u>DANIŞMAN GÖRÜŞÜ VE ONAYI</u> _____ Doç. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU Detaylı Bilgi: http://www.sosyalbilimler.hacettepe.edu.tr Telefon: 0-312-2976860 Faks: 0-3122992147 E-posta: sosyalbilimleri@hacettepe.edu.tr

EK 2. Tez Orijinallik Formu

 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA
Tarih: 23/12/2021
Tez Başlığı : Türkiye'de Koruyucu Sağlık Hizmetleri Kullanımını Etkileyen Faktörler Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 141 sayfalık kısmına ilişkin, 23/12/2021 tarihinde şahsım tarafından Tamiin adlı intihal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı %8'dir. Uygulanan filtrelemeler: 1- ☒ Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç 2- ☒ Kaynakça hariç 3- ☒ Alıntılar hariç 4- ☐ Alıntılar dâhil 5- ☒ 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim. Gereğini saygılarımla arz ederim. 23.12.2021 Adı Soyadı: Leyla DEMİR Öğrenci No: N16225109 Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi Programı: Sağlık Yönetimi
<u>DANIŞMAN ONAYI</u> UYGUNDUR. Prof. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU