

# Medikalizasyon (tıbbileştirme), aşırı teşhis/tedavi ve kışkırtılmış sağlık talebi

## Prof. Dr. Zeki Kılıçaslan



1957 yılında Trabzon Araklı'da doğdu. Araklı Merkez İlkokulu, İstanbul Sağımcılar Lisesi ve İstanbul Tıp Fakültesini bitirdi (1980) 1984 yılında İstanbul Tıp Fakültesinde Göğüs Hastalıkları Uzmanı oldu. Çamlıca Askeri Göğüs Hastalıkları Hastanesi, Erzurum Göğüs Hastalıkları Hastanesi ve Yedikule Göğüs Hastalıkları Hastanesinde çalıştı. 1989 yılında doçent, 1994 yılında profesör oldu. Halen çalışmaya devam ettiği İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalında çeşitli yıllarda başkanlık görevini yürüttü. Dr. Kılıçaslan, tüberküloz ve mesleki akciğer hastalıkları konuları ile ilgilenmektedir.

Eşitsizliklerin artmaya devam ettiği dünyamızın büyük bölümünde sağlığın asil belirleyicileri olan temiz su, gıda ve barınma gibi temel gereksinimlerin karşılanamaması durumu, temel sağlık hizmetleri ve ilaçlara ulaşamama gerçeği ile birlikte varlığını sürdürmektedir. Fakat başka toplumlarda veya toplumların farklı bölümlerinde artan aşırı sağlık hizmeti kullanımı da aynı zaman diliminde sağlık gündeminde yerini almıştır. Türkiye'de de Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte aşırı sağlık hizmeti kullanımı ve kışkırtılmış sağlık talebi kavramları etrafında tartışmalar hızlanmıştır. Bu yazıda aşırı ve/veya kışkırtılmış sağlık talebi, medikalizasyon (tıbbileştirme) ve aşırı teşhis/tedavi süreç ve uygulamaları birlikte ele alınacaktır.

Sağlık hizmeti kullanımının artışı; tıbbileştirme, aşırı teşhis/tedavi ve kışkırtılmış sağlık talebi dinamiklerinin birlikte ortaya çıkardığı bir sonuç olarak ele alınabilir. Burada tıbbileştirme, daha önce tıp alanının dışında kabul edilen sorunların, yaşam süreçleri ve deneyimlerinin, tıbbi terimlerle tanımlanması, tedavi edilebilecek bir durum olarak ortaya konulması ve tıbbi müdahalelere tabi tutulması ile (1) genelde tıp alanının genişletilmesi yönünde bir rol oynamaktadır. Son yıllarda artan şekilde gündeme giren

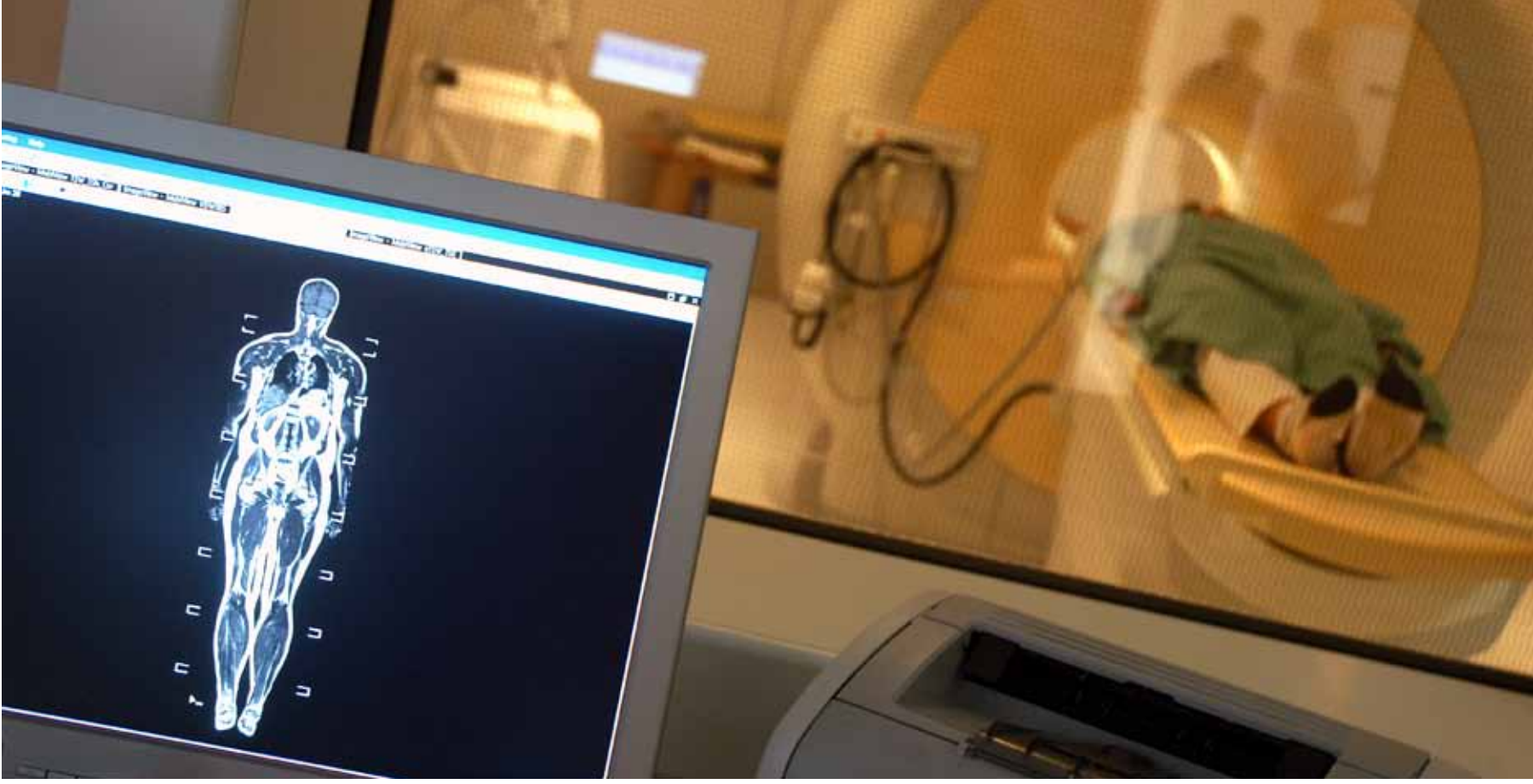
aşırı teşhis/tedavi gelişmiş teknoloji kullanımı koşullarında hastalıkların daha erken teşhis edilmesi için süre giden muayene ve tıbbi inceleme "gayret" ve "heveslerinin" bir sonucu olarak ortaya çıkar. Fakat burada teşhis anlamsızdır çünkü teşhis konulan hastalık için tedaviye gerek yoktur veya zaten geçerli bir tedavi şekli yoktur veya tedavi hasta tarafından istenmemektedir. Aslında bir "yan etki" olarak ortaya çıkan aşırı teşhis, kişileri gereksiz şekilde "hasta" haline sokar ve süreçte belki de onları kendileri için iyi olmayan hatta zararlı olabilen artmış tanı, tedavi uygulamalarına maruz bırakabilir (2). Sağlık talebinin kışkırtılması ise tıbbileştirme ve aşırı teşhis/ tedavi dinamikleri ile bağlantılı olsa da, dar anlamıyla piyasalaştırılmış sağlık sektöründe hizmet sunucularının kar amaçlı talep oluşturma ve/veya büyütme uygulamalarıdır. Bu üç dinamiğin etkileşimli ortamında beliren "tüketici" temelli artmış sağlık hizmet talebi ise oluşan/ oluşturulmuş yeni sağlık kültürünün bir ürünü olarak kabul edilebilir.

### Yeni hastalıklar ve tanı sınırları

Son on yıllarda duygu durum bozukluğu, menoz, doğum, yaşlanma, anksiyete gibi doğal süreçler müdahale edilmesi gereken hastalık olarak tanımlanmakta

veya şeker hastalığı, tansiyon, osteoporoz gibi yaygın hastalıklarda tanı/ tedavi sınırı değişiklikleri ile "yeni hastalar" ortaya çıkarılmaktadır. Bu gelişmelerden bazı bireylerin sağlıklarına kısmi faydalar sağlanabildiği ileri sürülebilse de bazı bireylerin de sağlıkları için tehlikeli olabilecek gereksiz uygulamalara maruz kalabildikleri ortadadır. Burada sorun, neyin hastalık olduğu neyin ise olmadığı konusundaki sınırın nereye çizileceğidir. Farklı çıkar ve beklentilerin olduğu bu zeminde, ortak görüş oluşturma kararına katılacak tarafları belirlemek de ortak bir görüş oluşturmak da çok zor görünmektedir.

Henüz şikâyeti olmayan bireylerin bazı sorunlar açısından kontrol edilmesi hastalıkların erken tanısına ve tedavisine yol açarak bireyin sağlığına katkı verebilir. Örneğin bilinen hipertansiyonu veya şeker hastalığı bulunmayan bireylerin kontrol amaçlı tansiyon ve kan şekeri düzeyi ölçümleriyle saptanan hastalıklarının erken tedavisi gibi. Fakat burada sorun hastalık sınırının ne olacağıdır. Çünkü kabul edilen bir eşik değer kişinin sağlığına yararlı olabileceken, başka bir eşik değer çok sayıda kişiye gereksiz ve hatta zararlı olabilecek bir teşhis/ tedavi süreci başlatabilir. Burada belirlenecek teşhis kriteri için esas bilimsel ölçüt bir kişiye yararlı olmak için gerçekte kaç kişiye teşhis/ tedavi uygulanacağıdır.



Birkaç kişinin yararlanması için çok fazla kişiye "hastalık" damgası vurmamak, onları kendilerine zarar verebilecek tedaviye tabi tutmak doğru olmayabilir. Öte yandan bu gerçek bir hastalık durumunda ihtiyacımız olan kaynakların israf edilmesi anlamına da gelmektedir.

Tibbileştirme, aşırı tanı ve buna bağlı gereksiz ilaç kullanımının en yaygın olarak tartışıldığı alanlardan birisi akıl-ruh sağlığı hastalıklarıdır. ABD Hastalık Kontrol Merkezi (CDC) 4-17 yaş arası 6,4 milyon Amerikalı çocuğun (ki bu ABD'deki tüm çocukların %11'idir) yaşamlarının bir döneminde hiperaktivite tanısı aldığını ve bu oranın son on yıl zarfında %41 oranında arttığını saptamıştır (3). Yapılan bir çalışmada ABD'de depresyon teşhisi alanların sadece %34'ünde majör depresyon atağı kriterlerinin bulunduğu ve bu oranın 65 yaş ve üzerindeki kişilerde ise ancak %14 olduğu gösterilmiştir (4)

Hastalık sınırları tartışmasında başlıca konular hipertansiyon, şeker hastalığı, kolesterol düzeyi ve osteoporoz gibi hastalıklarıdır. Hipertansiyon açısından bakıldığında son yıllarda tedavi sınırları içine alınan 90-100 mmHg küçük tansiyonlu kişilerin yalnızca birine yararlı olabilmemiz için 5 yıl boyunca 18 kişiye ilaç vermek gereklidir (2). Yani 90-100 mmHg tansiyon tedavi sınırlarına alınca bir kişi tedaviden yararlanırken diğer 17 kişi boşuna ilaç almış olmaktadır. Öte yandan sınırın 100 mmHg'den 90'a indirilmesi sadece ABD'de 52 milyondan fazla yeni "hasta" ortaya çıkması anlamına gelmektedir. ABD'de tedavi edilmesi gereken kolesterol düzeyi 240'dan 200'e düşürüldüğünde, yaşam boyu tedaviden 100 kişiden sadece 8 kişinin yarar göreceği ortaya konulurken (2) bu kararla

sadece ABD'de 92 milyondan fazla yeni "hasta" ortaya çıkarılmış yani hasta sayısı %86 arttırılmıştı. Osteoporoz için tedavi sınırını Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği -2,5'un altı değil de -2 olarak ilan edilmesi ile "osteoporoz hastaları" %85 oranında artmış, fazladan 7 milyona yakın yeni "hasta" yaratılmıştır. Bu sınırlar kullanılarak yapılan bir çalışmada; tedavi verilen her 100 kişiden ancak 5'inin gerçekte fayda gördüğü ortaya konulmuştur (5).

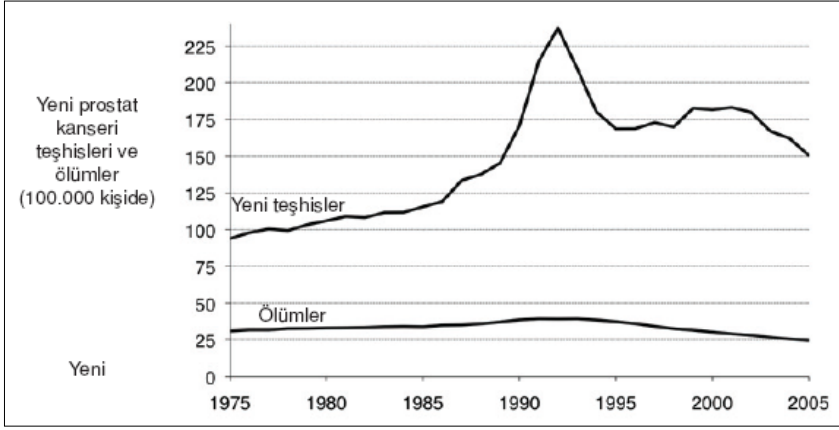
#### **Modern görüntüleme, tanı yöntemleri ve aşırı teşhis/tedavi**

Bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MRG), pozitron emisyon tomografisi gibi ileri görüntüleme yöntemleri ile kişilerde tesadüfen bulunan "bozukluklar" günümüzde aşırı teşhis/tedavinin en önemli kaynağıdır. Araştırmalar şikâyeti olmayan bireylere uygulanan tüm vücut BT taramalarında kişilerin %86'sında en az bir anormallik bulunabileceğini ve ortalama kişi başına düşen anormallik sayısının 2,8 olduğuna işaret etmektedir (6). Şüphesiz bu kişilerin çok az da olsa bir kısmı saptanan "bulgular"dan yarar görebilir ama büyük kısmı yapılan incelemeler sonrasında gereksiz yere "hastalık" tanısı almakta ve önemli bir kısmı da gereksiz tedaviden zarar görmektedirler. Gündelik pratikte daha sık karşılaşılan bir sorun ise kişilere uygulanan çeşitli görüntüleme yöntemlerinde şikâyetle ilgisi olmayan "tümörlerin" (insidentaloma) bulunmasıdır. Bu sorun, en çok akciğerlerde ortaya çıkmaktadır. Çünkü sağlıklı insanlara toraks (göğüs) BT çekilirse sigara içmeyenlerde %15, sigara içenlerde ise %50 oranında küçük nodüller görülebilir. Bu nodüllerin öldürücü bir kanser olma olasılığı ise sigara içenlerde %3,6, içmeyenlerde

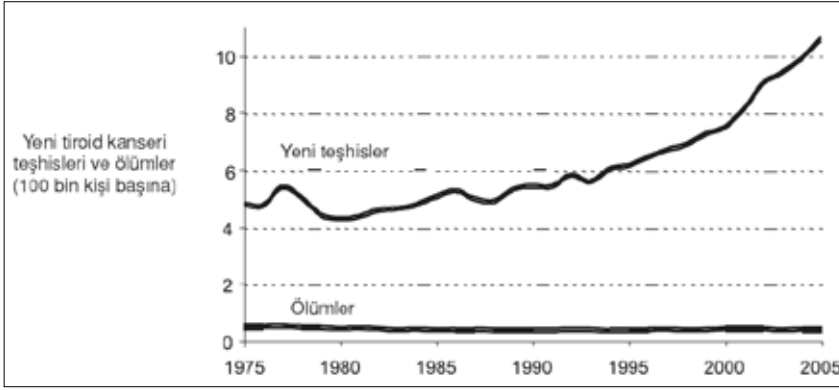
Henüz şikâyeti olmayan bireylerin bazı sorunlar açısından kontrol edilmesi hastalıkların erken tanısına ve tedavisine yol açarak bireyin sağlığına katkı verebilir. Örneğin bilinen hipertansiyonu veya şeker hastalığı bulunmayan bireylerin kontrol amaçlı tansiyon ve kan şeker düzeyi ölçümleriyle saptanan hastalıklarının erken tedavisi gibi. Fakat burada sorun hastalık sınırının ne olacağıdır.

%0,7'dir (7). Ama kanserleşme açısından düşük bu oranlara rağmen saptanan lezyonlar çoğu zaman kişilerde uzun yıllar boyunca yüksek doz radyasyona maruz bırakan takip sürecine ve bazen de kişiye zarar verebilen tanı/tedavi girişimlerine yol açmaktadır. Daha kötüsü saptanan nodüller gerçek olmadığı halde kişide "hastalık" ruh halini oluşturmaktadır. Tesadüfen saptanan bu tümörler sadece akciğerle sınırlı olmayıp, karaciğer, tiroit ve böbreklerde de görülmekte ve benzer sorunlar ortaya çıkarmaktadır.

Ancak tüm bu gerçekliğe rağmen birçok



Şekil 1: ABD'de yeni prostat kanseri teşhisleri ve prostat kanserinden ölümler (2)



Şekil 2: ABD'de yeni tiroit kanseri teşhisleri ve tiroit kanserinden ölümler (2)

ülkede bu yöntemler her geçen gün daha çok kullanılmaktadır. Öte yandan kullanılan bu yöntemlerin çözünürlüğü yani ayırma gücü zaman içerisinde teknolojik gelişmeyle arttığından çok daha küçük nodüller/tümörler görüntülenebilmekte, aşırı teşhis/tedavi sorunu her geçen gün giderek daha da karmaşıklaşmakta, sağlıklı olan çok sayıda insan "hasta" olarak etiketlenmekte, sosyal güvenlik kurumlarından veya cepten ciddi miktarda harcama yapılmakta ve bazen de gereksiz olan ve hatta zarar verebilecek biyopsi gibi teşhis girişimleri ve "tedaviler" uygulanmaktadır.

Kanserlerde erken tanı amacıyla çeşitli duyarlı biyokimyasal ve görüntülemeye dayalı tarama yöntemleri kullanıldığında beklenenden çok daha fazla oranda kanser bulunacağı açıktır. Örneğin 80 yaşın üzerindeki erkeklerin prostatları tümüyle çıkarılsa ve ayrıntılı incelense bunların neredeyse tamamında kanser saptanabilir. Hâlbuki bu insanların çok büyük kısmı doğal ömürleri içerisinde prostat kanserine bağlı bir şikâyete sahip olmayacaktır. Çünkü kanser hücrelerinin davranışı birbirinden çok farklıdır. Öte yandan tarama ya da başka nedenle yapılan tetkiklerde bulunan bir kanserin hangi şekilde seyredeceği bilinmediği için, saptanan tüm kanserlere aynı şekilde uygulanan tanı/tedavi girişimlerinin çoğunun gereksiz olması da pek mümkündür.

Eğer kanser ölümleri, tedavi etkisi nedeniyle aynı hızda olmasa da teşhis oranıyla paralel olarak artıyorsa burada aşırı teşhisten bahsedilemez. Ama eğer bir kanser türünde ölüm oranları neredeyse sabit kalırken teşhis çok hızlı artıyorsa burada aşırı teşhis vardır denebilir (2). Başlıca prostat kanseri, tiroit kanseri ve meme kanseri verileri aşırı teşhis varlığını belirgin şekilde göstermektedir.

ABD'de prostat kanseri teşhisi şekil de izlendiği gibi 1990'larda aşırı oranda artmıştır (Şekil 1). Bu artışın nedeni yaygın şekilde kullanılan PSA taramaları ve buna bağlı olarak aşırı uygulanan biyopsilerdir. Amerika'da kaza nedeni ile ölen insanlarda yapılan bir çalışmada; yirmili yaşlarda bile kişilerin %10'unda prostat kanseri bulunurken bu oran yetmiş yaşından sonra %75'in üzerine çıkmaktadır (8). Hâlbuki Amerika'da insanların ancak %3'ü prostat kanserinden ölmektedir. Araştırma verileri bir kişinin prostat kanserinden ölümünü önlemek için, 1400'den fazla kişinin taranması ve 20 ila 50 kişiye gerekmediği halde aşırı oranda prostat kanseri teşhisi/tedavisi konulması gerektiğine işaret etmektedir (9).

ABD'de tiroit kanserinde aşırı teşhis sorununun prostat kanserinden de daha fazla olduğu ortaya konulmuştur (10) (Şekil 2). Tiroit kanseri tanısında yaşanan bu artış esasında hasta için daha

ilerde ciddi bir sorun oluşturmayacak olan küçük papiller tipte tiroit kanseri tanısındaki artışa bağlıdır. Güney Kore'de gereksiz taramalar sonucu 1993 yılına göre 2011 yılında 15 kat artış gösteren tiroit kanserinde aşırı teşhis sorunu artık bir "salgın" olarak tanımlanmaya başlanmıştır (11). Bu nedenle tiroit için daha fazla tetkik yapmak, hayatta daha fazla insana biyopsi ya da yararsız bir cerrahi uygulanmasına yol açmakta ve bu durum birçok insanı, ameliyatların getirdiği sorunlar olan ses kısıklığı ve paratiroid bezinin zarar görmesi riski ile yüz yüze bırakmaktadır. Ayrıca sorun yaratan diğer bir konu da cerrahi ile tiroit bezi alındığında kişinin hayat boyu sürekliliği tiroit ilacı almak zorunda kalmasıdır.

Meme kanseri de çok yaygın uygulanan mamografi taramaları nedeniyle aşırı teşhis araştırma ve tartışmalarının önemli bir konusu haline gelmiştir. ABD Önlüycü Hizmetler Görev Gücünün yaptığı bir çalışmada mamografi ile taranan kişilerde ölüm riskinde %15 kadar bir azalma tespit edilmiştir (12). Ama bu oran sadece meme kanserinden ölümler için geçerlidir. Eğer veriler tüm topluma uyarlanırsa yapılan hesaplamalara göre, 40 yaşından sonra her yıl taranan kadınlardan ancak binde 0,5'i, 50 yaşından sonra taranmaya başlayan kadınların binde 1'i, 70 yaşından sonra taranmaya başlayanların ise binde 2,3'ü bu taramadan yarar görmektedir (2). Dolayısıyla on yıl boyunca her yıl mamografi çektiren kadınların binde 997 ya da binde 999,5'i bu taramadan aslında fayda elde edememekte; aksine bu kadınların bazıları gereksiz yere yapılan biyopsi ve tedaviler nedeniyle zarar görmektedir.

Benzer sorunların böbrek tümörleri, melanomlar, akciğer kanserleri gibi durumlar için de geçerli olduğu ortaya konulmuş olmasına rağmen aşırı teşhis/tedavi sadece kanserler ile sınırlı değildir. Kanada'da yapılan bir çalışmada astım tanısı olanların %30'unda aşırı teşhis saptanırken (13), ABD'de yapılan bir çalışmada pulmoner emboli de aşırı tanı sorununun olduğu önemli bir alan olarak ortaya konmuştur (14). Aşırı teşhis/tedavi nedeniyle ABD'de 200 milyar dolardan fazla para harcandığı ve insanların sağlığının tehlikeye sokulduğu gösterilmiş (15), konunun artan önemi üzerine 2015 yılında üçüncüsü gerçekleştirilecek olan aşırı teşhis konulu kongreler düzenlenmeye başlamıştır (16).

#### **Türkiye'de sağlıkta artan sayılar: Aşırı/kışkırtılmış sağlık talebi mi?**

Türkiye sağlık sistemi 2003 yılından bu yana "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adı altında bir reforma tabi tutuldu ve sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanında köklü değişimler yaşandı. Bu dönüşümün

ikili bir sonucu olduğu söylenebilir: Bir yandan tüm kamu fonlarının tek bir çatı altında birleştirilerek tek ödeyicisi olan sisteme geçilmesi ve nüfusun tamamına yakınının bu sağlık sigortası kapsamına alınması ile eskisine nazaran daha adil/ daha az hiyerarşik bir yapı oluşturuldu ve sağlık hizmetlerine erişim kolaylaştırıldı. Ancak öte yandan çok sayıda uygulama ile sağlık hizmetlerinde piyasalaşma ve metalaşması aşırı şekilde hızlandırıldı.

Son yıllarda hekime başvuru sayısı, genelde her türlü tetkik sayısı, BT/MR çekim sayıları, cerrahi girişim sayılarındaki kişi başı artışlar ve genelde ilaç tüketimindeki yükselişler sağlıktaki dönüşümle birlikte erişimin artması ile ilişkilendirilebileceği gibi yaşamın tıbbileştirilmesi, aşırı teşhis/ tedavi kavramı, aşırı ve/veya kıskırtılmış sağlık talebi ile bağlantılı olarak da ele alınabilir. Global bir sorun olarak ortada duran tıbbileştirmenin özellikle kadın merkezli olarak Türkiye’de olduğu boyutlar bilinmektedir (17, 18). Sağlıklı yaşam, hastalıkların önlenmesi bağlamında sağlık tıbbileştirilmekte, sağlığın korunması bireyselleştirilmekte ve konu bir “tüketim endüstrisi” konusu haline getirilmektedir.

Literatürdeki tanımıyla Türkiye’de aşırı teşhis ve buna bağlı aşırı tedavinin varlığını ortaya koyacak yeterli veri bulunmamaktadır. Çünkü öncelikle kanserlerde olmak üzere belirli hastalıklarda uzun zaman dilimlerini kapsayacak şekilde tanı ve bu hastalığa bağlı ölüm rakamlarını içeren kaliteli verilerimiz yoktur. Bununla birlikte OECD verileri ile karşılaştırıldığında kişi başına yüksek BT/ MR sayıları, özellikle küçük cerrahilerde olmak üzere kişi başı yüksek girişimsel sayılar aşırı teşhis/tedavinin varlığının bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. Sadece 2011 yılında her 9 kişiden birisine BT, her 10 kişiden birisine MRG incelemesi yapılmış olması (19) dikkate alındığında bu kullanım sonrasında kaçınılmaz olarak saptanan ancak sağlık açısından anlamsız denilebilecek bulguların “hastalık” şüphesiyle tanımlanmasının zincirleme olarak bu tetkiklerin çok kere gereksiz tekrarlarını, gereksiz tanı ve bazen de tedavi girişimlerini ortaya çıkarması uzman hekimlerin günlük klinik pratiğinin bir gerçeğidir.

Türkiye’de sezaryenle doğum oranlarındaki artış Türkiye’de yaşanan sorunun sağlığa ulaşımın artışı ile açıklanamayacağına çarpıcı bir kanıtını oluşturmaktadır. Bilindiği üzere Dünya Sağlık Örgütü’ne göre beklenen sezaryen oranları %5-15 ve kabul edilebilir sınır %20 iken, Türkiye’de 2002 yılında %21 olan bu oran 2011 yılında %46,6’a çıkarak OECD ülkeleri arasında en yükseğe erişti. Genelde bu oranın beklenenlerden yüksek olması tıbbileştirme bağlamında



ele alınabilse de Türkiye’de kısa zaman içerisinde gözlenen bu yükseliş esas olarak kıskırtılmış talebe ve onun oluşturduğu kültüre bağlı gibi görünmektedir.

Sonuç olarak; tıbbileştirme ve erken teşhis/tedavi arayışının kâr amaçlı saptırılmış teşviki, insanlarda yaşamı boyunca ciddi bir sorun oluşturmayacak durumların ortaya çıkarılıp “hastalık” olarak tanımlanmasına yol açmaktadır. Bu tanımlama, kişilerin “hasta” olarak damgalanmasının oluşturduğu sorunların yanı sıra bireylere gereksiz teşhis ve tedavi girişimlerinin yapılmasına, bazen bu girişimler nedeniyle bireylerin zarar görmesine ve kaçınılmaz olarak sağlık harcamalarının artışına neden olmaktadır. Aşırı harcamalarla “açıkları” artan kamusal sosyal güvenlik kurumlarının sağlık paket sınırlarını daraltma ve katkı paylarını artırma yönündeki eğilimi ise, gerçekten ihtiyacı olanların sağlık hizmetlerine erişiminin önünde potansiyel bir engel oluşması ile sonuçlanmaktadır.

## Kaynaklar

- 1) Conrad P Medicalization and Social Control. Annual Review of Sociology, 1992; 18: 209-22.
- 2) Welch G, Schwartz ML, Woloshin S Aşırı Teşhis. Sağlık Adına Hasta Etmek. İNSEV Yayınları, Birinci Baskı, İstanbul, 2013.
- 3) Schwarz A, Cohen C (2013). A.D.H.D. Seen in 11% of U.S. Children as Diagnoses Rise. [http://www.nytimes.com/2013/04/01/health/more-diagnoses-of-hyperactivity-causing-concern.html?\\_r=0](http://www.nytimes.com/2013/04/01/health/more-diagnoses-of-hyperactivity-causing-concern.html?_r=0) (Erişim Tarihi: 25.04.2015).
- 4) Mojtabei R Clinician-Identified Depression in Community Settings: Concordance with Structured-Interview Diagnoses. Psychother Psychosom, 2013; 82 (3): 161-169.
- 5) Cummings SR, Black DM, Thompson DE, et al . Effects of Alendronate on Risk of Fracture in Women with Low Bone Density But Without Vertebral Fractures: Results from the Fracture Intervention Trial. JAMA, 1998 ; 280 (24): 2077-82.

6) Welch HG, Black WC Overdiagnosis in Cancer. J Natl Cancer Inst, 2010; 102: 605-613.

7) Swensen SJ, Jett JR, Slolan JA, et al Screening for Lung Cancer with Low-dose Spiral Computed Tomography. Am J Respir Crit Care Med, 2002; 165 (4): 508-513.

8) Sakr WA, Grignon DJ, Haas GP vet ark. Age and racial distribution of prostatic intraepithelial neoplasia. Eur Urol, 1996;30(2):138-441996;

9) Draisma G, Boer R, Otto SJ, et al Lead Times and Overdetection due to Prostate-Specific Antigen Sscreening: Estimates from the European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer. J Natl Cancer Inst, 2003; 95 (12): 868-878.

10) Davies L, Welch HG Increasing Incidence of Thyroid Cancer in the United States, 1973-2002. JAMA, 2006; 295: 2164-2167.

11) Ahn AS, Kim H J, and Welch H.G. Korea's Thyroid-Cancer "Epidemic" - Screening and Overdiagnosis. N Eng J Med 2014;371:1765-1767.

12) Nelson HD, Tyne K, Naik A. Screening for Breast Cancer: An Update for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Int Medicine, 2009 ; 151: 727-737.

13) Aaron SD, Vandemheen KL, Boulet LP, Mclvor RA vet ark. Overdiagnosis of asthma in obese and nonobese adults. CMAJ 2008;179(11):1121-31.

14) Weiner R S, M Schwartz L M, Woloshin S. When a test is too good: how CT pulmonary angiograms find pulmonary emboli that do not need to be found. BMJ 2013;347:3368.

15) Berwick D, Hackbarth, A. Eliminating waste in US health care. JAMA 2012;307:1513-6.

16) <http://prevention.cancer.gov/news-and-events/meetings-and-events/third-preventing-overdiagnosis> (Erişim tarihi: 26.04.2015)

17) Sezgin D. Yaşam Tarzı Önerileri Bağlamında Sağlık Haberlerinin Analizi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2011, 2(2). <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/49/1572/17054.pdf> (Erişim tarihi: 26.04.2015)

18) Kay Ş.Ş. Televizyonda Kadın, Sağlık Ve Hastalık. Sosyoloji Araştırmaları Dergisi 2011; 14 (2). 117-150.

19) Üçer AR Sağlıkta Dönüşüm Programının Yarattığı Talep Patlaması. İçinde: Tıp Bu Değil 2 (Ed: Arslanoğlu İ). İthaki Yayınları, Birinci Baskı, Sayfa: 265, 2013.