



**T.C.  
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**İZMİR'DEKİ AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ  
PERİYODİK SAĞLIK MUAYENELERİ VE TARAMA  
TESTLERİ BİLGİ DÜZEYİNİN İNCELENMESİ**

**UZMANLIK TEZİ  
Dr. Ece YILDIZ OPÇİN**

**TEZ DANIŞMANI  
Doç. Dr. Esra Meltem KOÇ**

**İZMİR  
EYLÜL-2021**



**T.C.  
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**İZMİR'DEKİ AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ  
PERİYODİK SAĞLIK MUAYENELERİ VE TARAMA  
TESTLERİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

**UZMANLIK TEZİ  
Dr. Ece YILDIZ OPÇİN**

**TEZ DANIŞMANI  
Doç. Dr. Esra Meltem KOÇ**

**İZMİR  
EYLÜL-2021**

**TEZ ONAY SAYFASI**

**İZMİR'DEKİ AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ  
PERİYODİK SAĞLIK  
MUAYENELERİ VE TARAMA TESTLERİ BİLGİ  
DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

**TEZİ HAZIRLAYAN  
Dr. Ece YILDIZ OPÇİN**

**Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Programı çerçevesinde yürütülmüş olan  
bu çalışma tarafımızca incelenerek her yönü ile "Tıpta Uzmanlık" tezi olarak  
uygun ve yeterli bulunmuştur.**

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Esra Meltem KOÇ**

**İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi**

**Üye: ..... (Ünvanı-Adı**

**SoyadıÇalıştığı Üniversite/Kurum)**

**Üye: ..... (Ünvanı-Adı**

**SoyadıÇalıştığı Üniversite/Kurum)**

**Üye: ..... (Ünvanı-Adı**

**SoyadıÇalıştığı Üniversite/Kurum)**

**Prof. Dr. Fatih Esad TOPAL**

**Tıp Fakültesi Dekanı**

## TEŞEKKÜRLER

Asistanlık eğitimim boyunca bana emek veren ve yol gösteren başta değerli Ana Bilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Kurtuluş ÖNGEL'e, değerli tez danışmanım Doç. Dr. Esra Meltem KOÇ'a, değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Gülseren PAMUK'a ve değerli hocam Doç. Dr. Berna ERDOĞMUŞ MERGEN'e, değerli hocam Doç. Dr. Emine Neşe YENİÇERİ'ye, değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Betül BATTALOĞLU İNANÇ'a, asistan arkadaşlarıma ve asistanlığımın bana kazandırdığı değerli arkadaşım Tuğba YAZAN ŞAHAN'a ve Yakup KÖKSOY'a

Beni bugünlere getiren ve üzerimde sayılamayacak emekleri olan anne ve babam, Zülfiye YILDIZ ve Murat YILDIZ'a, kardeşim Gamze YILDIZ'a

Hayatımın her döneminde beni destekleyen, gülüşüyle günümü güzelleştiren ve varlığıyla bana güç veren sevgili eşim, Ali Ercüment OPCİN'e

Teşekkürlerimi sunmaktan gurur ve mutluluk duyarım...

## İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR	VI
TABLOLAR DİZİNİ	VIII
ŞEKİLLER DİZİNİ	X
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Aile Hekimliğinin Gereksinimi, Tarihdeki Gelişimi ve Tanımı	3
2.2. Aile Hekimliği Disiplininin Temel Özellikleri (9)	6
2.3. Aile Hekimliği Uzmanlığı	7
2.4. Aile Hekimliği Disiplininin Çekirdek Yeterlilikleri	7
2.5. Türkiyede Aile Hekimliğinin Tarihçesi	9
2.6. Aile Hekimlerinin Görev ve Sorumlulukları	11
2.6.1. Veri Kayıt Altına Alma ve Toplama	11
2.6.2. Koruyucu Hekimlik	11
2.6.3. Sağlık Eğitimi	12
2.6.4. Sağlıkta Danışmanlık Hizmeti ve Doğru Yönlendirme	12
2.6.5. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Tanıdan Tedaviye Sağlık Hizmeti	13
2.6.6. Kronik Hastalıkların İzlemi ve Yaşlı Sağlığı	13
2.6.7. Periyodik Muayene	14
2.7. Periyodik Sağlık Muayeneleri	14
2.7.1. Periyodik Sağlık Muayenelerinin Tanımı	15
2.7.2. Periyodik Sağlık Muayenelerinin Tarihi Süreci	15

2.7.3. Amerikan Aile Hekimleri Akademisinin Öneri Düzeylerinin Tanımları (33)	17
2.7.4. Periyodik Sağlık Muayenesinde Sistematik Yaklaşım ve Akış Şeması	18
2.7.5. Periyodik Sağlık Muayenesinde Taramalar	20
2.7.6. Periyodik muayenede hastanın bilgilendirilmesi ve eğitimi	22
2.7.7. Periyodik Muayene Rehberinin Özellikleri	22
2.7.8. Amerikan Aile Hekimleri Akademisi PSM Önerileri	23
2.7.9. Türkiye’de Periyodik Sağlık Muayeneleri	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM	39
3.1. Çalışmanın Dizaynı	39
3.2. Verilerin Elde Edilmesi	39
3.3. İstatistiksel Değerlendirme	39
4. BULGULAR	41
5. TARTIŞMA	63
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	73
7. ÖZET	75
8. ABSTRACT	76
9. KAYNAKLAR	77
10. EKLER	84

## **SİMGELER VE KISALTMALAR**

**AAFP:** Amerikan Aile Hekimleri Akademisi

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

**ACPM:** American College of Preventive Medicine

**ACS:** Amerikan Kanser Cemiyeti (American Cancer Society)

**AH:** Aile Hekimi

**AHBS:** Aile Hekimliği Bilgi Sistemi

**AHRQ:** Sağlık Hizmetleri Kalite ve Araştırma Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality)

**AHUZEMA:** Aile Hekimleri Uzaktan Eğitim Platformu

**AKŞ:** Açlık Kan Şekeri

**AMA:** Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association)

**BKI:** Beden Kitle İndeksi

**BRCA:** Meme Kanseri Antijeni (Breast Cancer Antigen)

**CTFPHC:** Canadian Task Force on Preventive Health Care

**CTFPHE:** Canadian Task Force on Periodic Health Examination

**CYBH:** Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık

**ÇAG:** Çeyrekler Arası Genişlik

**DALY:** Disability Adjusted Life Year

**DM:** Diabetes Mellitus

**EAH:** Eğitim Araştırma Hastanesi

**FDA:** Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi

**GDM:** Gestasyonel Diabetes Mellitus

**GİS:** Gastrointestinal Sistem

**GP:** Genel Pratisyenler

**HBV:** Hepatit B Virüsü

**HCV:** Hepatit C Virüsü

**HIV:** İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (Human Immunodeficiency Virus)

**hrHPV:** Yüksek Riskli İnsan Papilloma Virüsü

**İKÇÜ:** İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

**KKK:** Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak  
**KVH:** Kardiyovasküler Hastalık  
**MI:** Miyokard İnfarktüsü  
**NDCs:** Bulaşıcı olmayan hastalıklar  
**PAP Smear Testi:** Papanicolau Testi  
**PrEP:** Preexposure Profilaksi  
**PSM:** Periyodik Sağlık Muayeneleri  
**SBU:** Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
**SDP:** Sağlıkta Dönüşüm Programı  
**SPSS:** Statistical Package For Social Sciences  
**SUAM:** Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi  
**TC:** Türkiye Cumhuriyeti  
**TCSB:** Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı  
**TFH:** Tiroid Fonksiyon Testleri  
**THSK:** Türkiye Halk Sağlığı Kurumu  
**TKD:** Türk Kardiyoloji Derneği  
**TSH:** Tiroid Uyarıcı Hormon  
**TUİK:** Türkiye İstatistik Kurumu  
**UNİCEF:** Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu  
**USPSTF:** The U.S. Preventive Services Task Force (Amerika Birleşmiş Devletler Önleyici Hizmetler Çalışma Grubu)  
**UV:** Ultraviyole  
**VKI:** Vücut Kitle İndeksi  
**WHO:** Dünya Sağlık Örgütü  
**WONCA:** World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians

## **TABLolar DİZİNİ**

**Tablo 1.** USPSTF'nin Öneri Tanımlamaları

**Tablo 2.** Amerikan Aile Hekimleri Akademisi PSM Önerileri

**Tablo 3.** Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri

**Tablo 4.** Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

**Tablo 5.** Katılımcıların Asistanlık Eğitim Durumu

**Tablo 6.** Katılımcıların Anket Sorularına Doğru Cevap Verme Durumu

**Tablo 7.** Katılımcıların Toplam Puan Durumu

**Tablo 8.** Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Anket Toplam Puan Durumu

**Tablo 9.** Katılımcıların Asistanlık Durumuna İlişkin Özellikleri ile Aldıkları Toplam Puan Durumu

**Tablo 10.** Katılımcıların Meslekte Çalıştıkları Yıl ile Toplam Puan Korelasyon Durumu

**Tablo 11.** Katılımcıların Çalışma Durumuna İlişkin Özellikleri ile Aldıkları Toplam Puan Durumu

**Tablo 12.** Katılımcıların Yaşlarına Göre Anket Sorularına Doğru Cevap Verme Durumlarının Karşılaştırılması

**Tablo 13.** Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Anket Sorularına Doğru Cevap Verme Durumlarının Karşılaştırılması

**Tablo 14.** Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Anket Sorularına Doğru Cevap Verme Durumlarının Karşılaştırılması

**Tablo 15.** Katılımcıların Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Anket Sorularına Doğru Cevap Verme Durumlarının Karşılaştırılması

**Tablo 16.** Katılımcıların Meslek yılına Göre Anket Sorularına Doğru Cevap Verme Durumlarının Karşılaştırılması

**Tablo 17.** Katılımcıların Asistanlık Yaptığı Kuruluşa Göre Anket Sorularına Doğru Cevap Verme Durumlarının Karşılaştırılması

**Tablo 18.** Katılımcıların Asistanlık Yılına Göre Anket Sorularına Doğru Cevap Verme Durumlarının Karşılaştırılması

**Tablo 19.** Katılımcıların Aile Sağlığı Merkezinde Çalışma Durumuna Göre Anket Sorularına Doğru Cevap Verme Durumlarının Karşılaştırılması

**Tablo 20.** Katılımcıların PSM Konusunda Eğitim Alma Durumuna Göre Anket Sorularına Doğru Cevap Verme Durumlarının Karşılaştırılması

**Tablo 21.** Katılımcıların PSM Konusunda Yeterli Bilgiye Sahip Olduğunu Düşünme Durumuna Göre Anket Sorularına Doğru Cevap Verme Durumlarının Karşılaştırılması



## **ŞEKİLLER DİZİNİ**

**Şekil 1.** European Definition of Family Medicine: Core Competencies and Characteristics

**Şekil 2.** Avrupa Aile Hekimliği Tanımı: Çekirdek Yeterlilikleri ve Özellikleri

**Şekil 3.** Sağlıklı Erişkinlerde Periyodik Muayene Akış Diyagramı

**Şekil 4.** T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Çocukluk Dönemi Aşılama Takvimi

**Şekil 5.** Ülkemizde Erişkinlere Yönelik Aşı Uygulaması

**Şekil 6.** Katılımcıların Asistanlık Yaptığı Kuruluş Durumu

**Şekil 7.** Katılımcıların Asistanlık Yıl Durumu

**Şekil 8.** Alınan Toplam Puanların Meslek Yıllarına Bağlı Ortalamaları

**Şekil 9.** Modelde Toplam Puanı Etki Eden En Önemli Faktörlerin Sıralaması

**Şekil 10.** Modelde Toplam Puanı En Fazla Etkileyen Faktörler

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Koruyucu hekimlik, hastalıkların erken tanı imkanı bulması ve risk faktörlerinin belirlenmesi için çalışır (1). Rutin kontrol muayeneleri ile koruyucu sağlığa maksimum fayda sağlanır. Toplumun her kesimi için rutin kontrol muayenelerinin sıklığı belirlenmeli ve uygulanmalıdır. Bu kapsamda, periyodik sağlık muayeneleri, gelecekte karşılaşılabilecek muhtemel hastalıkların veya kronik komplikasyonların yeterince zaman önceden teşhis ve tedavisinde hayati öneme sahiptir. Aile hekimi, periyodik sağlık kontrolleri kapsamındaki danışmanlık hizmetini sağlar (1).

Periyodik sağlık muayenesi, belirli aralıklarla sağlıklı bireylerin iyilik hallerinin devamlılığını korumak için, tıbbi ve koruyucu yöntemler ile yapılan düzenli sağlık kontrolüdür. Her bireyin risk faktörleri göz önünde bulundurularak uygulanabilir ve etkin olabilecek şekilde düzenlenmiştir. Bu sayede, birey için gereksiz tıbbi testlerin ve müdahalelerin de önüne geçilebilecektir (2). Temel amaç, sağlıklı bireylerde risk faktörlerinin önlenmesi, hastalıkların gün yüzüne çıkmadan önce bulgularının saptanması, hastalıkların getirdiği mortalite ve morbidite risklerinin düşürülmesidir (3).

Periyodik sağlık muayenesi ve tarama testleri ile birlikte hastalıklara, tedavinin daha düşük maliyetlerle önlenebileceği dönemde, erken teşhis imkanı bulunabilmektedir. Bununla birlikte taramalar, ilerleyen yaşla birlikte gelişme ihtimali yüksek olan hastalıkların risk faktörlerini tespit etmekte ve bu hastalıklara karşı koruyucu sağlık önlemleri almayı ve bu risk faktörlerini değiştirebilmeyi sağlamaktadır (4).

Bu ihtiyaca binayen T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu tarafından 2015 yılında uzman görüşleri doğrultusunda seri çalışmalar sonucu “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri” adıyla bir rehber yayına girmiştir. Ulusal programımızda yapılması zorunlu olan taramaları da kapsayan periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri, sağlıklı bireylerde anamnez, tıbbi muayene, laboratuvar tahlilleri, bağışıklama programları dahilinde yaş, cinsiyet ve risk grupları gözetilerek belli aralıklarla yapılan taramaları içermektedir. Periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri bazen sadece bireye özgü riskleri değerlendirerek danışmanlık hizmeti vermeyi, hastalıklar, bireye özgü değiştirilebilen ve

değiştirilemeyen risk faktörleri konusunda eğitim vermeyi içermektedir. Sağlık bakanlığının yayınladığı ilgili rehberin temel hedefi toplumun genel sağlık durumunun iyileştirilmesi ve ülke kaynaklarının sağlık harcamalarında etkin ve doğru kullanılabilmesidir (5).

Bu araştırmanın amacı İzmir ilinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi almakta olan asistan hekimlerin periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri hakkındaki bilgi düzeylerinin ve uzmanlık eğitiminin önemini belirlenmesidir. Bu sayede elde edilecek veriler aile hekimliği uzmanlık eğitimi müfredatında periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri ile ilgili yer alabilecek teorik ve pratik eğitimlerim planlanması için yol gösterici olacaktır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Aile Hekimliğinin Gereksinimi, Tarihdeki Gelişimi ve Tanımı

Aile hekimliğinin uzmanlık dalının oluşumu, diğer tıp uzmanlık dallarında olduğu gibi tıbbın ve toplumsal gereksinimlerin neticesindedir. İlk defa Francis Peabody, “tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığı ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık alanının gerekliliği” 1923 tarihinde ifade etmiş ve aile hekimliğine olan gereksinim vurgulanmıştır (1,6).

“Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi” konferansı Hollanda’da 1974 yılında yapılmıştır ve bu konferansla aile hekimliği, birinci basamak hekimliği olarak tanımlanmış, diğer uzmanlık dallarından farklı olduğu tüm dünyada görülmesi sağlanmıştır (1).

WONCA(Aile Hekimleri Ulusal Dernek, Akademi ve Akademik Birliklerinin Dünya Örgütü Avrupa Bölgesi) Aile Hekimliğini; özgün eğitim müfredatı, akademik ve bilimsel araştırması, klinik olarak uygulanabilen, birinci basamak muayene yönelimli klinik bir uzmanlık olarak tanımlanmıştır. Aile Hekimliği Uzmanlığı ise; Aile Hekimleri, söz konusu uzmanlık dalının temellerine göre eğitim almış uzman hekimlerdir. Bir başka deyişle; Aile Hekimleri, yaşı, cinsiyeti ve şikayetinden bağımsız olarak; tıbbi bakım ihtiyacı olan her bireye gereken bakımı sağlamadan sorumlu olan hekimlerdir (7).

Aile hekimleri, kişilere aile, toplum ve kültürleri doğrultusunda hizmet sunarlar; söz konusu hizmet süresince her hastanın ayrı bir birey olduğunu daima göz önünde bulundurur ve saygı duyarlar. Aile hekimleri; hastalar ile devam eden görüşmeler süresince hastaların kendilerine ilişkin şikayetleri ile nasıl başa çıkacaklarını, hem hastalarının fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal etkenlerini göz önünde bulundurarak, hem de kendi tecrübeleri ile bilgi birikimlerini göz önünde bulundurarak değerlendirirler. Aile hekimlerinin başlıca görevleri, bireylerin sağlığını daha iyi hale getirmek, koruyucu sağlık önlemleri almak ve sağlık sorunlarını tedavi etmek olarak tanımlanabilir. Aile hekimlerinin sundukları hizmetler, toplumun sağlık gereksinimlerine ve kaynaklarına göre değişiklik gösterebilir. Aile hekimleri bu kapsamda, gerektiğinde kendileri hizmet verdikleri gibi, başka meslektaşlarının hizmetlerini sağlarlar. Aile hekimleri, hastalarına verdiklerini

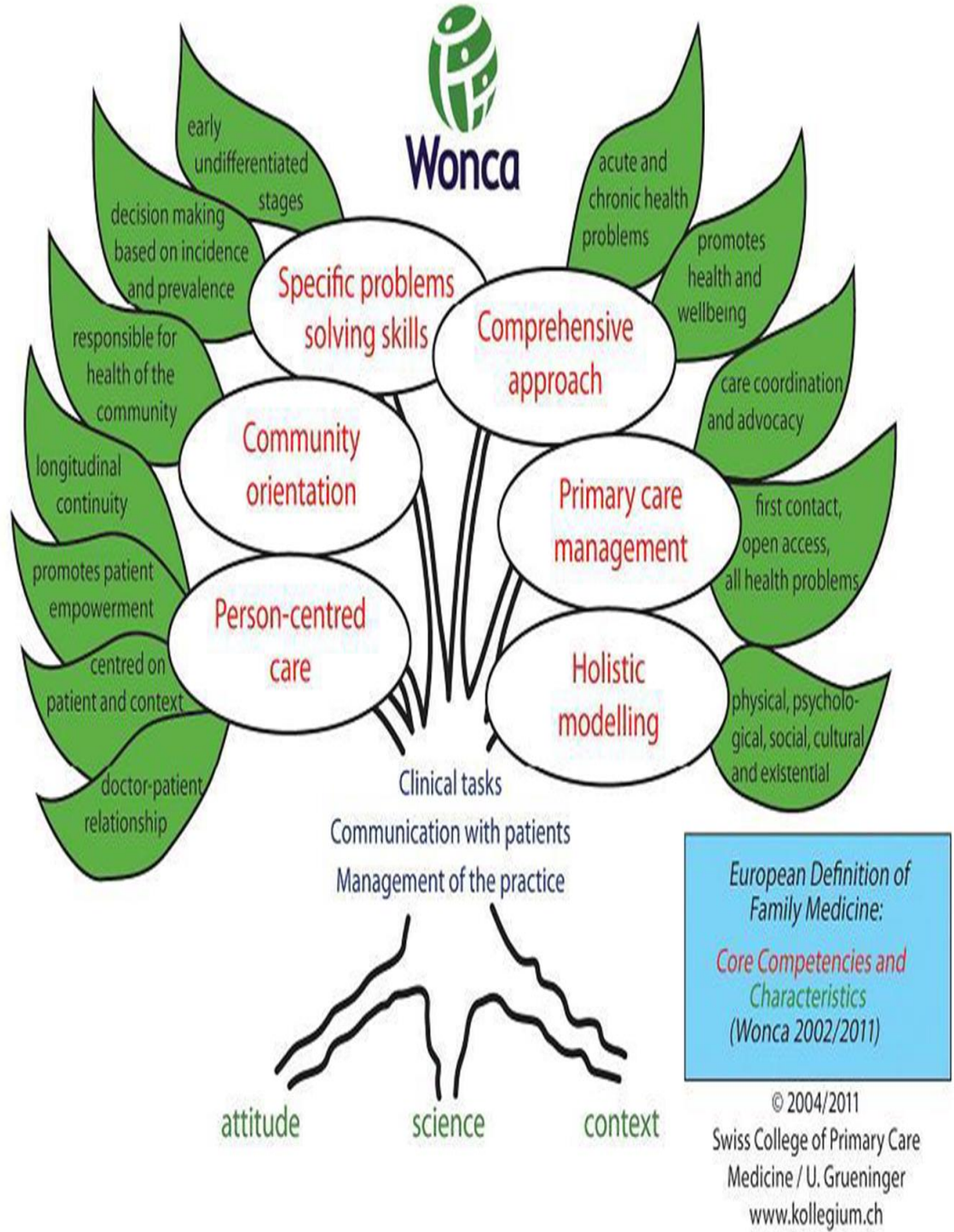
hizmetin kalitesini arttırmak maksadıyla, mesleki bilgilerini ve kendilerini geliştirmek üzere sorumluluk almalıdırlar (8).

Aile hekimliğinde kazanılan tecrübe her hasta özelinde, gereken süratte bilgilerin toplanması, sentezlenmesi ve mesleğin icrası konusunda güven ilişkisi oluşturmada önem taşır. Tecrübeli aile hekimleri, koruyucu sağlık kapsamındaki eğitimleri sayesinde hastalarının sağlığını nasıl geliştirebileceklerini bilir ve uygularlar. Söz konusu hususu, ayrıca, topluma karşı bir görev olarak da benimserler (9).

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde; Aile hekimliği, “Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiyeye kapsamlı ve devamlı olarak belirli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya kurumun öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip ve tabipler” şeklinde tanımlanır (10).

Bir diğer tanıma göre ise; aile hekimi “Aile hekimi, esas olarak tıbbi bakım arayan herkese kapsamlı bakım sağlama ve gerektiğinde diğer sağlık personelinin harekete geçirme sorumluluğu taşıyan hekimdir. Mesleki görevini bireylerin sağlık gereksinimlerine ve hizmet sunduğu toplumun var olan kaynaklarına göre, doğrudan ya da diğer sağlık çalışanlarının verdiği hizmetler aracılığıyla yerine getirir.” (9).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA), Kanada'da 1994'te “Tıp Eğitimi ve Uygulamalarını İnsanların Gereksinimlerini Daha İyi Karşılar Hale Getirmek: Aile Hekiminin Katkısı” konusunda ortak bir konferans düzenlenmiştir (11). Ortak alınan karara göre: “İnsanların ihtiyaçlarını karşılamak için, sağlık sisteminde, tıp mesleğinde, tıp fakültelerinde ve diğer eğitim kuruluşlarında köklü değişiklikler yapılmalıdır. Aile hekimi, sağlık hizmet sistemlerinde kaliteye, sosyal adalete, etkinlik ve düşük maliyete ulaşılmasında merkezi role sahip olmalıdır. Bu amaç doğrultusunda WHO ve WONCA tarihi bir iş birliği gerçekleştirmektedir” (9).



**Şekil 1.** European Definition of Family Medicine: Core Competencies and Characteristics, (9).

WONCA, hastaları birey olarak ele almayı, onların çıkarlarını gözeterek hastalara en iyi uyan standartları belirlemeyi, her türlü araştırma ve eğitim imkanı sağlamayı, klinik aile hekimliği hizmeti vermeyi amaçlamaktadır. WONCA'nın Avrupa yönetim birimi olarak WONCA Avrupa (Avrupa Aile Hekimliği) içinde

bulduğumuz yüzyılda toplumun sağlık hizmetleri ihtiyaçlarını gözeterek aile hekimliğinin yeni tanımlama ihtiyacı olduğunu görmüş ve bu kapsamda 2002’de çekirdek yeterlikleri yayınlanmıştır (9).

Aile hekimliği gerek bir bilim gerek de bir uzmanlık alanı olarak tanımlanabilir (12). İlk tanımlamaya göre; eğitim, araştırma ve standartların iyileştirilmesine yönelik akademik çerçevenin tanımlanması açısından önem arz etmektedir (9,12).

## **2.2. Aile Hekimliği Disiplininin Temel Özellikleri (9)**

a) Sağlık sisteminde birinci basamak muayene merkezi görevi yapar. Toplumun tamamına açıktır. Yaş, cinsiyet veya bireylerin diğer özellikleri ile ilgilenmez. Tüm sağlık sorunları ile ilgilenir.

b) Kaynakların en iyi şekilde kullanımını göz önünde bulundurur. Bireylere sunulan bakımı diğer sağlık çalışanları ile koordine etmek suretiyle, gerektiğinde birlikte çalışarak en iyi şekilde sağlar. Gerektiği durumlarda hastalarını diğer uzmanlara yönlendirir ve hastaları ile uzmanlar arasında iletişimi sağlar.

c) Toplumun her bireyine kişiye özel bir yaklaşım geliştirir.

d) Hastaları ile görüşe süreci özgündür, kendine hastır. Muayene ve danışma süreci zaman içerisinde hastaları ile sağlıklı ve etkili bir diyalog gelişmesine katkı sağlar.

e) Hastaların ihtiyaçlarına göre sağlık hizmetlerinin geliştirilmesini sağlar.

f) Rahatsızlıkların toplum içerisindeki gelişimine istinaden, karar verme süreçleri kendine özgüdür.

g) Bireylerin hem akut ve hem kronik sorunları birlikte değerlendirilir.

h) Henüz tanı almamış hastalıkları erken dönemde teşhis etme olanağı sağlar ve gerekli tedbirleri alır.

i) İyilik ve sağlık halinin devamlılığını sağlar.

j) Toplum sağlığına yönelik sorumluluk almaktan kaçınmaz.

k) Toplumun sağlık problemlerini tüm boyutlarıyla değerlendirir.

### **2.3. Aile Hekimliği Uzmanlığı**

Aile hekimleri, söz konusu bilimin temel değerleri göz önünde bulundurularak yetiştirilmiş uzman hekimlerdir. Temelde, herhangi bir ayırım gözetmeksizin toplumda ihtiyacı olan herkese devamlı olarak bakımla yükümlü doktorlardır. Hastaları her zaman bağımsız birer birey olarak değerlendirirler. Bu hususa ilave olarak topluma karşı ilave mesleki sorumluluklar da taşırlar. Tedavi planlarını hastalarıyla sürekli görüşerek ve söz konusu görüşmelerden çıkardığı dersler ile yaparlar. Aile hekimleri mesleki görevlerini sağlığı geliştirmek, koruyucu sağlık önlemleri ve hasta şikayetlerinde azalma sağlayarak gerçekleştirirler. Tüm bunları, toplumun var olan kaynakları ile gereksinimlerini göz önünde bulundurarak, gerektiğinde kaynakların etkili kullanımını sağlayarak, kendileri veya diğer uzmanların/meslek çalışanlarının yardımlarını almak suretiyle yaparlar. Aile hekimleri güvenli hasta bakımına olanak sağlayacak yeteneklerini, becerini sürekli olarak geliştirme ve sürdürme sorumluluğunu taşırlar (9).

### **2.4. Aile Hekimliği Disiplininin Çekirdek Yeterlilikleri**

Aile hekimliğinde çekirdek yeterlilikten bahsederken öncelikle temel değerleri ifade etmek gerekir. Temel değerler, sağlık sistemine bakılmaksızın sahip olunması gereken, aile hekimliği disiplini için sorunlu olan anlamı taşımaktadır. Aile hekimliğinin uygulamasının bazı temel değerler ile ilişkili olduğu değerlendirilmektedir. Temel yeterlilikler, söz konusu yeterliliklerin uygulama alanları arasındaki ilişkiler Aile hekimliği disiplini tamamlamaktadır. Bu husus, eğitim, araştırma ve iyileştirmeye öncülük etmelolduğu görülmüştür. Temel değerlere yönelik açıklamalar aşağıda sunulduğu gibolduğu görülmüştür (9).



Şekil 2. Avrupa Aile Hekimliği Tanımı: Çekirdek Yeterlilikleri ve Özellikleri, (9).

1. Birinci basamak yönetimi
  - a. Hastayla ilk görüşme anını yönetme yeteneği
  - b. İhtiyaç halinde diğer uzmanlık branşları ile koordineli hasta bakım hizmeti vermek
2. Kişi merkezli yaklaşım
  - c. Hasta ve problemlere yönelik birey bazlı yaklaşım yeteneği geliştirmek
  - ç. Hastalarla doğru ve etkili iletişim kurmak
  - d. Hastaların sağlık halinin korunması için sağlık hizmetinin devamlılığını sağlamak

3. Özgün problem çözme yeteneği
  - e. Her toplumun özelliklerine göre görülme sıklığı gösteren hastalıkları sağlık politikalarından faydalanarak çözüme kavuşturmak
  - f. Erken safhadaki hastalıkları doğru yönetebilmek ve doğru tedaviye ulaşabilmesini sağlamak
4. Kapsamlı yaklaşım
  - g. Erken ve geç dönem ortaya çıkan bütün şikayetleri aynı zaman diliminde değerlendirmek
  - h. Sağlık halinin devamlılığını korunma yöntemleriyle sürdürülebilmesi
5. Toplum yönelimli
  - ı. Hastaların sağlık ihtiyaçları ile sağlanan kaynaklarını dengede buluşturmak
6. Bütüncül model
  - i. Hastaya ait birçok farklı kültürel, toplumsal, psikolojik ve biyolojik etkenlerin varlığının farkında olunup, bu etkenleri birlikte değerlendirebilme yeteneği  
Aile hekimliği klinik uygulamasında bu yeterliliklere ek olarak uygulanması gereken özellikler;
    - a. **Bağlamsallık:** Hekimin içinde çalıştığı ortamı anlaması ve ilişki kurabilmesi
    - b. **Tutumsallık:** Hekimin hastanın değerlerine saygı duyacak şekilde yaklaşım geliştirmesi
    - c. **Bilimsellik:** Hekimin yeni tanı ve tedaviler konusunda kendini sürekli geliştirme ve güncel kalabilme yeteneği

## 2.5. Türkiyede Aile Hekimliğinin Tarihçesi

Aile hekimliği kavramı, Türkiye’de 1970’li yılların ortalarında tüm dünya ile paralel bir biçimde ortaya çıkmaya başlamıştır. Anılan dönemdeki en yaygın uygulama olan sağlık ocakları aile hekimliğinin bir uygulaması olarak ele alınmış, ilave bir disipline ihtiyaç duyulmamıştır (13).

Aile hekimliği, dünya genelinde ciddi bir disiplin olarak yaygınlaşırken ülkemizde de 1983’te bir uzmanlık dalı olarak kabul görmüştür. Ülkemizde ilk defa Aile hekimliği Anabilim Dalı 1984’te Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde

kurulmuştur. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi Ankara, İstanbul ve İzmir'de Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim hastanelerinde 1985'te başlanmıştır (13).

1992'de Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğünün öncülüğünde Ankara'da "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi için Aile Hekimliği Eğitimi" düzenlendi (14). Aile hekimliği müfredatı yapılması ve ilk eğitimcilerin yetiştirilmesi 1993'te gerçekleşmiştir. Pilot yer olan Bilecik bölgesi, aile hekimliği uygulamalarına yönelik girişimlere öncülük edilmiştir (15).

Aile Hekimliği Anabilim Dallarının tıp fakültelerinde kurulma kararı "Yüksek Öğretim Kurulu" tarafından 16 Temmuz 1993 tarihinde alınmıştır. Bu kararın ardından Trakya Üniversitesi'nde aile hekimliği asistanlık eğitimi başlamıştır. 1994'te Ankara'da, 1996'da Adana, Bursa ve İzmir'de "Aile Hekimliği Uygulama Merkezleri" kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı "Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü" "Aile Hekimliği Uzmanlık Müfredatı" 1995'te yayınlamıştır (15).

Türkiye'de aile hekimliğinin gelişimi kapsamında 2002 yılında, Sağlık Bakanlığı tarafından "Herkesin Sağlık" başlığı altında Acil Eylem Planı açıklanmış, söz konusu planın açıklanması sonrasında 2003 yılı itibarıyla "Sağlıkta dönüşüm programı" adı altında halka duyurulması hız kazanmıştır (16). Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması, Aile Hekimliğinin uygulama haline getirilmesi, tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamına alınması, sağlık bilgi sistemine erişim, sağlık kuruluşlarının teşkilat yapısının yenilenmesi ve kademeli sevk sisteminin geliştirilmesi Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan hedefler arasında yer almıştır. Tüm bunların hayata geçirilmesi ile birinci basamak muayene sistemine karşı farklı bakış açıları geliştirilmiştir. Türkiye'de aile hekimliğinin uygulanması için 2004 yılında "Aile Hekimliği Türkiye Modeli" benimsenmiştir (17). Sonraki yıllarda, muhtelif şehirler "pilot uygulama"ya dahil edilmiştir. "Pilot Uygulama" kapsamına alınan ilk şehir Düzce olmuş, 2006 yılında 10 şehir daha "Pilot Uygulama" kapsamına alınmıştır. "Pilot Uygulama"ya dahil edilme kapsamında, Düzce'yi, Eskişehir ve İzmir illeri takip etmiştir. "Pilot Uygulama"nın başarı ile neticelenmesi ile 2010 yılında Aile Hekimliği Türkiye'de uygulanmaya başlamış, özellikle bireysel koruyucu sağlık, birinci basamak muayene hizmetleri Aile Hekimlikleri tarafından verilmeye başlanmıştır (15). Günümüzde Aile Hekimliği uzmanlık eğitimine başlamak için Tıpta Uzmanlık Sınavında yeterli başarıyı elde etmek suretiyle

üniversite hastanelerinde veya Eğitim ve Araştırma Hastanelerindeki bir uzmanlık eğitim programında eğitim görmeye hak kazanmak gereklolduğu görülmüştür. Aile hekimliği uzmanlık eğitim programı üç yıldır; 15.11.2017'den itibaren Aile Hekimliğinde, dörder ay süre ile İç Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, üç ay süre ile Kadın Hastalıkları ve Doğum, iki ay süre ile Ruh Sağlığı ve Hastalıkları birer ay süre ile Acil Tıp, Kardiyoloji, Göğüs Hastalıkları, Deri ve Zührevi Hastalıklar, Nöroloji, Fizik Tedavi veya genel cerrahi olmak üzere toplam 18 ay oryantasyon eğitimleri, geriye kalan 18 ayda ise uygulama ve Aile Hekimliği uyum eğitimi verilmektedir (18).

## **2.6. Aile Hekimlerinin Görev ve Sorumlulukları**

### **2.6.1. Veri Kayıt Altına Alma ve Toplama**

Aile hekimi hasta için gerekli tüm kayıtları saklar. Bireyle yakın ilişkiler kurması neticesinde, hastanın kişisel sorunları ile toplumda yaşadığı veya yaşayabileceği sorunlar hakkında bilgi sahibolduğu görülmüştür. Hasta diğer uzman meslektaşlarına daha iyi bir hizmet alması için sevk etmesi gerektiğinde, en iyi desteği ve koordineyi sağlar. Bu yöntemle, ikinci basamak muayene kapsamında oluşması muhtemel yoğunluğu önleyerek, sağlık hizmetlerine topluma en iyi şekilde verilmesine olanak tanır. Bu hususun, ekonomik getirileri de azımsanamayacak kadar fazladır (19).

Bireysel sağlık kayıtlarının en optimum şekilde tutulması, iyi bir koruyucu sağlık hizmeti için önemli bir gereksinimdir. Aile hekimlerinin hastalarından topladığı sağlık kayıtları diğer uzmanlık dallarının araştırmalarında da kullanabileceği önemli bir veri kaynağıdır. Söz konusu kayıtlardan, istatistik biliminin de yardımı ile önemli çıkarımlar yapılabilir. Ülkemizde bu alanda yaşanan en önemli sorunlardan birisi istatistiksel analize öncülük edecek söz konusu verilerin yetersizliğolduğu görülmüştür. Doğru ve yeterli veri olmaksızın bilimsel çalışmalar yapmak ve veri üretmek olanaksızdır (6).

### **2.6.2. Koruyucu Hekimlik**

“Belli bir topluluğun sağlık ve refahını arttırmak ve korumak, hastalık, sakatlık ve zamansız ölümü önlemek için başlıca uğraşı toplumun sağlığını göz önünde tutan

becerileri kullanmak olan bir hekimlik türünde uzmanlık sahibi olmaktır” şeklinde tanımlanmaktadır (20).

3 grupta incelenmektedir:

1. Birincil Korunma: Hastalıkların oluşmasını engellemek için gerekli tedbirleri almak

2. İkincil Korunma: Erken teşhis ve tedavi hizmeti.

3. Üçüncül Korunma: Hastalıklar süresince karşılaşılması muhtemel sorunlara yönelik gerekli önlemleri almak, komplikasyonları önlemek ve rehabilitasyondur.

4. Dördüncül Korunma: Normal fizyolojik durumların hastalık olarak tanımlanması ile bu yeni tanımlanan hastalıkların gerekmediği halde tedavi edilmesini önlemeyi amaçlamaktadır.

Sağlığın korunmasında temel kural kişinin kendi alacağı tedbirlerdir. Bu konu da ancak kişisel sağlık eğitimi ile mümkündür. Söz konusu sağlık eğitiminin verilmesi de aile hekiminin temel görevleri arasındadır (20). Sağlıklı bir çevre kurulması da koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir parçasıdır. Bireylerin hastalık oluşturabilecek risk faktörlerinin farkında olması ve bunlara karşı tedbir alması önemli bir faktördür. Bu kapsamda, aile hekimleri gerekli kaynağı sunabilir. Dolayısıyla, Aile hekimleri yalnızca tedavi süreçlerinden değil aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetlerinden de sorumludur. Koruyucu sağlık hizmeti kapsamında, toplum, aile ve kişi ile işbirliği yapmalıdır. Aile hekimi tedavi hizmetleri ile diğer sağlık hizmetlerini bir arada yürütür (6).

### **2.6.3. Sağlık Eğitimi**

Sağlık problemlerinin birçoğu ülkemizde sağlık eğitiminin yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Bulaşıcı hastalıklar, çocuk sağlığı, aile planlaması, beslenme eğitim eksikliği en önde gelen sağlık eğitim eksikliğinin görüldüğü konular olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye'nin kendi ekonomik düzeyindeki ülkelerden sağlık eğitimi konusunda geride kaldığı görülmüştür. Bu husus sağlık hizmetlerinden dahi yeterli seviyede faydalanılamamasına neden olmaktadır (20). Aile hekimleri, halkın sağlık eğitimi konusunda bilgilendirilmesinde etkin ve önemli bir rol almaktadır (6).

### **2.6.4. Sağlıkta Danışmanlık Hizmeti ve Doğru Yönlendirme**

Aile hekimleri yalnızca hastalara değil, sağlıklı bireylere de koruyucu sağlık ve sağlığın geliştirilmesi konusunda gerekli hizmeti sunar. Bu hususun devamlılık göstermesi önem arz etmektedir (19). Aile hekimi, hastasının veya danışanının ihtiyaç duyabileceği her konuda diğer meslektaşları ve diğer uzman hekimler ile iletişimlerini süresince ihtiyaç duyabileceği tüm desteği sunar. Aile hekimi, söz konusu destek ve hizmeti basamaklardan bağımsız sunmak durumundadır (19). Sunulacak hizmetin planlaması, sağlanacak yarar ve maliyet göz önünde bulundurularak yapılır (9).

#### **2.6.5. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Tanıdan Tedaviye Sağlık Hizmeti**

Koruyucu sağlık hizmetleri içerisinde erken tanı ve tedavi, gelişmiş sağlık hizmetleri bir parçası olarak değerlendirilmektedir. Aile hekimlerinin yapması muhtemel erken tanı ve buna binaen uygulayacağı tedavi tüm sağlık sistemini etkiler (6,19). Hastanın kişisel, ruhsal ve psikososyal özellikleri ile aile yapısına hakim olan aile hekimleri erken tanı ve tedavide önemli bir avantaja sahiptir. Bu şekilde, hem hastayı hem de genel sağlık sistemini pahalı ve zaman gerektiren tedavi yöntemlerinden korur. Ülkemizde olduğu gibi kısıtlı kaynaklara sahip olan ülkeler açısından bu husus hayati öneme sahiptir. Aile hekiminin hastaları ile kurduğu güvene dayalı iletişim sayesinde aile planlaması ve psikiyatrik sorunlar dahil tüm sorunların çözümü kolaylaşır (6).

Erken teşhis ve buna bağlı tedavi olmaksızın hastaların birçoğunun rahatsızlık ve şikayetlerinin birinci basamak muayene merkezlerinde çözülmesi mümkün değildir. Aile hekimleri, birinci basamak muayene merkezi rolü sayesinde, ikinci basamak muayene kapsamında koordinatör şeklinde görev almaktadır (6,19).

Ayrıca, aile hekimlerinin ilk ve acil yardım konularında da kendilerini sürekli olarak geliştirmesi gerektiği görülmüştür (19).

#### **2.6.6. Kronik Hastalıkların İzlemi ve Yaşlı Sağlığı**

Toplumun yaşam süresinin uzaması temel olarak toplumdaki yaşlı nüfus oranının artmasına, bununla beraber kronik hastalıkların da yaygınlaşmasına yol açmaktadır. Aile hekimleri evde bakım konusunda da bilgi sahibi olmak zorundadır. Evde bakım sayesinde kronik hastalıklar erken teşhis edilebilir, gelişebilecek

komplikasyonlar küçük müdahaleler ile giderilebilir. Böylece hastalarım sık sık hastanelere başvurmaları ile oluşabilecek muhtemel yoğunluk önlenmiş olur (20).

### **2.6.7. Periyodik Muayene**

Koruyucu hekimlik, hastalıkların erken tanı imkanı bulması ve risk faktörlerinin belirlenmesi için çalışır (1). Rutin kontrol muayenelerin koruyucu sağlığa yönelik optimal faydayı sağlayacak sıklığı bilimsel olarak belirlenmiştir. Bu kapsamda, toplumun her kesimi için söz konusu sıklık belirlenmeli ve uygulanmalıdır. Periyodik sağlık muayeneleri, gelecekte karşılaşılmaması muhtemel hastalıkların veya kronik komplikasyonların yeterince zaman önceden teşhis ve tedavisinde hayati öneme sahiptir. Aile hekimi, periyodik sağlık kontrolleri kapsamındaki danışmanlık hizmetini sağlar (1).

Sık karşılaşılan hastalıkları tararkek toplumun yapısı göz önünde bulundurarak, sağlam tarama programlarının belirlenmesi faydalı olacaktır. Aksi bir durumun ise, işgücü, kaynak ve zaman kaybına sebebiyet vermesi kaçınılmazdır (1).

### **2.7. Periyodik Sağlık Muayeneleri**

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2008 yılında yayınladığı rapora göre, dünyadaki ölümlerin yaklaşık %63'ünün nedeni bulaşıcı olmayan hastalıklardan olduğu görülmektedir. Bu hastalıkların önde gelen sebepleri arasında kalp-damar hastalıkları, kanserler, diyabet ve kronik solunum yolu hastalıkları sayılmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalılara bağlı ölümlerin tüm dünyada dörtte biri 60 yaşının altında olduğu izlenmektedir (21). Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı rapora göre, Türkiye'nin de içinde yer aldığı orta ve yüksek gelirli ülkelerinde ölümlerin en sık 10 risk faktörü içerisinde tansiyonun yüksekliği, kan şekerinin yüksekliği, kan kolesterolünün yüksekliği yer almaktadır. Dünya genelindeki tabloya bakıldığında 25 yaş ve üzeri nüfusta tansiyon yüksekliği, kan şekeri yüksekliği, kan kolesterolü yüksekliği etkenlerinin, tüm ölümlerin %12,8, %6 ve %4,5'inden sorumlu olduğu tahmin edilmektedir (22). Bu çerçevede değerlendirildiğinde iyilik halinin devamlılığının sağlanmasında birincil korumanın diğerlerine kıyasla daha yüksek başarı oranına sahip olduğu görülmüştür (23). Bu durum uygulamanın merkezinde yer alan aile hekimleri gibi birinci basamak sağlık hizmeti sunucuların rolünün önemini göstermektedir. Aile hekimlerinin temel görevleri arasında toplumun sağlığını korumak ve fonksiyonlarını

maksimuma çıkarmak yer almaktadır. Aile hekimlerinin diğer görev ve sorumlulukları arasında; sağlıkla ilgili durumları bütünüyle ele almak, erken tanı ve tedavi imkanı sunmak, kronik hastalıkları olan bireylerin tedavi devamlılığını sağlamak, bu kişilerin izlemlerini yapmak ve hayat kalitelerini tıbbi açıdan arttırmak için uğraşmak, kendi birimine kayıtlı hastalarla sürekli diyalog halinde kalmak, hem birey hem toplum için koruyucu sağlık hizmetlerini sunmak yer almaktadır (24).

### **2.7.1. Periyodik Sağlık Muayenelerinin Tanımı**

Periyodik sağlık muayenesi, belirli aralıklarla, tıbbi muayene ve tahliller kullanılarak, henüz hastalık belirtisi vermeyen sağlıklı bireylerin sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmeti vererek, sağlıklarının korunması amacıyla yapılan sağlık kontrolüdür. Kişiyeye özel hazırlanmış, risk faktörleri ve sahip olduğu özellikler göz önünde bulundurularak, kanıta dayalı ve etkin izlem protokolü içerir. Bu izlem periyodları sayesinde, maddi ve manevi külfet oluşturabilecek gereksiz test ve işlemlerin önüne geçilmesi beklenir (2). Bu kapsamda, oluşması muhtemel mortalite ve morbiditenin önüne geçebilmek ve erken dönem semptomlarını saptamak için değiştirilebilir risk faktörlerini belirlemek amaçtır (3).

### **2.7.2. Periyodik Sağlık Muayenelerinin Tarihi Süreci**

Periyodik sağlık muayenelerini ilk defa Dr. Horace Dobell tarafından 1861’de önerilmiştir (25). Dobell hastaların erken dönemde tanı alabilmelerinin ve hastalara tam iyileşme şansı verebilmenin bir yolunu detaylı anamnez, fizik muayene ve laboratuvar testleri kullanılarak periyodik sağlık muayeneleri ile sağlanabileceği için önermiştir (26).

Okul çocuklarında bulaşıcı hastalık ve fiziksel yetersizliği belirlemek için periyodik sağlık muayenesi 1800’lerin sonunda ve 1900’lerin başında savunulmuştur. Kanser hakkında birçok bilinmeyen olduğu 1918’de erken teşhisin tedavi şansını arttırdığını, alanında başarılı hekimler tarafından savunulmuştur. Yaşam sigortası şirketleri, seçili hekimleri, yirminci yüzyılın başında görevlendirerek müşterilerini muayene ettirmiştir. Sigorta yöneticileri müşterilerinin mortalite risklerini düşürmek için en az bir kez muayene olmalarını önermeye başlamışlardır. Bu durumlar periyodik sağlık muayenesinin faydalarına ilişkin kanıtlar doğurmuştur. İlk önemli destek

Eugene Lyman Fisk(Life Extension Institute tıbbi direktörü) tarafından yapılmıştır. Fisk muayene ile bireylerin beş yıllık izlemle %53, dokuz yıllık izlemle %18 mortalite azalmasını göstermiştir (27).

Periyodik sağlık muayeneleri 1922 yılında Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association- AMA) tarafından resmi olarak desteklenmeye başlanmıştır. 1925’de bir belge yayımlayarak 35 yaş üzeri bireylerin yıllık muayenesini önermiştir (28).

Aile hekimliğinde önemi çok büyük olan Ad Hoc Komitesi Millis ve Willard Raporlarında aile hekimini “Ekonomik, duygusal, sosyal ve mesleki her çeşit engeli ortadan kaldırmaya, hastalığın oluşturabileceği, hastanın yaşam kalitesine zarar verebilecek her türlü aksaklığın en aza indirilmesi için çaba gösterir. Uygun zamanlarında sağlık bakımından risk taşıyan hastalarını arayarak, alınması gereken önlemler konusunda tavsiyelerde bulunur.” şekliyle tanımlamıştır (28).

1975’de, PS Frame ve SJ Carlson periyodik sağlık muayenelerini, kanıda dayalı tıbbi benimseyerek doğruluğu kanıtlanan tarama testlerinin kullanılması gerektiğini belirtmişlerdir (29).

1976’da ilk kuruluş adı Kanada Periyodik Sağlık Muayenesi Çalışma Grubu (Canadian Task Force on the Periodic Health Examination - CTFPHE) olan Kanada Koruyucu Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubu (Canadian Task Force on Preventive Health Care - CTFPHC) kurulmuştur. Bu çalışma gurubu Kanadalıların sağlığını korumak ve sağlığın geliştirmek için gerekli yöntemleri bulma hedefiyle hareket etmiş ve periyodik sağlık değerlendirmesinin hayat boyuna yayılması için çalışmışlardır. CTFPHC gelişen tıp ile birlikte 1979’dan 1994’e kadar çok sayıda rapor güncellemesi yapmıştır. 1994’de 1009 sayfadan oluşan “the red brick” olarak da bilinen Klinik Koruyucu Sağlık Hizmetleri için Kanada Rehberi (The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care)’ni yayınlamıştır (30).

1984 yılında bağımsız bir platform olan Birleşik Devletler Koruyucu Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubu (U.S. Preventive Services Task Force-USPSTF) ilk defa toplanmıştır (31).

İlk olarak periyodik muayeneye yönelik raporu Ağustos 1996 yılında Amerikan Aile Hekimleri Akademisi (American Academy of Family Physicians-AAFP) AAFP Kurulu tarafından onaylanmış ve bu tarihten sonra komisyon

çalışmaları doğrultusunda güncellemelerle gelişimine devam etmiştir. Amerikan Aile Hekimleri Akademisi kullandığı önerilerin çoğunluğu USPSTF tarafından öne sürülen öneriler olmasına rağmen, bazı farklılıklar da içermektedir. AAFP periyodik muayene kapsamında genel ve özel sınıflar için 2007'den sonra, önleyici hizmetlere yönelik 2013'de rehber yayımlamıştır (32).

### 2.7.3. Amerikan Aile Hekimleri Akademisinin Öneri Düzeylerinin Tanımları (33)

**A Öneri** Yararın varlığı yüksek kesinlikte

**B Öneri** Orta düzey yarar varlığı yüksek veya orta derece kesinlikte

**C Öneri** Profesyonel gözüyle ve seçilmiş hastalara verilmesi öneriliyor. Düşük düzey yararın varlığı orta derece kesinlikte

**D Öneri** Bu hizmetin sunulması önerilmiyor. Hizmetin zararının yarardan fazla olma durumu orta veya yüksek düzeyde kesinlikte

**I yetersiz kanıt** Kanıt yok, eldeki verilerin kar/zarar dengesini anlamak için yetersizdir.

**I-HB** Davranış istenir; ancak hekimin önerisinin ya da danışmanlığının faydası belirsizdir (33).

**Tablo 1.** USPSTF'nin Öneri Tanımlamaları, (34).

Düzye	Tanımlama	Uygulama için öneri
<b>A</b>	Yararın varlığı yüksek kesinlikte	A düzeyi hizmetin verilmesi öneriliyor.
<b>B</b>	Orta düzey yarar varlığı yüksek veya orta derece kesinlikte	B düzeyi hizmetin verilmesi öneriliyor.
<b>C</b>	Profesyonel gözüyle ve seçilmiş hastalara verilmesi öneriliyor. Düşük düzey yararın varlığı orta derece kesinlikte	C düzeyi hizmetin Profesyonel gözüyle ve seçilmiş hastalara verilmesi öneriliyor.
<b>D</b>	Bu hizmetin sunulması önerilmiyor. Hizmetin zararının yarardan fazla olma	D düzeyi hizmet önerilmiyor.

	durumu orta veya yüksek düzeyde kesinlikte	
<b>I</b>	Eldeki verilerin kar/zarar dengesini anlamak için yetersizdir.	I düzeyi hizmetinin yarar ve zarar dengesi belirsiz

Türkiye’de 2011 yılında Sağlık Bakanlığının önderliğinde bir çalıştay toplanmış, söz konusu çalıştay diğer ülkelerin çalışmalarını ve kılavuzlarını inceleyerek bir periyodik muayene rehberi oluşturulmasına katkı sağlamıştır. Uzmanlarca değerlendirilen rehber 2014’de “Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Taslak Rehberi” ve 2015’de “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi” olarak yayınlanmıştır (5).

#### **2.7.4. Periyodik Sağlık Muayenesinde Sistemik Yaklaşım ve Akış Şeması**

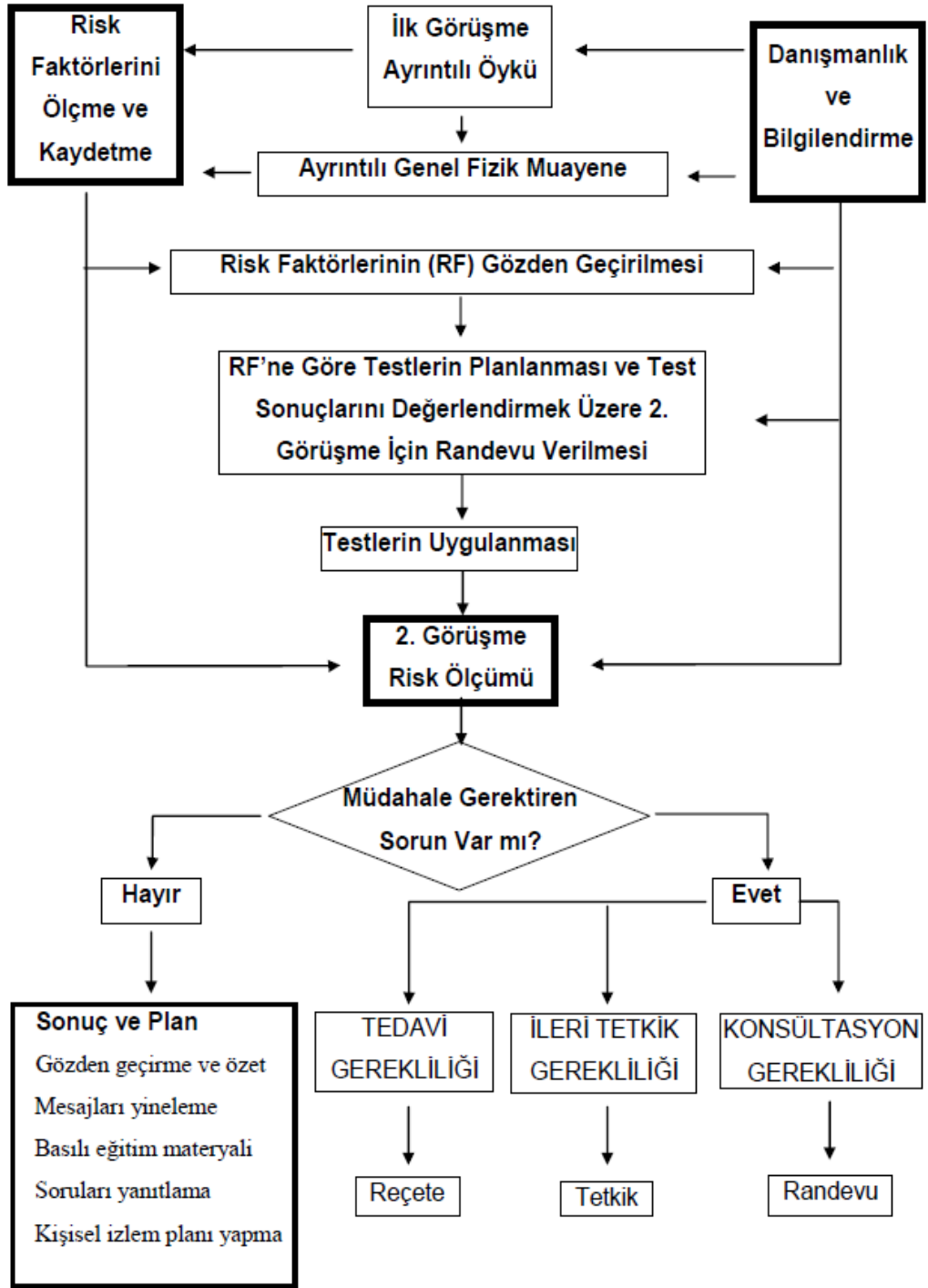
Periyodik sağlık muayenesi ilk aşaması ayrıntılı öykü alınmasıdır. Detaylı anamnez ile hastanın sağlık riskleri belirlenmeye çalışılır. Kendisinin ve ailesinin hastalık öyküleri, yaşam biçimi ve alışkanlıkları (beslenme biçimi, sigara ve alkol kullanım öyküsü, uyku düzeni, bedensel etkinlik derecesi) ve iş yaşantısı detaylı şekilde sorgulanır. Hastanın öyküsü alınırken ailevi risk faktörlerinin de sorgulanması sağlık risk faktörlerini daha iyi görmeyi sağlar.

Periyodik Sağlık Muayenesinin Her Görüşmesinde Aşağıdaki Belirtilen Bilgiler Öğrenilmelidir (35):

- Yaşı
- Boy/Kilosu
- Tansiyonu
- Mesleği
- Etkinlik derecesi
- Beslenme alışkanlığı
- Aşılama durumu
- Yaşam biçimi değişikliği
- Aile öyküsü - aile stres faktörleri
- Emniyet kemeri kullanım durumu

- Alkol ve sigara kullanımı
- Uyuma alışkanlığı
- İşdeki stresi ve mutluluğu

Fizik muayene ise periyodik muayenede ikinci adımdır. Yaşamsal bulgulara yönelik değerlendirmeler ile başlar. Hastanın yaşından bağımsız olarak kan basıncı ölçülür. PSM sonrasında izlenecek adımlar; bireyin cinsiyet ve yaşına göre bedensel değerlendirmenin yapılması, uygun tarama testlerinin yapılması, riskli faktörlerinin davranışsal boyutta değiştirilmesi ve koruyucu önlemlerin alınması için danışmanlık hizmeti verilmesi, aşılama programına uyulması, sağlık eğitimi verilmesi (35).



Şekil 3. Sağlıklı Erişkinlerde Periyodik Muayene Akış Diyagramı, (2).

### 2.7.5. Periyodik Sağlık Muayenesinde Taramalar

Taramanın öncelikli amacı, hastalıkların erken ve doğru teşhisi için hastalık belirtileri henüz göstermeye başlamadan önce erken teşhis konulmasıdır. Bu sayede hastalık, tedavi süreci daha uygun ve etkin olduğu dönemde tesbit edilmiş olur.

Taramanın bir diğer hedefi ise, yaşla birlikte gelişmesi muhtemel hastalıkların risk faktörlerini tespit etme ve söz konusu hastalıklara yönelik koruyucu sağlık önlemleri alma ve hastalığın risk faktörlerinin yeniden şekillendirilebilmesidir (4).

Wilson ve Jungner tarama programının başarılı olabilmesi için bazı şartları sağlaması gerektiğini belirtmiştir. Bu kriterleri incelediğimizde bazılarının aşağıda sunulduğu gibi olduğunu görmekteyiz (36).

1. Tarama yapılması planlanan hastalığın teşhis ve tedavi imkanı olması gerekir.
2. Tarama yapılması planlanan hastalığın erken veya sessiz bir dönemi olması gerekir.
3. Tarama yapılması planlanan hastalık için toplumun önemli bir sağlık sorunu olması beklenir.
4. Tarama yapılması planlanan hastalığın tedavisinin olması gerekir.
5. Tarama yapılması planlanan hastalığın toplum için kabul edilebilir ve uygulanabilir bir test veya muayenesin olması gerekir.
6. Tarama yapılması planlanan hastalığın anlaşılabilir olması beklenir.
7. Tarama yapılması planlanan hastalık kapsamında hangi bireylerin hasta olarak değerlendirileceğine ait bir politika olması beklenir.
8. Tarama yapılması planlanan hastalığın saptanması tekrarlanan periyodlarla olması gerekir.
9. Tarama yapılması planlanan hastalığın taraması için harcanan ücretin tedavisinden daha uygun maliyette olması beklenir.

Tarama programlarının tüm toplumda uygulanabilmesi için aşağıda belirtilen durumlara uyması gerekir (37,38);

1. Hastalığın tarama için yeterli prevalansının olması gerekir.
2. Tarama yapılması planlanan hastalığın, toplumda önemli oranda morbidite ve mortalite sebebi olmalısı gerekir. Tarama ile bu oranların düşürülebildiği kanıtlanmış olmalıdır.
3. Hastalığın taramada etkin bir testin var olması gerekir.
4. Taraması planlanan hastalığın taşıma riski düşük olan bireylerin kabul edebileceği tarama testleri olması gerekir.
5. Taraması planlanan hastalığın tarama testlerinin maliyeti uygun olmalıdır.

6. Taraması planlanan hastalığın sahip olması gereken özelliklerden biri de tesbiti halinde erken tedavi şansının olması gerektiğidir. Tarama testleriyle tanı alma imkanı bulan hastalığın erken müdahaleye başlanma şansı olmalıdır.
7. Bir hasta tarama ile tanı alabileceği hastalığın varlığında klinik olarak alan hastalardan; erken düzelme, daha kolay tedavi edilebilir olma gibi sağlık verilerinin daha iyi olması gerekmektedir.
8. Tarama programı sonrasında hastalığın tedavisinin bireye olumsuz etkisi olmaması gerekir.

### **2.7.6. Periyodik muayenede hastanın bilgilendirilmesi ve eğitimi**

Hataların periyodik muayene hakkında eğitimi ve bilinçlendirilmesi üç aşamada gerçekleştirilir:

1. Cinsiyet ve yaşları doğrultusunda kendi gruplarına uyan periyodik muayeneler ve tarama aralıkları hakkında gerekli tüm bilgilerin aktarılması
2. Bireyin sağlıkla alakalı sahip olduğu herhangi bir patoloji durumunda doğru tanı alma ve hastalığın izlem süreçleri hakkında gerekli eğitim bilgilendirmenin yapılması
3. Bireyin tarama programındaki hastalıklar açısından risk faktörleri sorgulanırken taşıdığı faktörlere karşı doğru davranış biçimi geliştirme konusunda bilgilendirme ve değişikliğini sağlama konusunda danışmanlık hizmeti verme

Hastaların, hastalık süreçleri boyunca sağlık çalışanlarıyla beraber kendilerinin de iyileşmede işbirliği yapmasının önemi büyüktür. Hastalara riskli davranışlarının farkında olmalarının ve bunları değiştirmek için çabalarının sağlanması değerlidir. Bu sebepten sağlık çalışanları periyodik muayene kapsamında hastalara verdiği sürekli eğitimler ile; iyilik halinin devamlılığını, hastalıkların önlenmesi için riskli davranışların değiştirilmesini sağlar (39).

### **2.7.7. Periyodik Muayene Rehberinin Özellikleri**

#### **2.7.7.1. Grupların Belirlenmesi**

Gelişen teknoloji ile birlikte kişiye özel bireysel bazda tarama imkanları artmıştır. Bu sebepten, herkese özel hastalıklardan farklı korunma yolları ve hastalıkları önlemede farklı tedbirlerin alınma ihtiyacı doğmuştur. Yaş grupları dikkate alındığında; 0-10, 11-24, 25-64 ile 65 yaş üzeri bireylerin birbirinden ayrı

olarak tarama ve izlem programlarının yapılması gerekir.Hatta daha spesifik olmak gerekirse; 1-5, 5-12, 12-20, 20-40, 40-65 ve 65 yaş üzeri bireyler ayrı gruplarda değerlendirilebilir. Her birey kendi grubu içerisinde farklı periyodik muayene, tarama testleri ve sağlık hizmetine tabi olur. Bunun sebebi her bireyin sağlık gereksiniminin, tarama programının birbirinden farklı olmasıdır. Her grubun kendine özel hazırlanmış rehberine uygun sağlık hizmeti verilmelidir (2).

### **2.7.7.2. Rehberlerin Hazırlanması**

Rehberler, ulusal ve uluslararası benzer nitelikte birçok rehberin göz önünde bulundurulması suretiyle, bilimsel araştırmanın sağladığı kanıtlar ışığında hazırlanır. Kılavuzlarda yer alan öneriler, bilimsel kanıtın düzeyi de birlikte verilerek belirtilir (2).

Sağlıkla ilgili önceliklere ve farklılıklara göre periyodik sağlık muayenesi rehberleri her ülke tarafından ayrı ayrı geliştirilir. Bu sebeple tarama testleri ülke ekonomisine ve güvenilirliğine göre seçilir, sağlık hizmetinde öncelikler kendi risk gruplarına göre belirlenir. Bu sebepten mali destek vermek üzere koruyucu hekimlik kapsamında bir kurul oluşturulur. Bu kurul içerisinde dahiliye uzmanları, pediatri uzmanları, kadın doğum uzmanları, aile hekimleri, halk sağlığı uzmanları, geriatri uzmanları, hemşireler yer alması durumunda daha verimli sonuçlar elde edilir. Buna ilave olarak, söz konusu katkılar ile rehberlerin güncellenmesi sağlanır (2).

USPSTF rehberlerin hazırlanmasında örnek alınabilecek çalışmalara imza atmıştır. Guide to Clinical Preventive Services ismiyle 1989 yılında USPSTF ilk önerilerini yayınlamıştır. USPSTF önerilerinde belirli kriterler gözetir. Öneride bulunacağı tüm koruyucu hizmetlerin yarar ve zarar profillerini iyi tartar. Her koruyucu hizmetin net yararı konusunda nihayi karara vardıldıktan sonra önerilerini yapar. Bu önerileri kanıt gücüne göre derecelendirir (35).

### **2.7.8. Amerikan Aile Hekimleri Akademisi PSM Önerileri**

Amerika Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu (USPSTF), önerileri uluslararası standartlara sahip olması, birçok ülke için temel standart kabul edilmesi bilimsel kanıtlara gösterdiği tarafsız ve titiz yaklaşım nedeniyledir. USPSTF yaş ve cinsiyet ekseninde risk faktörlerini değerlendirdiği önerilerinde birinci basamakta yapılması gereken rutin koruyucu hizmetlere yer verir (35).

USPSTF'nin kanıt düzeylerini A ve B olarak gösteren önerilerini kapsayan AAFP'nin periyodik sağlık muayenesi için önerilerinden bazıları aşağıdaki gibidir (32).

**Tablo 2.** Amerikan Aile Hekimleri Akademisi PSM Önerileri, (40).

<b>KONU</b>	<b>TANIM</b>	<b>SINIF</b>
<b>Abdominal aort anevrizması tarama:</b>	USPSTF, sigara içen 65-75 yaş arası erkeklerde ultrason ile abdominal aort anevrizması (AAA) için 1 kez tarama yapılmasını önerir	B
<b>Anormal kan şekeri ve Tip 2 Diabetes Mellitus tarama:</b>	USPSTF, 40-70 yaş arası, aşırı kilolu/obez bireylerde kardiyovasküler risk değerlendirmesi için kan şekeri taramasını önerir.	B
<b>Kardiyovasküler hastalık ve kolorektal kanseri önlemek için:</b>	Kardiyovasküler hastalıklardan birincil korunma için düşük doz aspirin kullanımı başlamadan önerir	B
<b>Gebelerde asemptomatik bakteriüri:</b>	USPSTF, gebelerde asemptomatik bakteriüri taraması için idrar kültürü bakılmasını önerir.	B
<b>BRCA ile ilişkili kanser:</b>	USPSTF, kendinde veya ailesinde meme, yumurtalık, tubal veya periton kanseri olan veya ailesinde gen mutasyonları olan kadınların değerlendirmelerini önerir.	B
<b>Meme kanseri: 35 yaş ve üstü meme kanseri riski yüksek kadınlar</b>	USPSTF, klinisyenlerin meme kanseri görülme ihtimali yüksek olan kadınlara tamoksifen, raloksifen veya aromataz inhibitörleri gibi riski düşüren ilaçların reçete etmelerini önermektedir.	B

KONU	TANIM	SINIF
<b>Meme kanseri: tarama: 50-74 yaş arası kadınlar</b>	USPSTF, 50 ila 74 yaş arası kadınlar için tarama mamografisini önerir.	B
<b>Emzirme: hamile kadınlar, yeni anneler ve çocukları</b>	USPSTF, emzirmeyi desteklemek için hamilelik sırasında ve doğumdan sonra müdahaleler yapılmasını önerir.	B
<b>Rahim ağzı kanseri: tarama: 21 ile 65 yaş arası kadınlar</b>	USPSTF, 21 ile 65 yaş arasındaki kadınların her 3 yılda bir rahim ağzı kanseri açısından taramasını önerir.	A
<b>Kolorektal kanser: tarama: 50 ile 75 yaş arası yetişkinler</b>	USPSTF, 50-75 yaş arası bireylerde kolorektal kanser taramasını önerir.	A
<b>Çocuklarda diş çürüğü: Tarama: doğumdan 5 yaşına kadar olan çocuklar</b>	USPSTF, birinci basamak klinisyenlerinin, su kaynağı florür eksikliği olan çocuklar için 6 aylıktan başlayarak oral florür takviyesi reçete etmelerini önerir.	B
<b>Çocuklarda diş çürüğü: Tarama: doğumdan 5 yaşına kadar olan çocuklar</b>	USPSTF, birinci basamak klinisyenlerinin birincil diş çıkarma yaşından itibaren tüm bebeklerin ve çocukların süt dişlerine florür verniği uygulamanızı önerir.	B

<b>KONU</b>	<b>TANIM</b>	<b>SINIF</b>
<b>Yetişkinlerde depresyon: tarama:</b>	USPSTF, yetişkinlerde(hamile kadınlar lohusa dönemleri de dahil) depresyon taraması yapılmasını önerir.	B
<b>Çocuklarda ve ergenlerde depresyon: tarama: 12 ile 18 yaş arası ergenler</b>	USPSTF, 12-18 yaş arasındaki gençlerde majör depresif bozukluk (MDD) varlığı açısından tarama yapılmasını önerir.	B
<b>Toplumda yaşayan yaşlılarda düşme önleme:</b>	USPSTF, düşme riski yüksek olan 65 yaş ve üstü yetişkinlerde düşmeleri önlemek için egzersiz önerilerinde bulunur.	B
<b>Nöral tüp defektlerinin önlenmesi için folik asit:</b>	USPSTF, hamileliği planlayan tüm kadınların 400 ile 800 mg içeren günlük folik asit takviye almasını önerir.	A
<b>Gestasyonel Diabetes Mellitus, tarama:</b>	USPSTF, 24 haftalık gebelikten sonra asemptomatik gebe kadınlarda gestasyonel diabetes mellitus (GDM) için tarama yapılmasını önerir.	B
<b>Klamidya ve belsoğukluğu: tarama:</b>	USPSTF, 24 yaşından küçük cinsel aktif kadınlarda ve 24 yaşından büyük enfeksiyon riski yüksek olan kadınlarda belsoğukluğu için tarama önerir.	B
<b>Kardiyovasküler Risk faktörleri olan yetişkinlerde kardiyovasküler hastalıkların</b>	USPSTF, kardiyovasküler risk faktörleri olan bireylerin fiziksel olarak aktif olmalarını sağlamak ve beslenme alışkanlıklarını düzenlemek için danışmanlık hizmeti vermeyi önerir.	B

KONU	TANIM	SINIF
<b>önlenmesi için fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme:</b>		
<b>Gençler ve Yetişkinler Hepatit B, Hepatit B için tarama testi:</b>	USPSTF, gençleri ve yetişkinleri hepatit B virüsü enfeksiyonu için tarama önerir.	B
<b>Gebe kadınlarda hepatit B virüsü enfeksiyonu: tarama:</b>	USPSTF, hamile kadınlarda hepatit B virüsü taraması ilk prenatal ziyaretde yapılmasını önerir.	A
<b>Ergenlerde ve yetişkinlerde hepatit C virüsü enfeksiyonu: tarama:</b>	USPSTF, 18 ile 79 yaş arasındaki yetişkinlerde hepatit C virüsü (HCV) enfeksiyonu için tarama yapılmasını önerir.	B
<b>İnsan İmmün Yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonu: tarama:</b>	USPSTF, klinisyenlerin tüm hamile kişilerde HIV enfeksiyonu taramasını önermektedir.	A
<b>İnsan İmmün Yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonu: tarama:</b>	USPSTF, klinisyenlerin 15 ile 65 yaş arasındaki ergenlerde ve yetişkinlerde HIV enfeksiyonu taramasını önermektedir. Enfeksiyon riski yüksek olan genç ergenler ve yaşlı yetişkinler de taranmalıdır.	A
<b>Yetişkinlerde yüksek tansiyon:</b>	USPSTF, 18 yaş ve üstü yetişkinlerde tansiyon taraması yapılmasını önerir.	A

KONU	TANIM	SINIF
<b>tarama: 18 yaş ve üstü yetişkinler</b>		
<b>Yakın eş şiddeti, yaşlı istismarı ve savunmasız yetişkinlerin istismarı: tarama:</b>	USPSTF, klinisyenlerin üreme çağındaki kadınlarda samimi partner şiddeti (IPV) taramasını ve devam eden destek hizmetlerine pozitif tarama yapan kadınların sağlamlasını veya yönlendirmesini önerir.	B
<b>Gizli Tüberküloz enfeksiyonu: tarama:</b>	USPSTF, artmış risk altındaki popülasyonlarda latent tüberküloz enfeksiyonu (LTBI) için tarama yapılmasını önerir.	B
<b>Preeklampside morbolduğu görülmüşürte ve mortalitenin önlenmesi için düşük doz Aspirin kullanımı:</b>	USPSTF, preeklampsi riski yüksek olan kadınlarda 12 haftalık gebelikten sonra koruyucu ilaç olarak düşük doz aspirin (81 mg/gün) kullanılmasını önerir.	B
<b>Akciğer kanseri: tarama: sigara içme öyküsü olan 55-80 yaş arası yetişkinler</b>	USPSTF, 55-80 yaş arası bireylerden 30 paket yıllık sigara içme öyküsü olanlara akciğer kanseri için düşük doz bilgisayarlı tomografi ile yılda bir defa tarama yapılmasını önermektedir.	B
<b>Çocuklarda ve ergenlerde obezite:</b>	USPSTF, klinisyenlerin 6 yaş ve üstü çocuklarda ve ergenlerde obezite taraması yapmasını ve yoğun davranışsal müdahaleler sunmasını veya yönlendirmesini önerir.	B

<b>KONU</b>	<b>TANIM</b>	<b>SINIF</b>
<b>Gonokokal Oftalmi Neonatorum için oküler profilaksi:</b>	USPSTF, gonokokal oftalmi neonatorum'u önlemek için tüm yenidoğanlar için profilaktik oküler topikal ilaç önerir.	A
<b>Kırıkların önlenmesi için osteoporoz tarama:</b>	USPSTF, Osteoporoz taraması için 65 yaş ve üstü kadınlarda kemik ölçüm testi yapılmasını önerir.	B
<b>Kırıkların önlenmesi için osteoporoz tarama:</b>	USPSTF, Osteoporoz taraması için osteoporoz riski yüksek olan 65 yaşın altındaki postmenopozal kadınlarda kemik ölçüm testi yapılmasını önerir.	B
<b>Preeklampsi taraması:</b>	USPSTF, gebelerde preeklampsi taraması için tansiyon ölçümleri yapılmasını önerir.	B
<b>İnsan İmmün Yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonunun önlenmesi:</b>	USPSTF, klinisyenlerin HIV edinme riski yüksek olan bireylere antiretroviral tedavi ile preexposure profilaksi sunmasını önerir.	A
<b>Çocuklarda ve ergenlerde tütün kullanımının önlenmesi:</b>	USPSTF, birinci basamak klinisyenlerinin, okul çağındaki çocukların sigaraya başlamasını önlemek için eğitim verilmesini önerir.	B
<b>Rh(D) uyumsuzluğu tarama:</b>	USPSTF, tüm gebelerin Rh(D) kan testi ve antikör testi ile taranmasını önerir.	A
<b>Rh(D) uyumsuzluğu tarama:</b>	USPSTF, 24 ile 28 haftalık Rh(D) negatif gebelerin eşlerinin kan grubu bilinmiyorsa tekrarlanan RH(D) antikör testi yapılmasını önerir.	B

KONU	TANIM	SINIF
<b>Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar: Davranışsal Danışmanlık:</b>	USPSTF, CYBH yönünden risk taşıyan bireylerin ve cinsel aktif tüm gençlerde davranışsal danışmanlık hizmeti verilmesini önerir.	B
<b>Cilt kanseri önleme: Davranışsal Danışmanlık:</b>	USPSTF, 6 aydan 24 yaşına kadar olan kişiler için ultraviyole (UV) radyasyona maruz kalmayı en aza indirmeyi önerir.	B
<b>Yetişkinlerde kardiyovasküler hastalıkların birincil önlenmesi için:</b>	USPSTF, aşağıdaki tüm kriterleri karşılandığında kardiyovasküler olayları ve ölümleri önlemek için dislipideminin tanımlanması ve 10 yıllık KVH olay riskinin hesaplanması, 40 ile 75 yaş arasındaki yetişkinlerde evrensel lipid taramasını gerektirir.	B
<b>Gebe olmayan yetişkinlerde ve ergenlerde sifiliz enfeksiyonu: tarama:</b>	USPSTF, enfeksiyon riski yüksek olan kişilerde sifiliz enfeksiyonu için tarama yapılmasını önerir.	A
<b>Gebe kadınlarda sifiliz enfeksiyonu: tarama:</b>	USPSTF, tüm hamile kadınlarda sifiliz enfeksiyonu için erken tarama yapılmasını önerir.	A
<b>Hamile kişiler de dahil olmak üzere yetişkinlerde tütün içmeyi bırakma müdahaleleri:</b>	USPSTF, klinisyenlerin tüm hamile kişilere tütün kullanımı hakkında soru sormalarını, tütün kullanmayı bırakmalarını ve tütün kullanan hamile kişilere sigarayı bırakmak için davranışsal müdahaleler yapmalarını önerir.	A

<b>KONU</b>	<b>TANIM</b>	<b>SINIF</b>
<b>Hamile kişiler de dahil olmak üzere yetişkinlerde tütün sigarayı bırakma müdahaleleri:</b>	USPSTF, klinisyenlerin tüm yetişkinlere tütün kullanımı hakkında soru sormalarını, tütün kullanmayı bırakmalarını ve davranışsal müdahaleler göstermelerini ve tütün kullanan hamile olmayan yetişkinlere bırakma için onaylanmış farmakoterapi sunmalarını önerir.	A
<b>Ergenlerde ve yetişkinlerde sağlıksız alkol kullanımı: tarama ve Danışmanlık</b>	USPSTF, 18 yaş ve üstü tüm bireylerin sağlıksız alkol kullanımı açısından sorgulanmasını ve kısa davranışsal danışmanlık hizmetleri verilmesini önerir.	B
<b>Uyuşturucu kullanımı: tarama:</b>	USPSTF, 18 yaş ve üstü yetişkinlerde uyuşturucu kullanımı hakkında sorular sorarak tarama yapılmasını önerir.	B
<b>6 ay-5 yaş arası çocukların görme taraması:</b>	USPSTF, 3-5 yaş arası çocuklarda ambliyopi veya risk faktörlerini belirlemek için en az bir kez görme taramasını önerir.	B
<b>Yetişkinlerde obeziteye bağlı sonuçları önlemek için kilo kaybı:</b>	USPSTF, VKİ 30 ve üzeri bireylerde davranışsal müdahaleler sunulmasını veya yönlendirilmesini önerir.	B

### **2.7.9. Türkiye’de Periyodik Sağlık Muayeneleri**

01-03 Aralık 2011 tarihleri arasında aile hekimliği akademisyenleri ve diğer ilgili branş uzmanlık temsilcilerinin katılımıyla “Aile Hekimliği Uygulamasında

Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi” çalışmasına yönelik ilk çalıştay toplanmıştır. 08-10 Ekim 2012 tarihlerinde, uzmanlık dernekleri temsilcileri ikinci bir çalıştayda bir araya gelmiş ve çocukluk, erişkin ve yaşlılık için ayrı oturumlar gerçekleştirilmiş, 2014 yılında “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Muayene ve Tarama Testleri Rehberi” son hali Aile Hekimliği Uygulama ve Eğitim Yürütme Kurulu ile ilgili daire başkanlıklarının düzenlemeleriyle verilmiştir. “Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi” 2015 yılında Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (TCSB) Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) tarafından yayınlanmıştır (5). Rehberin bebek/çocuk ve erişkinler için önerilerin bazıları aşağıdaki gibi sıralanabilir (5).

T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Çocukluk Dönemi Aşılama Takvimi (2020)

	Doğumda	1.ayın sonu	2.ayın sonu	4.ayın sonu	6.ayın sonu	12.ayın sonu	18.ayın sonu	24.ayın sonu	48.ay <sup>3</sup>	13 yaş
Hep-B	I	II			III					
BCG			I							
KPA			I	II		R				
DaBT-İPA-Hib			I	II	III		R			
OPA					I		II			
Suçiçeği <sup>1</sup>						I				
KKK						I			II	
Hep-A <sup>2</sup>							I	II		
DaBT-İPA									R	
Td										R

<sup>1</sup> 1 Ocak 2012 ve sonrasında doğan çocuklara uygulanacaktır.

<sup>2</sup> 1 Mart 2011 ve sonrasında doğan çocuklara uygulanacaktır.

<sup>3</sup> 1 Temmuz 2016 tarihinde doğanlardan başlamak üzere 48.ayına girmiş olan tüm çocuklara uygulanacaktır. 1 Temmuz 2016 tarihinden önce doğmuş ve halen ilköğretime başlamamış olan çocukların KKK ikinci dozu ve DaBT-İPA aşısı ise 2020-2021, 2021-2022 ve 2022-2023 eğitim ve öğretim dönemlerinde okul aşılama şeklinde uygulanacaktır.

Hep-B: Hepatit B Aşısı
BCG: Bacille Calmette-Guerin Aşısı
KPA: Konjuge Pnömonokok Aşısı
DaBT-İPA-Hib: Difteri, aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus influenza tip b Aşısı (Beşli Karma Aşısı)
OPA: Oral Polio Aşısı
Suçiçeği: Suçiçeği Aşısı
KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı
Hep-A: Hepatit A Aşısı
DaBT-İPA: Difteri, aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio Aşısı (Dörtlü Karma Aşısı)
Td: Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz Aşısı
R: Rapel (Pekiştirme)

Aşı Takvimindeki tüm aşılar ücretsizdir.

Detaylı bilgi için <https://asi.saglik.gov.tr/>

Şekil 4. T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Çocukluk Dönemi Aşılama Takvimi, (5).

**Tablo 3.** Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri, (5).

<b>Bebeklik ve Çocukluk Dönemi (5)</b>
“Bebek ve çocuklara; kızamık, kızamıkçık, kabakulak, hepatit A, hepatit B, boğmaca, difteri, tetanoz, suçiçeği, hemofilus influenza tip b, tüberküloz, poliomiyelit, streptokokus pnömoniaya’ya bağlı gelişen hastalıkları kontrol altına almak için ilgili aşılardan takvime uygun şekilde yapılması önemlidir.”
“ <b>4-12 ay arası</b> çocuklarda demir profilaksisi yapılması, 9 aylık olduklarında hemoglobin (Hb) değerlerinin bakılması, 12-24 ay grubundaki çocuklarda palmar solukluk muayenesinin yapılarak gerekli durumlarda demir eksikliği tedavisinin başlanması, 5 yaş ve erken orta ve geç adolesan dönemde birer kez Hb (hemoglobin) bakılmalıdır.”
“ <b>Doğumdan itibaren 1 yaşına kadar</b> tüm bebeklere günde 400 IU D vitamini verilmelidir.”
“ <b>6 ay-1 yaş</b> arası bebek takiplerinde en az bir kez inmemiş testis muayenesi yapılmalıdır.”
“ <b>3 ile 5 günlük</b> yeni doğanda fenilketonüri, konjenital hipotroidi, biotinidaz, eksikliği erken tanısı için topuk kanı alınmalıdır.”
“Aile hekimince <b>4. izlem olan 41.gün izleminde (30.-55.gün arası)</b> Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) taraması yapılması zorunludur.”
“Görme keskinliğini tarama amaçlı yenidoğanın <b>15. gün izlemi ve sonrasında her izleminde</b> bebeğin görmesi değerlendirilmeli, taramada şüpheli bulunan vakalar 2. veya 3. basamak sağlık kuruluşlarına sevk edilmelidir.”

“**36-42 aylık** çocuklara aile hekimi tarafından kırmızı refle testi yapılmalı ve aile sağlığı elemanlarınca Lea Eşeli ile annesinin kucağında, tek göz kapatılarak 3 metre mesafeden Lea Eşeli ile görme keskinliği testi uygulanmalı; iki testin ardından her iki göz tek tek 5/10 görmüyorsa, iki göz arasında okuma eşelinde 2 sıra fark varsa veya çocuk risk grubundaysa göz hastalıkları uzmanına sevk edilmelidir.”

“**32. hafta ve/veya 1500 gr. altı doğan bütün** bebeklerin aile hekimleri tarafından bir göz hastalıkları kliniğine/hekimine rutin olarak yönlendirilmesi önerilir.”

“İşitme taraması testi bebek doğduktan sonraki **ilk 72 saat** içerisinde, taburcu olmadan önce hastanede yapılması gerekmektedir. **1 ay içinde** taramanın tamamlanması, eğer kayıp varsa **3 ay içinde** tanı alması ve bebeğin **6. ay izleminde** ise cihazlandırılması gerekmektedir.”

“**3-18 yaş arasındaki bütün** çocuklarda yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçümü yapılmalıdır.”

“**18-36 aylar** arasında bir kez otizm, **48-60 ay** arasında da bir kez dikkat eksikliği, hiperaktivite ve özgül öğrenme güçlüğü açısından değerlendirilmesi ve şüphelenilen durumlarda ilgili uzmanlık alanına yönlendirilmesi gerekir.”

#### **Erişkinlik Dönemi (5)**

“**45-65 yaş grubu erkeklerde** kardiyovasküler olaylardan korunmada çoğul risk faktörleri gözetilerek ve gastrointestinal yan etkiler dikkate alınarak günlük 81 mg aspirinin kullanımı önerilmelidir.”

“**55-65 yaş grubu kadınlarda** kardiyovasküler olaylardan korunmada çoğul risk faktörleri gözetilerek ve gastrointestinal yan etkiler dikkate alınarak günlük 81 mg aspirinin kullanımı önerilmelidir.”

“**18 yaşından büyük** yetişkinlerde başvuru sebebinden bağımsız olarak yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçülmesi gerekir.”

“**18 yaşından büyük** olup risk faktörlerinden en az birini taşıyanlarda ve **35 yaşından büyük bütün** kişilerde beş yılda bir serum lipit profili taramasının yapılması önerilir.”

“**45 yaşın üzerinde herkes** ve ayrıca aşağıdaki risk faktörlerini barındıran kişilere diabetes mellitus taraması önerilir,

- BMI $\geq$ 25kg / m<sup>2</sup> (bel çevresi kadında >88 cm, erkekte >102 cm) • Fiziksel inaktivite
- Birinci derece yakınında DM öyküsü • 4.1 kg’ın üstünde bebek doğurma öyküsü • Gestasyonel DM öyküsü • Hipertansiyon (KB> 140/90 veya HT için tedavi alan), • Polikistik over öyküsü • Daha önce bozulmuş glukoz toleransı veya bozulmuş açlık glukozu öyküsü • Kardiyovasküler hastalık • İnsülin rezistansı ile ilgili klinik durumları olan (örn:akantosis nigrikans) kişiler”

“Tiroid hastalığı öyküsü bulunanlara ilk muayenede olmak üzere ve **35 yaşın üzerindeki tüm** erişkinlere **beş yılda bir** Tiroid Fonksiyon Testlerinin (TSH) yapılması önerilir.”

“**20-40 yaş arası** kadınlarda kendi kendine meme muayenesinin yanı sıra birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü bulunan kadınlarda yılda bir, bulunmayanlarda ise iki yılda bir hekim tarafından rutin klinik muayenenin yapılması, **40-69 yaş arası** bütün kadınlarda yılda bir hekim tarafından rutin klinik

muayene yapılması ve **iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi** yapılması önerilir.”

“**50-70 yaş** grubundaki yetişkinlerin tamamında kolorektal kanserin erken tanısı amacıyla yılda bir gaitada gizli kan testi yapılması ve her on yılda bir kolonoskopi yapılması için yönlendirilmesi önerilir.”

“**30-65 yaş** arası kadınlarda serviks kanseri ve prekanseröz lezyonları önleme ve erken tanı amaçlı her beş yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear testi) veya Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yapılmalıdır.”

“**Ailesinde prostat kanseri hikayesi olan 40 yaşından büyük** erkekler ve **aile hikayesi olmayan 50 yaşından büyük** erkeklerde erken tanı ve önleme amaçlı hastanın bilgilendirilmesi ve bir üroloji uzmanına yönlendirilmesi önerilir.”

“**Tüm gebelerde**, Doğum Öncesi Bakım İzlem Protokolüne uygun olarak izlemlerin yapılması, Rh uyuşmazlığının önlenmesi amaçlı kan grubu tayininin yapılması, hemogloblin, demir bağlama parametrelerinin kontrol edilmesi, hepatit B testinin yaptırılması ve sonuca göre hastaların enfeksiyon hastalıkları uzmanına yönlendirilmesi önerilir.”

“Gebelik planlanmış ise gebelik öncesi üç ay ve gebelikteki ilk trimesterde kişinin günlük **400-800µg folik asit** kullanması önerilir.”

“Çocuk sahibi olmak isteyen tüm çiftlere orak hücreli anemi ve talasemi sorgulaması yapılması, her ikisi de taşıyıcı olan çiftler yakın takip edilerek gebelik oluşumundan itibaren prenatal tanı için ileri merkezlere sevk edilmesi önerilir.”

**Geriatric Dönem (5)**

“**65-80 yaş arası yetişkinlerde** çoğul risk faktörleri gözetilerek ve gastrointestinal yan etkiler dikkate alınarak günlük 81 mg aspirin kullanımı önerilmesi uygun olur.”



“**65 yaş üstü tüm** kişilerde yılda bir kez biyokimyasal testlerin yapılmasının sağlanması (iyonize kalsiyum, tam kan sayımı, kreatinin, alkalen fosfataz, TSH, 25-hidroksivitamin D ölçümleri ve vertebral kırığı olanlarda protein elektroforezi), risk faktörleri ve kemik kırığı varlığına göre ilgili uzmanlıklara yönlendirilmesi, **65 yaş üstü kadınlar ile 70 yaş üstü erkeklerde** hayatlarında en az bir kez DEXA ölçümü yaptırılmalarının sağlanması önerilir.”

“**65 yaş ve üzerindeki yetişkinlerde** hayatlarında en az bir kez “Çok yönlü Geriatrik Değerlendirme” ile [ mini mental durum değerlendirme testi, Yesavage Geriatrik Depresyon Skalası, mini nütrisyonel test, “kalk ve yürü” testi, günlük yaşam aktiviteleri testi ( Lawton Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktivitesi Skalası Testleri)] değerlendirilmesi ve mümkün ise bu değerlendirmenin **her beş yılda bir** tekrarlanması önerilir.”

## Ülkemizde Erişkinlere Yönelik Aşı Uygulamaları

### Erişkin Aşılama Şeması

Aşı	18-49 yaş	50-64 yaş	65≥ yaş
Tetanoz, difteri (Td) <sup>1</sup>	Her 10 yılda bir rapel doz aşısı		
Kızamık (K) / Kızamık, kabakulak, kızamıkçık (KKK) <sup>2, 3</sup>	1 veya 2 doz aşısı		
Hepatit B	3 doz aşısı (0, 1, 6. aylar)		
İnfluenza	Yılda 1 doz aşısı		Yılda 1 doz aşısı
Pnömonokok (polisakkarid) <sup>4</sup>	1-2 doz aşısı		1 doz aşısı
Hepatit A	2 doz aşısı (0, 6 -18. aylar )		
Suçiçeği <sup>2</sup>	2 doz aşısı (0, 1 ya da 2. aylar )		
Meningokok <sup>5</sup>	1 ya da daha fazla doz aşısı		

-  Immünitesi ve kontrendikasyonu olmayan tüm bireyleri kapsar.
-  Risk faktörü olan ve kontrendikasyonu olmayan bireyleri kapsar.

Şekil 5. Ülkemizde Erişkinlere Yönelik Aşı Uygulaması, (5).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Çalışmanın Dizaynı**

Çalışmamız tanımlayıcı ve kesitsel olup; İzmir’de görev yapmakta olan aile hekimliği asistan hekimleri üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmamızın evrenini, 30 Aralık 2020 – 30 Mart 2021 tarihlerinde İzmir ilindeki eğitim araştırma ve üniversite hastanelerinde aile hekimliği uzmanlık eğitimini almakta olan 267 asistan hekimden oluşmaktadır. Örneklem büyüklüğü %80 güç, % 5 hata payı, % 50 bilinmeyen sıklık ve %5 sapma olarak alındığında en az 158 olarak hesaplanmıştır. Çalışma hakkında bilgilendirilen ve aydınlatılmış onam veren 165 hekim çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmanın yapılması için İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 1131 sayılı karar numarası ve 24.12.2020 tarihli izin alınmıştır.

#### **3.2. Verilerin Elde Edilmesi**

Çalışmada Google Forms’ta hazırlanan online anket elektronik ortamda katılımcılara uygulanmıştır. Çalışmada veri toplama aracı olarak 10 sorudan oluşan sosyodemografik veri anketi ve 23 sorudan oluşan bilgi anket formu kullanılmıştır. Anket periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri konusunda, bakanlığın yayınladığı ilgili rehber incelenerek oluşturulmuştur. Anketin ilk 10 soruluk bölümü yaş, cinsiyet, eğitim gibi demografik özellikleri içermekte olup, sonraki 23 soru periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri ile ilgili bilgi düzeylerini değerlendirmektedir. Katılımcılara anket kendi kendine anket cevaplama yöntemi ile uygulanmıştır.

#### **3.3. İstatistiksel Değerlendirme**

Elde edilen veriler SPSS 22(Statistical Package for the Social Sciences) paket programı kullanılarak test edilmiştir. Çalışmada tanımlayıcı analizler sayısal değişkenler için ortalama, ortanca, standart sapma, en küçük –en büyük değer; kategorik değişkenler için sayı, sıklık, yüzde kullanılarak sunulmuştur. Verilerin normal dağılımı uyumu Kolmogorov Smirnov ile test edilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalarda, değişken özelliğine uygun olarak, Ki-kare, kesin ki-kare, Mann Whitney-U kullanılmıştır. P değerinin 0,05 ‘in altında olduğu değerler istatistiksel

olarak anlamlı kabul edilmiştir. Ankette yer alan periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri ile ilgili olan sorulara katılımcıların her bir doğru yanıtı 4,347 puan, yanlış yanıtı 0 puan olarak değerlendirilmiştir. Böylelikle her katılımcı için bir puan elde edilmiştir. Parametrik olmayan soruların her birine doğru yanıt verildiğinde toplam puan 100 olarak hesaplanmıştır.



#### 4. BULGULAR

Çalışmaya İzmir’de çalışan toplam 165 aile hekimliği asistanı gönüllü olarak katıldı. Katılımcıların %65,5’inin (n=108) kadın, %34,5’inin (n=57) erkek olduğu görüldü. Katılımcıların %1,2’si (n=2) 20-24 yaş grubunda, %78,8’i (n=130) 25-29 yaş grubunda, %20,0’ı (n=33) 30 yaş ve üzeri grupta yer almaktaydı. Katılımcıların meslekte geçirdikleri süre ortalama  $4,13 \pm 2,04$  (median:4, min:1, max:14) yıldır. Katılımcıların %43,6’sı (n=72) evli, %56,4’ü (n=93) bekar. Katılımcıların %14,5’inin (n=24) çocuğu vardı. Katılımcıların %29,7’si (n=49) İKÇÜ Atatürk EAH sinde, %11,5’i (n=19) SBÜ Bozyaka EAH sinde, %26,1’i (n=43) Tepecik EAH sinde, %32,7’si (n=54) DEÜ Tıp Fakültesinde asistan hekim olarak görev yapmaktaydı. Katılımcıların aile hekimliği asistanlığında toplam çalışma süreleri değerlendirildiğinde %41,2’si (n=68) 0-1 yıl, %20,6’sı (n=34) 1-2 yıl, %27,3’ü (n=45) 2-3 yıl, %10,9’u (n=18) 3 yılın üzerinde olduğu görüldü. Katılımcıların %23,6’i (n=39) daha önce aile sağlığı merkezinde çalışmış, %76,4’i (n=126) daha önce aile sağlığı merkezinde çalışmamış olduğu görüldü. Katılımcıların %32,7’si (n=54) periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri uygulaması konusunda eğitim almış, %67,3’ü (n=111) almamış olduğunu belirtti. Katılımcıların %26,1’i (n=43) periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri uygulaması konusunda yeterli olduğunu, %73,9’u (n=122) yeterli olmadığını belirtti (Tablo 4,5).

**Tablo 4.** Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

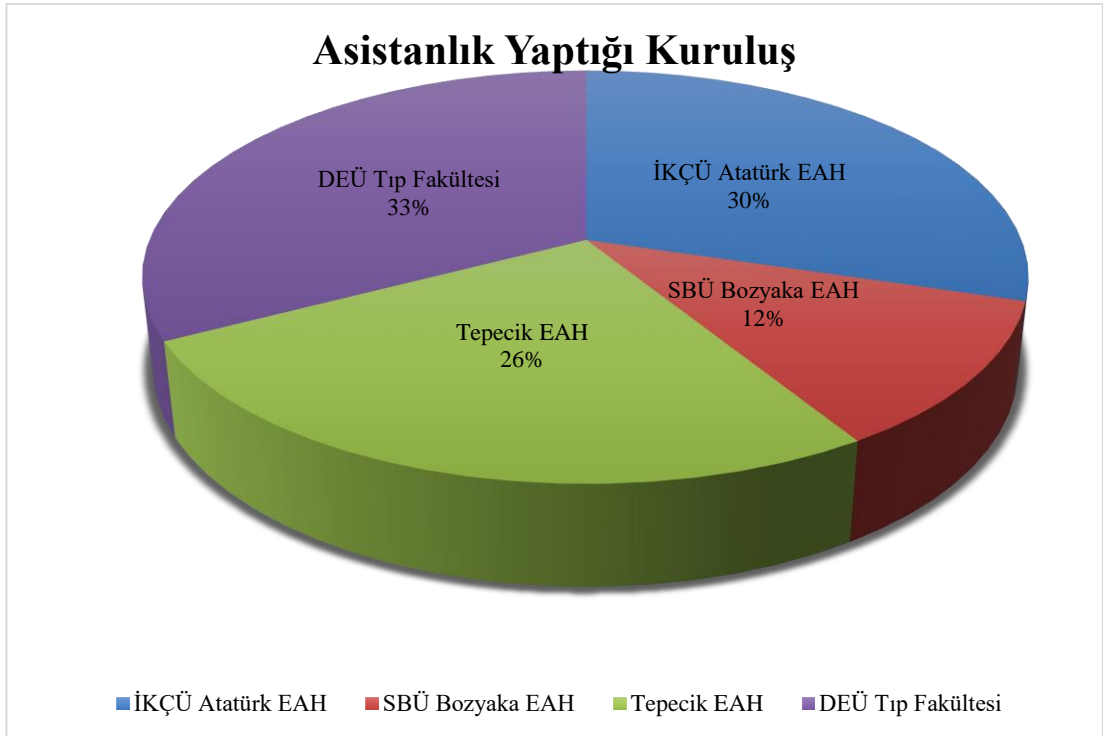
		n	%
<b>Cinsiyet</b>	<b>Kadın</b>	108	65.5
	<b>Erkek</b>	57	34.5
<b>Medeni hal</b>	<b>Evli</b>	72	43.6
	<b>Bekar</b>	93	56.4

Yaş grubu		
20-24	2	1.2
25-29	130	78.8
30 ve üzeri	33	20.0
Çocuk sahibi olma durumu		
Var	24	14.5
Yok	141	85.5

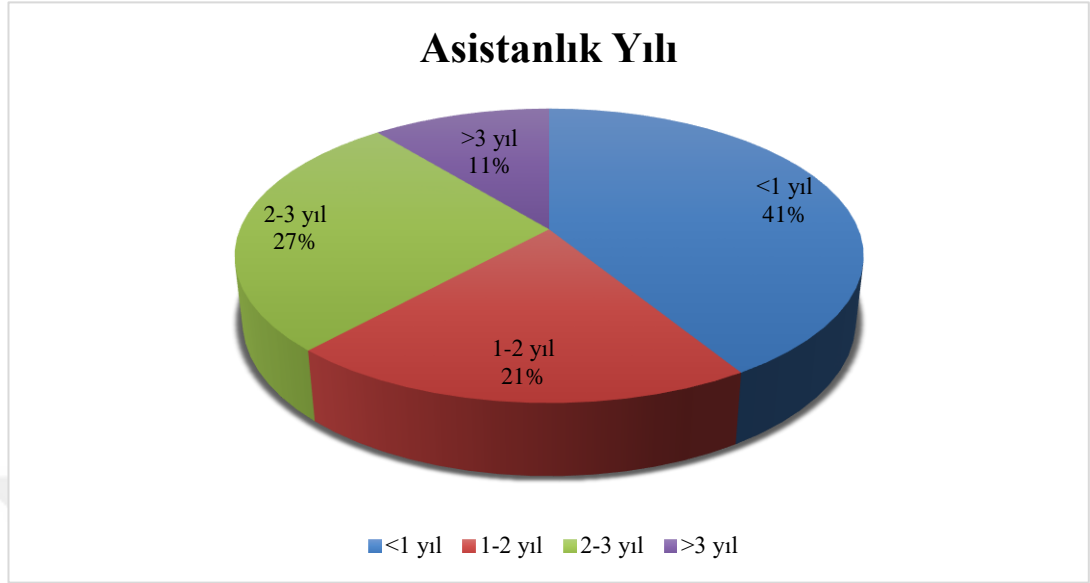
**Tablo 5.** Katılımcıların Asistanlık Eğitim Durumu

	n	%
Asistanlık yapmış olduğu kuruluş		
İKÇÜ Atatürk EAH	49	29.7
SBÜ Bozyaka EAH	19	11.5
Tepecik EAH	43	26.1
DEÜ Tıp Fakültesi	54	32.7
Aile hekimliği asistanlığında çalışma süresi		
0-1 yıl	34	20.6
1-2 yıl	45	27.3
2-3 yıl	18	10.9
3 yıldan fazla		
Daha önce aile sağlığı merkezinde çalışma durumu		

<b>Evet</b>	39	23.6
<b>Hayır</b>	126	76.4
<b>Periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri uygulaması konusunda eğitim alma durumu</b>		
<b>Var</b>	54	32.7
<b>Yok</b>	111	67.3
<b>Periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri uygulaması konusunda yeterli bilgiye sahip olma durumu</b>		
<b>Evet</b>	43	26.1
<b>Hayır</b>	122	73.9



Şekil 6. Katılımcıların Asistanlık Yaptığı Kuruluş Durumu



Şekil 7. Katılımcıların Asistanlık Yıl Durumu

İzmir’deki aile hekimliği asistanlarına birinci soru olarak “İşitme taraması testinin bebek doğduktan sonraki ilk 72 saat içerisinde, taburcu olmadan önce hastanede yapılması gerekmektedir. ....ay içinde taramanın tamamlanması gerekir. Boş bırakılan yere uygun olan ifadeyi belirtiniz.” sorusu yönlendirildi. Doğru seçenek olan “1” seçeneğini hekimlerden sadece %60,0’ı (n=99) seçmişti. Hekimlerin %14,5’nin (n=24) “2”, %22,4’ünün (n=37) “3”, %3,0’ının (n=5) “4” seçeneğini tercih ettiği görüldü.

İzmir’deki aile hekimliği asistanlarına ikinci soru olarak “Bebeklerde topuk kanı hangi günler içinde bakılır?” sorusu yönlendirildi. Doğru seçenek olan “3-5. günler” seçeneğini hekimlerden sadece %40,6’sı (n=67) seçti. Hekimlerin %39,4’ü (n=65) “1-3. günler”, %13,3’ünün (n=22) “5-7. günler”, %6,7’sinin (n=11) “1-5. günler” seçeneğini tercih ettiği görüldü.

İzmir’deki aile hekimliği asistanlarına üçüncü soru olarak “Zamanında doğan bir bebekte demir profilaksisi ne zaman başlanır?” sorusu yönlendirildi. Doğru seçenek olan “4. ay” seçeneğini hekimlerden sadece %67,3’ü (n=111) seçti. Hekimlerin %12,7’nin (n=21) “1. ay”, %6,7’si (n=11) “2. ay”, %13,3’ünün (n=22) “3. ay” seçeneğini tercih ettiği görüldü.

İzmir'deki aile hekimliği asistanlarına dördüncü soru olarak "Gelişimsel kalça displazisi taraması kapsamında aile hekimince 4. İzlem olarak geçen ve yapılması zorunlu olan zaman dilimi bebeğin kaçınıcı günleri arasındadır?" sorusu yönlendirildi. Doğru seçenek olan "30-55. gün arası" seçeneğini hekimlerden sadece %46,1'i (n=76) seçti. Hekimlerin %10,9'unun (n=18) "10-35. gün arası", %23,0'ının (n=38) "20-45. gün arası", %20,0'ının (n=33) "40-65. gün arası" seçeneğini tercih ettiği görüldü.

İzmir'deki aile hekimliği asistanlarına beşinci soru olarak "Prematür retinopatisi muayenesi kapsamında 32. Hafta veya 1500 gr altı doğan bütün bebeklerin aile hekimleri tarafından bir göz hastalıkları hekimine rutin olarak yönlendirilmesi önerilir. Yukarıdaki önermenin doğru olup olmadığını belirtiniz." sorusu yönlendirildi. Doğru seçenek olan "Doğru" seçeneğini hekimlerden %90,3'ü (n=149) seçti. Hekimlerin %9,7'sinin (n=16) "Yanlış" seçeneğini tercih ettiği görüldü.

İzmir'deki aile hekimliği asistanlarına altıncı soru olarak "Hipertansiyon tanısının erken tespiti ve kardiyovasküler olayların önlenmesi amacıyla herhangi bir sebeple muayeneye gelen 3-18 yaş grubu bütün çocuklarda yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçümü yapılmalıdır. Yukarıdaki önermenin doğru olup olmadığını belirtiniz." sorusu yönlendirildi. Doğru seçenek olan "Doğru" seçeneğini hekimlerden %84,2'si (n=139) seçti. Hekimlerin %15,8'inin (n=26) "Yanlış" seçeneğini tercih ettiği görüldü.

İzmir'deki aile hekimliği asistanlarına yedinci soru olarak "6-18 yaş arası okul döneminde obezitenin önlenmesi amacıyla hangi sıklıkla ağırlık, boy, beden kitle indeksi (BKI) ölçümlerinin yapılması önerilir?" sorusu yönlendirildi. Doğru seçenek olan "Yılda bir" seçeneğini hekimlerden %80,0'ı (n=132) seçti. Hekimlerin %12,7'sinin (n=21) "6 ayda bir", %6,1'inin (n=10) "2 yılda bir", %1,2'sinin (n=2) "5 yılda bir" seçeneğini tercih ettiği görüldü.

İzmir'deki aile hekimliği asistanlarına sekizinci soru olarak "Otizm spektrum bozukluklarının erken tespitinde protokollere uygun izlemlerde ÇPGD görüşme formu Gelişim Bilgileri bölümünde .....aylar arasında çocuğun aşağıda belirtilen 3 gözlem maddesine göre değerlendirilmesi önerilir: • İsmi söylendiği zaman bakıyor. • Göz kontağı kuruyor. • Parmakla gösterilen nesneye bakıyor. Boş bırakılan yere uygun olan ifadeyi belirtiniz." sorusu yönlendirildi. Doğru seçenek olan "18-36. aylar" seçeneğini hekimlerden sadece %28,5'i (n=47) seçti. Hekimlerin %35,8'inin (n=59)

“6-24.aylar”, %15,2’sinin (n=25) “8-24.aylar”, %20,6’sının (n=34) “12-36.aylar” seçeneğini tercih ettiği görüldü.

İzmir’deki aile hekimliği asistanlarına dokuzuncu soru olarak “Hangi yaş gurubu erkeklerde kardiyovasküler olaylardan korunmada çoğul risk faktörleri gözetilerek ve gastrointestinal yan etkiler dikkate alınarak günlük 81 mg aspirinin kullanımı önerilmelidir?” sorusu yönlendirildi. Doğru seçenek olan “45-80 yaş” seçeneğini hekimlerden sadece %25,5’i (n=42) seçti. Hekimlerin %16,4’ünün (n=27) “40-80 yaş”, %38,8’inin (n=64) “50-80 yaş”, %19,4’ünün (n=32) “55-80 yaş” seçeneğini tercih ettiği görüldü.

İzmir’deki aile hekimliği asistanlarına onuncu soru olarak “Hangi yaş grubu kadınlarda iskemik inmenin önlenmesi amacıyla çoğul risk faktörleri gözetilerek ve gastrointestinal yan etkiler dikkate alınarak günlük 81 mg aspirin kullanımı önerilmelidir?” sorusu yönlendirildi. Doğru seçenek olan “55-80 yaş” seçeneğini hekimlerden %49,1’i (n=81) seçti. Hekimlerin %2,4’ünün (n=4) “40-80 yaş”, %20,6’sının (n=34) “45-80 yaş”, %27,9’unun (n=46) “50-80 yaş” seçeneğini tercih ettiği görüldü.

İzmir’deki aile hekimliği asistanlarına on birinci soru olarak “ ....yaş altı bireylerde ailesinde erken yaşta aterosklerotik hastalık öyküsü varsa, ....yaş üstü bireylerde ise başvuru sebebinden bağımsız olarak bir kez kardiyovasküler risk değerlendirmesi yapılarak, risk saptanan gruplarda gerekli yaşam tarzı değişiklikleri ve önerilen izlemlerin yapıldıktan sonra ilgili uzmanlık dalına yönlendirilmesi önerilir. Boş bırakılan yere uygun olan ifadeyi belirtiniz.” sorusu yönlendirildi. Doğru seçenek olan “40” seçeneğini hekimlerden %38,8’i (n=64) seçti. Hekimlerin %15,8’inin (n=26) “65”, %7,9’unun (n=13) “60”, %37,6’sının (n=62) “55” seçeneğini tercih ettiği görüldü.

İzmir’deki aile hekimliği asistanlarına on ikinci soru olarak “18 yaşından büyük yetişkinlerde başvuru sebebinden bağımsız olarak hipertansiyon tanısının erken tespiti ve kardiyovasküler olayların önlenmesi amaçlı yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçülmesi önerilir. Yukarıdaki önermenin doğru olup olmadığını belirtiniz.” sorusu yönlendirildi. Doğru seçenek olan “Doğru” seçeneğini hekimlerden %89,1’i (n=147) seçti. Hekimlerin %10,9’unun (n=18) “Yanlış” seçeneğini tercih ettiği görüldü.

İzmir'deki aile hekimliği asistanlarına on üçüncü soru olarak "Aşağıdakilerden hangisi diabetes mellitus taramasını gerektirecek risk faktörü değildir?" sorusu yönlendirildi. Doğru seçenek olan "45 yaş altı fiziksel aktif kişiler" seçeneğini hekimlerden %93,3'ü (n=154) seçti. Hekimlerin %3,6'sının (n=6) "45 yaşın üzerinde herkes", %1,2'sinin (n=2) " $BMI \geq 25 \text{ kg / m}^2$ ", %1,8'inin (n=3) "4.1 kg'ın üstünde bebek doğurma öyküsü" seçeneğini tercih ettiği görüldü.

İzmir'deki aile hekimliği asistanlarına on dördüncü soru olarak "Tiroid fonksiyon anomalilerinin erken tanısı amacıyla ailesinde tiroid hastalığı öyküsü bulunanlara ilk muayenede olmak üzere ve 35 yaşın üzerindeki tüm erişkinlere .....yılıda bir Tiroid Fonksiyon Testlerinin (TSH) yapılması önerilir. Boş bırakılan yere uygun olan ifadeyi belirtiniz." sorusu yönlendirildi. Doğru seçenek olan "5" seçeneğini hekimlerden %19,4'ü (n=32) seçti. Hekimlerin %60,0'ünün (n=99) "2", %19,4'ünün (n=32) "3", %1,2'sinin (n=2) "4" seçeneğini tercih ettiği görüldü.

İzmir'deki aile hekimliği asistanlarına on beşinci soru olarak "Meme kanseri taraması ile ilgili aşağıda belirtilen ifadelerden hangisi yanlıştır?" sorusu yönlendirildi. Doğru seçenek olan "20-40 yaş arası, birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü bulunan kadınlarda altı ayda bir, bulunmayanlarda ise yılda bir hekim tarafından rutin klinik muayenenin yapılması" seçeneğini hekimlerden %45,5'i (n=75) seçti.

İzmir'deki aile hekimliği asistanlarına on altıncı soru olarak "Hangi yaş grubundaki yetişkinlerin tamamında kolorektal kanserin erken tanısı amacıyla yılda bir gaitada gizli kan testi yapılması önerilir?" sorusu yönlendirildi. Doğru seçenek olan "50-70 yaş" seçeneğini hekimlerden %86,1'i (n=142) seçti. Hekimlerin %1,8'inin (n=3) "35-55 yaş", %7,9'unun (n=13) "40-60 yaş", %4,2'sinin (n=7) "60-80 yaş" seçeneğini tercih ettiği görüldü.

İzmir'deki aile hekimliği asistanlarına on yedinci soru olarak "Birinci derece akrabalarında kolorektal kanser veya adenomatöz polip öyküsü olanlarda taramaya kaç yaşında başlaması önerilir?" sorusu yönlendirildi. Doğru seçenek olan "40 yaş" seçeneğini hekimlerden %82,4'ü (n=136) seçti. Hekimlerin %8,5'inin (n=14) "45 yaş", %6,7'sinin (n=11) "50 yaş", %2,4'ünün (n=4) "55 yaş" seçeneğini tercih ettiği görüldü.

İzmir'deki aile hekimliği asistanlarına on sekizinci soru olarak "30-65 yaş arası kadınlarda serviks kanseri ve prekanseröz lezyonları önleme ve erken tanı amaçlı kaç yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear testi) veya Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yapılmalıdır?" sorusu yönlendirildi. Doğru seçenek olan "5" seçeneğini hekimlerden %37,0'ının (n=61) seçti. Hekimlerin %21,2'sinin (n=35) "1", %20,0'ının (n=33) "2", %21,8'inin (n=36) "3" seçeneğini tercih ettiği görüldü.

İzmir'deki aile hekimliği asistanlarına on dokuzuncu soru olarak "Ailesinde prostat kanseri hikayesi olan .....yaşından büyük erkekler ve aile hikayesi olmayan .....yaşından büyük erkeklerde erken tanı ve önleme amaçlı hastanın bilgilendirilmesi ve bir üroloji uzmanına yönlendirilmesi önerilir. Boş bırakılan yere uygun olan ifadeyi belirtiniz." sorusu yönlendirildi. Doğru seçenek olan "40-50" seçeneğini hekimlerden %45,5'i (n=75) seçti. Hekimlerin %21,2'sinin (n=35) "45-55", %23,0'ının (n=38) "50-60", %10,3'ünün (n=17) "55-65" seçeneğini tercih ettiği görüldü.

İzmir'deki aile hekimliği asistanlarına yirminci soru olarak "65 yaş altında olup aşağıdaki risk faktörlerinden hangisini barındıran erişkinlerde en az bir kez biyokimyasal testlerin yapılmasının sağlanması (iyonize kalsiyum, tam kan sayımı, kreatinin, alkalen fosfataz, TSH, 25-hidroksivitamin D3 ölçümleri), risk faktörlerine ve kemik kırığı varlığına göre fizik tedavi ve rehabilitasyon, endokrinoloji ve/veya ortopedi uzmanlarına yönlendirilmesine gerek yoktur?" sorusu yönlendirildi. Doğru seçenek olan "35 yaşından önce kırık geçirmiş olmak" seçeneğini hekimlerden %61,8'i (n=102) seçti. Hekimlerin %13,9'unun (n=23) "En az üç ay süreyle 7,5 mg/gün steroid kullanımı", %10,9'unun (n=18) "45 yaş altında menapoz", %13,3'ünün (n=22) "Primer hiperparatiroid olduğu görülmüştür" seçeneğini tercih ettiği görüldü.

İzmir'deki aile hekimliği asistanlarına yirmi birinci soru olarak "Gebelik planlanmış ise gebelik öncesi üç ay ve gebelikteki ilk trimesterde kişinin günlük ne kadar folik asit kullanması önerilir?" sorusu yönlendirildi. Doğru seçenek olan "400-800µg" seçeneğini hekimlerden %63,0'ı (n=104) seçti. Hekimlerin %18,8'inin (n=31) "300-500µg", %8,5'inin (n=14) "800-1000µg", %9,7'sinin (n=16) "600-1200µg" seçeneğini tercih ettiği görüldü.

İzmir'deki aile hekimliği asistanlarına yirmi ikinci soru olarak "65 yaş ve üzerindeki yetişkinlerde hayatlarında en az bir kez çok yönlü geriatrik değerlendirilmenin yapılması ve mümkün ise bu değerlendirilmenin her beş yılda bir tekrarlanması önerilir. Aşağıdaki değerlendirmelerden hangisi çok yönlü geriatrik değerlendirme kapsamında uygulanan testlerden değildir?" sorusu yönlendirildi. Doğru seçenek olan "STAI Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği" seçeneğini hekimlerden %57,0'ının (n=94) seçti. Hekimlerin %17,6'sının (n=29) "Mini Mental Durum Değerlendirme Testi", %6,7'sinin (n=11) "Yesavage Geriatrik Depresyon Skalası", %18,8'inin (n=31) "Mini Nütrisyonel Test" seçeneğini tercih ettiği görüldü.

İzmir'deki aile hekimliği asistanlarına yirmi üçüncü soru olarak "Erişkinlerde aşı ile önlenbilir hastalıklardan korunma amaçlı olarak aşı uygulamaları yapılması önerilir. Hangisi yanlıştır?" sorusu yönlendirilmiştir. Doğru seçenek olan "Hepatit B, meningokoksik menenjit, pnömokok, mevsimsel grip, hepatit A (1 ay ara ile 2 doz)" seçeneğini hekimlerden %46,1'i (n=76) seçmiştirği görüldü. Hekimlerin %9,1'inin (n=15) "Td (primer doz 0-1-6 ay tamamlandıktan sonra 10 yılda bir rapel)", %32,1'inin (n=53) "Suçiçeği (1 ay ara ile 2 doz)", %12,7'sinin (n=21) "KKK 1 veya 2 doz aşısı" seçeneğini tercih ettiği görüldü (Tablo 6).

**Tablo 6.** Katılımcıların Anket Sorularına Doğru Cevap Verme Durumu

		n	%
<b>SORU 1)</b>	<b>Doğru</b>	99	60.0
	<b>Yanlış</b>	66	40.0
<b>SORU 2)</b>	<b>Doğru</b>	67	40.6
	<b>Yanlış</b>	98	59.4
<b>SORU 3)</b>	<b>Doğru</b>	111	67.3
	<b>Yanlış</b>	54	32.7
<b>SORU 4)</b>	<b>Doğru</b>	76	46.1
	<b>Yanlış</b>	89	53.9

<b>SORU 5)</b>	<b>Doğru</b>		
	<b>Yanlış</b>	149	90.3
<b>SORU 6)</b>	<b>Doğru</b>	139	84.2
	<b>Yanlış</b>	26	15.8
<b>SORU 7)</b>	<b>Doğru</b>	132	80.0
	<b>Yanlış</b>	33	20.0
<b>SORU 8)</b>	<b>Doğru</b>	47	28.5
	<b>Yanlış</b>	118	71.5
<b>SORU 9)</b>	<b>Doğru</b>	42	25.5
	<b>Yanlış</b>	123	74.5
<b>SORU 10)</b>	<b>Doğru</b>	81	49.1
	<b>Yanlış</b>	84	50.9
<b>SORU 11)</b>	<b>Doğru</b>	64	38.8
	<b>Yanlış</b>	101	61.2
<b>SORU 12)</b>	<b>Doğru</b>	147	89.1
	<b>Yanlış</b>	18	10.9
<b>SORU 13)</b>	<b>Doğru</b>	154	93.3
	<b>Yanlış</b>	11	6.7
<b>SORU 14)</b>	<b>Doğru</b>	32	19.4
	<b>Yanlış</b>	133	80.6

<b>SORU 15)</b>	<b>Doğru</b>	75	45.5
	<b>Yanlış</b>	90	54.5
<b>SORU 16)</b>	<b>Doğru</b>	142	86.1
	<b>Yanlış</b>	23	13.9
<b>SORU 17)</b>	<b>Doğru</b>	136	82.4
	<b>Yanlış</b>	29	17.6
<b>SORU 18)</b>	<b>Doğru</b>	61	37.0
	<b>Yanlış</b>	104	63.0
<b>SORU 19)</b>	<b>Doğru</b>	75	45.5
	<b>Yanlış</b>	90	54.5
<b>SORU 20)</b>	<b>Doğru</b>	102	61.8
	<b>Yanlış</b>	63	38.2
<b>SORU 21)</b>	<b>Doğru</b>	104	63.0
	<b>Yanlış</b>	61	37.0
<b>SORU 22)</b>	<b>Doğru</b>	94	57.0
	<b>Yanlış</b>	71	43.0
<b>SORU 23)</b>	<b>Doğru</b>	76	46.1
	<b>Yanlış</b>	89	53.9

Çalışmamız için hazırlanmış anket sorularından bilgi düzeyini sorgulayan 23 sorunun puanlandırılması yapıldı. Doğru bilinen her bir soruya 4,347 puan verildi. Böylelikle tüm sorular doğru yapıldığında alınacak toplam puan 100 olarak belirlendi.

Çalışmaya katılan aile hekimliği asistanlarının bilgi düzeyi toplam puanları en az 17 ve en çok 100 olmak üzere ortalama toplam puanları  $58,10 \pm 14,21$  olarak hesaplandı (Tablo 7).

**Tablo 7.** Katılımcıların Toplam Puan Durumu

	<b>n</b>	<b>Ort±SD</b>	<b>Median</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
<b>Toplam Puan</b>	165	58.10±14.21	56.52	17	100

Katılımcıların bilgi düzey toplam puanları ile cinsiyeti, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. Çalışmamıza katılan kadın hekimlerin erkek hekimlere kıyasla ortalama toplam puanlarının daha yüksek olduğu görüldü ( $p=0,031$ ). Evli hekimlerin bekar hekimlere kıyasla ortalama toplam puanlarının daha yüksek olduğu görüldü ( $p=0,003$ ). Çocuk sahibi olan hekimlerin olmayan hekimlere kıyasla ortalama toplam puanlarının daha yüksek olduğu görüldü ( $p=0,037$ ) (Tablo 8).

**Tablo 8.** Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Anket Toplam Puan Durumu

		<b>Anket Toplam Puanı</b>		
		<b>n</b>	<b>Ort±SD</b>	<b>p</b>
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	108	59.86±13.16	<b>0.031</b>
	Erkek	57	54.76±15.58	
<b>Medeni durumu</b>	Evli	72	62.01±14.50	<b>0.003</b>
	Bekar	93	55.07±13.28	
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>	Evet	24	62.31±9.7	<b>0.037</b>
	Hayır	141	57.38±14.74	

Katılımcıların bilgi düzey toplam puanları ile asistanlık yaptığı kuruluş arasında anlamlı bir fark saptanmazken ( $p=0,949$ ), aile hekimliği asistanlığında çalışma süresi ile arasında anlamlı bir ilişki saptandı ( $p<0,001$ ). Üç yıl ve üzeri aile hekimliği asistanı olan katılımcıların en yüksek ortalama toplam puanlarına sahip olduğu görüldü (Tablo 9).

**Tablo 9.** Katılımcıların Asistanlık Durumuna İlişkin Özellikleri ile Aldıkları Toplam Puan Durumu

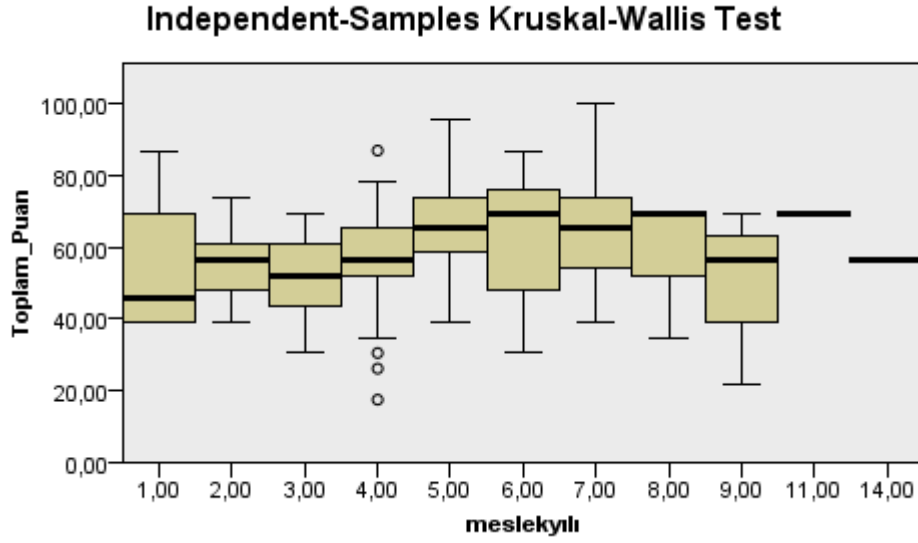
		Anket Toplam Puanı		
		n	Ort±SD	p
Asistanlık yapılan kuruluş	İKÇÜ Atatürk EAH	49	58.03±14.07	0.949
	SBÜ Bozyaka EAH	19	57.66±11.39	
	Tepecik EAH	43	59.04±14.91	
	DEÜ Tıp Fakültesi	54	57.56±14.96	
Asistanlıkta toplam çalışma süresi	0-1 yıl	68	52.68±10.71	<0.001
	1-2 yıl	34	55.37±10.93	
	2-3 yıl	45	63.18±17.40	
	3 yıl ve üzeri	18	71.01±10.11	

Katılımcıların bilgi düzey toplam puanları ile meslekte çalıştıkları yıl korelasyon değerlendirildiğinde aynı yönde orta düzeyde anlamlı korelasyon bulundu ve meslek hayatında 5, 6 ve 7. yıllarında bulunan hekimlerin en yüksek puanları aldıkları görüldü (Tablo 10) (Şekil 8).

**Tablo 10.** Katılımcıların Meslekte Çalıştıkları Yıl ile Toplam Puan Korelasyon Durumu

	Toplam Puanı	
	R	p
Meslek Yılı	0.323	<0.001

r: Spearman korelasyon katsayısı



**Şekil 8.** Alınan Toplam Puanların Meslek Yıllarına Bağlı Ortalamaları

Katılımcıların bilgi düzeyi toplam puanları ile daha önce aile sağlık merkezinde çalışma durumu ( $p=0,035$ ), periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri uygulaması konusunda eğitim alma durumu ( $p<0,001$ ), periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünme durumu arasında anlamlı bir ilişki saptandı ( $p<0,001$ ). Daha önce aile sağlık merkezinde çalışan hekimlerin toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 11).

**Tablo 11.** Katılımcıların Çalışma Durumuna İlişkin Özellikleri ile Aldıkları Toplam Puan Durumu

		Anket Toplam Puanı		
		n	Ort±SD	p
<b>Daha önce aile sağlık merkezinde çalışma durumu</b>	Evet	39	62.87±15.86	<b>0.035</b>
	Hayır	126	56.62±13.38	
<b>Periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri uygulaması konusunda eğitim alma durumu</b>	Evet	54	63.60±13.62	<b>&lt;0.001</b>
	Hayır	111	55.42±13.76	

<b>Periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünme durumu</b>	Evet	43	65.52±14.71	<b>&lt;0.001</b>
	Hayır	122	55.48±13.12	

İzmir'deki aile hekimliği asistanlarının yaşları ile “Kardiyovasküler Olaylardan Korunmada Risk Değerlendirilmesi”, “Meme Kanseri Taraması”, “Prostat Kanseri” sorularına verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülürken diğer anket sorularına verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü (Tablo 12).

**Tablo 12.** Katılımcıların Yaşlarına Göre Anket Sorularına Doğru Cevap Verme Durumlarının Karşılaştırılması

<b>Anket Soruları</b>	<b>Yaşlarına Göre Doğru Cevap Verme Durumu %</b>			<b>P</b>
	<b>20-24</b>	<b>25-29</b>	<b>30-34</b>	
Kardiyovasküler Olaylardan Korunmada Risk Değerlendirilmesi	50.0	33.8	57.6	<b>0.042</b>
Meme Kanseri Taraması	100	40.8	60.6	<b>0.037</b>
Prostat Kanseri Taraması	50.0	39.2	69.7	<b>0.007</b>

İzmir'deki aile hekimliği asistanlarının cinsiyeti ile “Arteriyel Tansiyon Ölçümü”, “Kolorektal Kanseri Taraması”, “Çok Yönlü Geriatrik Değerlendirme” sorularına verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülürken diğer anket sorularına verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü (Tablo 13).

**Tablo 13.** Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Anket Sorularına Doğru Cevap Verme Durumlarının Karşılaştırılması

Anket Soruları	Cinsiyetine Göre Doğru Cevap Verme Durumu %		p
	Kadın	Erkek	
Arteriyel Tansiyon Ölçümü	79.6	93.0	<b>0.025</b>
Kolorektal Kanseri Taraması	90.7	77.2	<b>0.017</b>
Çok Yönlü Geriatrik Değerlendirme	63.0	45.6	<b>0.032</b>

İzmir’deki aile hekimliği asistanlarının medeni durumu ile “Diabetes Mellitus Taraması”, “Prostat Kanseri”, “Çok Yönlü Geriatrik Değerlendirme”, “Erişkinlerde Bağışıklama” sorularına verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülürken diğer anket sorularına verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü (Tablo 14).

**Tablo 14.** Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Anket Sorularına Doğru Cevap Verme Durumlarının Karşılaştırılması

Anket Soruları	Medeni Duruma Göre Doğru Cevap Verme Durumu %		p
	Evli	Bekar	
Diabetes Mellitus Taraması	100	88.2	<b>0.003</b>
Prostat Kanseri	54.2	38.7	<b>0.048</b>
Çok Yönlü Geriatrik Değerlendirme	70.8	46.2	<b>0.002</b>
Erişkinlerde Bağışıklama	61.1	34.4	<b>0.001</b>

İzmir’deki aile hekimliği asistanlarının çocuk sahibi olma durumu ile “Demir Profilaksisi”, “Kardiyovasküler Olaylardan Korunmada Risk Değerlendirilmesi”, “Çok Yönlü Geriatrik Değerlendirme” sorularına verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülürken diğer anket sorularına verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü (Tablo 15).

**Tablo 15.** Katılımcıların Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Anket Sorularına Doğru Cevap Verme Durumlarının Karşılaştırılması

Anket Soruları	Çocuk Sahibi Olma Duruma Göre Doğru Cevap Verme Durumu %		p
	Evet	Hayır	
Demir Profilaksisi	100	61.7	<b>&lt;0.001</b>
Kardiyovasküler Olaylardan Korunmada Risk Değerlendirilmesi	66.7	34.0	<b>0.002</b>
Çok Yönlü Geriatrik Değerlendirme	79.2	53.2	<b>0.018</b>

İzmir'deki aile hekimliği asistanlarının meslek yılı ile “Topuk Kanı”, “Arteriyel Tansiyon Ölçümü”, “Otizm Spektrum Bozukluğu Değerlendirmesi”, “Kardiyovasküler Olaylardan Korunmada Risk Değerlendirilmesi”, “Meme Kanseri Taraması”, “Serviks Kanseri Taraması”, “Prostat Kanseri”, “Çok Yönlü Geriatrik Değerlendirme” sorularına verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülürken diğer anket sorularına verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü (Tablo 16).

**Tablo 16.** Katılımcıların Meslek Yılına Göre Anket Sorularına Doğru Cevap Verme Durumlarının Karşılaştırılması

Anket Soruları	Meslek Yılına Göre Doğru Cevap Verme Durumu %		p
	4 Yıl ve Altı	4 Yılın Üzeri	
Topuk Kanı	64.3	35.7	<b>0.034</b>
Arteriyel Tansiyon Ölçümü	66.2	33.8	<b>&lt;0.001</b>
Otizm Spektrum Bozukluğu Değerlendirmesi	46.8	53.2	<b>0.002</b>
Kardiyovasküler Olaylardan Korunmada Risk Değerlendirilmesi	53.2	46.8	<b>0.015</b>
Meme Kanseri Taraması	54.7	45.3	<b>0.001</b>

Serviks Kanseri Taraması	47.5	52.5	<b>0.001</b>
Prostat Kanseri	64.0	36.0	<b>0.021</b>
Çok Yönlü Geriatrik Değerlendirme	56.3	43.7	<b>0.049</b>

İzmir'deki aile hekimliği asistanlarının asistanlık yaptığı kuruluş ile "Arteriyel Tansiyon Ölçümü", "Kardiyovasküler Olaylardan Korunmada Risk Değerlendirilmesi" sorularına verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülürken diğer anket sorularına verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü (Tablo 17).

**Tablo 17.** Katılımcıların Asistanlık Yaptığı Kuruluşa Göre Anket Sorularına Doğru Cevap Verme Durumlarının Karşılaştırılması

Anket Soruları	Asistanlık Yaptığı Kuruluşa Göre Doğru Cevap Verme Durumu %				p
	İKÇÜ	Bozyaka	Tepecik	DEÜ	
Arteriyel Tansiyon Ölçümü	93.9	73.7	88.4	75.9	<b>0.039</b>
Kardiyovasküler Olaylardan Korunmada Risk Değerlendirilmesi	53.1	15.8	34.9	37.0	<b>0.032</b>

İzmir'deki aile hekimliği asistanlarının asistanlık yılı ile "Demir Profilaksisi", "Otizm Spektrum Bozukluğu Değerlendirmesi", "Tiroid Fonksiyon Taraması", "Meme Kanseri Taraması", "Serviks Kanseri Taraması", "Prostat Kanseri", "Gebede Folik Asit Kullanımı", "Çok Yönlü Geriatrik Değerlendirme" sorularına verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülürken diğer anket sorularına verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü (Tablo 18).

**Tablo 18.** Katılımcıların Asistanlık Yılına Göre Anket Sorularına Doğru Cevap Verme Durumlarının Karşılaştırılması

Anket Soruları	Asistanlık Yılına Göre Doğru Cevap Verme Durumu %				p
	0-1	1-2	2-3	3 yılın üzeri	

Demir Profilaksisi	61.8	55.9	73.3	94.4	<b>0.021</b>
Otizm Spektrum Bozukluğu Değerlendirmesi	16.2	8.8	42.2	77.8	<b>&lt;0.001</b>
Tiroid Fonksiyon Taraması	14.7	5.9	35.6	22.2	<b>0.006</b>
Meme Kanseri Taraması	32.4	38.2	64.4	61.1	<b>0.003</b>
Serviks Kanseri Taraması	22.1	17.6	55.6	83.3	<b>&lt;0.001</b>
Prostat Kanseri	36.8	64.7	37.8	61.1	<b>0.019</b>
Gebede Folik Asit Kullanımı	55.9	50.0	84.4	61.1	<b>0.005</b>
Çok Yönlü Geriatrik Değerlendirme	42.6	64.7	62.2	83.3	<b>0.007</b>

İzmir’deki aile hekimliği asistanlarının daha önce aile sağlığı merkezinde çalışma durumu ile “Arteriyel Tansiyon Ölçümü”, “Otizm Spektrum Bozukluğu Değerlendirmesi”, “Tiroid Fonksiyon Taraması”, “Serviks Kanseri Taraması”, “Kemik Sağlığının Korunması İçin Tarama” sorularına verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülürken diğer anket sorularına verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü (Tablo 19).

**Tablo 19.** Katılımcıların Aile Sağlığı Merkezinde Çalışma Durumuna Göre Anket Sorularına Doğru Cevap Verme Durumlarının Karşılaştırılması

Anket Soruları	Aile Sağlığı Merkezinde Çalışma Duruma Göre Doğru Cevap Verme Durumu %		p
	Evet	Hayır	
Arteriyel Tansiyon Ölçümü	94.9	81.0	<b>0.037</b>
Otizm Spektrum Bozukluğu Değerlendirmesi	43.6	23.8	<b>0.017</b>
Tiroid Fonksiyon Taraması	33.3	15.1	<b>0.012</b>
Serviks Kanseri Taraması	61.5	29.4	<b>&lt;0.001</b>
Kemik Sağlığının Korunması İçin Tarama	46.2	66.7	<b>0.021</b>

İzmir’deki aile hekimliği asistanlarının PSM konusunda eğitim alma durumu ile “Obezite Taraması”, “Otizm Spektrum Bozukluğu Değerlendirmesi”, “Serviks Kanseri Taraması” sorularına verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülürken diğer anket sorularına verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü (Tablo 20).

**Tablo 20.** Katılımcıların PSM Konusunda Eğitim Alma Durumuna Göre Anket Sorularına Doğru Cevap Verme Durumlarının Karşılaştırılması

Anket Soruları	PSM Konusunda Eğitim Duruma Göre Doğru Cevap Verme Durumu %		p
	Evet	Hayır	
Obezite Taraması	90.7	74.8	<b>0.016</b>
Otizm Spektrum Bozukluğu Değerlendirmesi	44.4	20.7	<b>0.002</b>
Serviks Kanseri Taraması	55.6	27.9	<b>0.001</b>

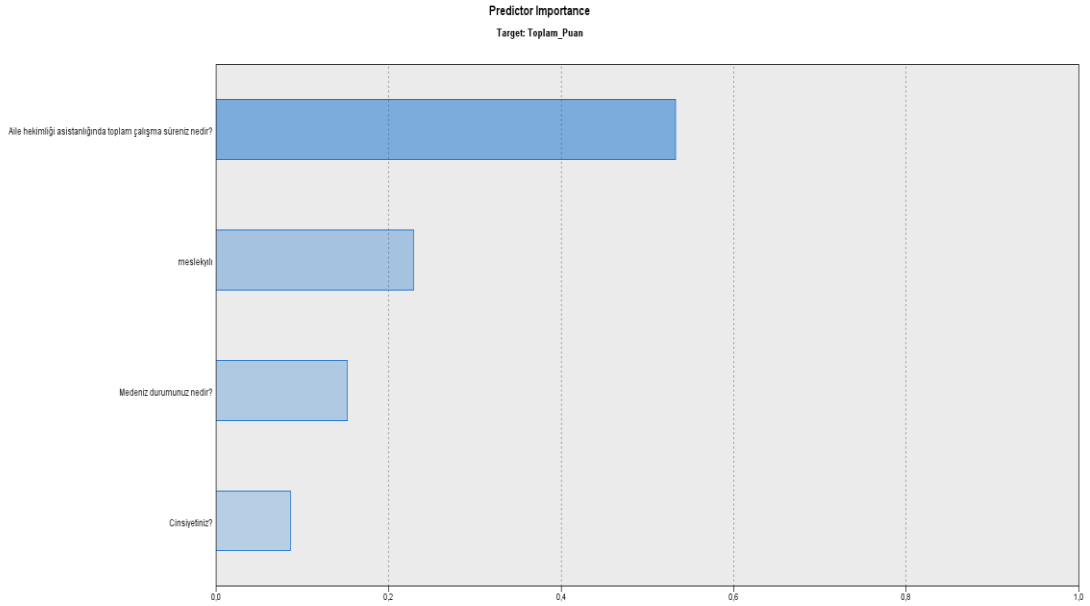
İzmir’deki aile hekimliği asistanlarının PSM hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünme durumu ile “Topuk Kanı”, “Obezite Taraması”, “Otizm Spektrum Bozukluğu Değerlendirmesi”, “Yetişkinde Arteriyel Tansiyon Ölçümü”, “Diabetes Mellitus Taraması”, “Tiroid Fonksiyon Taraması”, “Meme Kanseri Taraması”, “Serviks Kanseri Taraması” sorularına verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülürken diğer anket sorularına verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü (Tablo 21).

**Tablo 21.** Katılımcıların PSM Konusunda Yeterli Bilgiye Sahip Olduğunu Düşünme Durumuna Göre Anket Sorularına Doğru Cevap Verme Durumlarının Karşılaştırılması

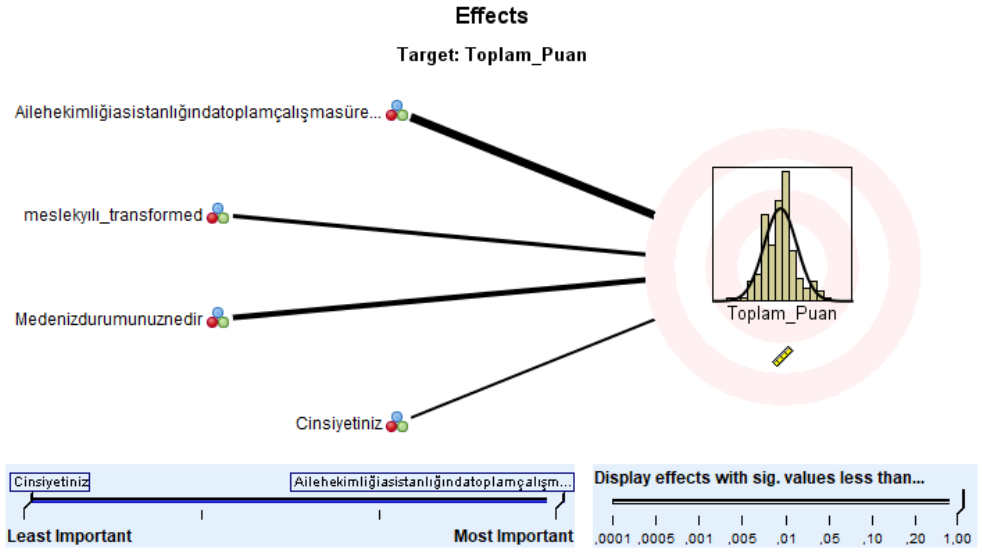
Anket Soruları	PSM Konusunda Yeterli Bilgiye Sahip Olduğunu Düşünme Duruma Göre Doğru Cevap Verme Durumu %		p
	Evet	Hayır	
Topuk Kanı	55.8	35.2	<b>0.018</b>
Obezite Taraması	90.7	76.2	<b>0.041</b>

Otizm Spektrum Bozukluğu Değerlendirmesi	53.5	19.7	<0.001
Yetişkinde Arteriyel Tansiyon Ölçümü	97.7	86.1	0.036
Diabetes Mellitus Taraması	100	91.0	0.042
Tiroid Fonksiyon Taraması	37.2	13.1	0.001
Meme Kanseri Taraması	60.5	40.2	0.022
Serviks Kanseri Taraması	72.1	24.6	<0.001

Bulgular genel olarak incelendiğinde İzmir’de görev yapmakta olan aile hekimliği asistanlarının anket sorularına verdikleri cevaplara istinaden almış oldukları puanlara, bir diğer ifade ile bilgi düzeylerine en fazla etki eden faktörler “forward stepwise” modeli kullanılarak incelendi ve elde edilen sonuçlara göre Aile hekimliğinde toplam çalışma süresi, medeni durum, meslek yılı ve cinsiyet faktörlerinin başarı düzeyindeki en önemli faktörler olduğu görüldü (Şekil 8, Şekil 9).



Şekil 9. Modelde Toplam Puana Etki Eden En Önemli Faktörlerin Sıralaması



Şekil 10. Modelde Toplam Puanı En Fazla Etkileyen Faktörler

## 5. TARTIŞMA

Çalışmanın amacı asistan hekimlerin periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri konusunda bilgi düzeylerini ve etkileyen faktörleri incelemek, çalışma sonuçlarına göre eğitim müfredatının geliştirilmesine katkıda bulunabilmektir. Periyodik sağlık muayenesi, belirli aralıklarla sağlıklı bireylerin iyilik hallerinin devamlılığını korumak için, tıbbi ve koruyucu yöntemler ile yapılan düzenli sağlık kontrolüdür. Her bireyin risk faktörleri göz önünde bulundurularak uygulanabilir ve etkin olabilecek şekilde düzenlenmiştir. Bu sayede, birey için gereksiz tıbbi testlerin ve müdahalelerin de önüne geçilebilecektir. Temel amaç, sağlıklı bireylerde risk faktörlerinin önlenmesi, hastalıkların gün yüzüne çıkmadan önce bulgularının saptanması, hastalıkların getirdiği mortalite ve morbidite risklerinin düşürülmesidir (2,3).

Çalışmamıza, evreni 267 olan İzmir ilindeki eğitim araştırma ve üniversite hastanelerinde aile hekimliği uzmanlık eğitimini almakta olan asistan hekimden 165'i gönüllü olarak katılmıştır. Çalışmamıza katılan katılımcıların %65,5'i (n=108) kadın, %34,5'i (n=57) erkek olduğu görülmüştür. Benzer şekilde, Dr. Altıntaş ve arkadaşlarının çalışmasında aile hekimlerinin cinsiyet dağılımlarına bakıldığında %66,7'si kadın, %33,3'ü erkek olduğu görülmüştür (43). Benzer şekilde Dr. Taydaş ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %62,7'si kadın olarak izlenmiştir (44).

Çalışmamızda katılımcıların %1,2'si (n=2) 20-24 yaş grubunda, %78,8'i (n=130) 25-29 yaş grubunda, %20,0'ı (n=33) 30 yaş ve üzeri grupta olduğu saptanmıştır. Dr. Altıntaş ve arkadaşlarının çalışmasında aile hekimliği asistanlarının yaş ortalaması  $31,61 \pm 7,3$  ve ortancası 29, hekimlerin %59,3'ü 29 yaş ve altında iken %40,7'si 29 yaşın üzerinde olarak bulunduğu görülmüştür (43). Dr. Taydaş ve arkadaşlarının çalışmasında hekimlerin yaş ortalaması  $30,14 \pm 4,81$ , yaş ortancası 29 yıl olarak elde edilmiştir (44).

Çalışmamızda katılımcıların meslekte geçirdikleri süre ortalama  $4,13 \pm 2,04$  (median:4, min:1, max:14) yıl olduğu görülmüştür. Dr. Taydaş ve arkadaşlarının çalışmasında hekimlerin meslekte çalışma süre ortalaması  $62,45 \pm 56,89$  (median:46, min:1, max:372) ay olarak tespit edilmiştir (44).

Çalışmamızda katılımcıların %43,6'sı (n=72) evli, %56,4'ü (n=93) bekar olduğu görülmüştür. Dr. Altıntaş ve arkadaşlarının çalışmasında aile hekimliği

asistanlarının %63,9'u evli, %36,1'i ise bekar olarak bulunduğu görülmüştür (43). Benzer şekilde Dr. Taydaş ve arkadaşlarının çalışmasında hekimlerin %60,1'inin bekar olduğu görülmüştür (44).

Çalışmamızda katılımcıların %14,5'inin (n=24) çocuğu olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda katılımcıların %29,7'si (n=49) İKÇÜ Atatürk EAH sinde, %11,5'i (n=19) SBÜ Bozyaka EAH sinde, %26,1'i (n=43) Tepecik EAH sinde, %32,7'si (n=54) DEÜ Tıp Fakültesinde asistan hekim olarak görev yaptığı görülmüştür.

Çalışmamızda katılımcıların aile hekimliği asistanlığında toplam çalışma süreleri değerlendirildiğinde %41,2'si (n=68) 0-1 yıl, %20,6'sı (n=34) 1-2 yıl, %27,3'ü (n=45) 2-3 yıl, %10,9'u (n=18) 3 yılın üzerinde olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda katılımcıların %23,6'i (n=39) daha önce aile sağlığı merkezinde çalışmış, %76,4'i (n=126) daha önce aile sağlığı merkezinde çalışmamış olduğunu belirttiği izlenmiştir. Katılımcıların %32,7'sinin (n=54) periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri uygulaması konusunda eğitim almış olduğu, %67,3'ünün (n=111) almamış olduğu görülmüştür. Katılımcıların %26,1'i (n=43) periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri uygulaması konusunda yeterli olduğunu, %73,9'u (n=122) yeterli olmadığını belirttiği görülmüştür. Dr. Taydaş ve arkadaşlarının çalışmasında hekimlerin "Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi hakkında bilgi sahibi misiniz?" sorusuna hekimlerin %43'ü evet yanıtı verdiği görülmüştür (44). Dr. Tugay ve arkadaşlarının çalışmasında aile hekimlerinin periyodik sağlık muayene rehberleri hakkında bilgi sahibi olup olmadıkları sorulduğunda aile hekiminden %26,6'ı bilgi sahibi olduğunu belirtirken, %74,4'ü bilgi sahibi olmadığını belirttiği görülmüştür (45).

Hekimlerin anket sorularına verdiği yanıtlar değerlendirildiğinde; bebeklerde yapılması çok önemli olan işitme taramasının ilk bir ayda tamamlanması gerekmektedir. Böylece işitme problemi olan bebeğin cihazlandırılması sağlanır. Bu sebeple işitme taramasının ne zaman yapıldığının bilinmesi ve uygulanması çok önemlidir. İşitme taraması ile ilgili anket sorumuza hekimlerin %60'ının (n=99) doğru cevap verdiği ve doğru cevap veren hekim sayısının az olduğu görülmüştür. Dr. Yılmaz ve arkadaşlarının çalışmasında aile hekimlerinin çoğunluğunun işitme taraması hakkında net bir bilgiye sahip olmadığı görülmüştür, taramanın ne zaman yapıldığını doğru olarak bilen hekim sayısının oldukça az olduğu (%38,74) izlenmiştir

(46). İşitmeyle ilgili problem olması durumunda erken saptanabilmesi için hekimlere konuyla ilgili teorik ve pratik eğitimlerin artırılması ihtiyacı görülmüştür.

Bebeklerde topuk kanı ile görülme sıklığı yüksek olan genetik hastalıkların taraması yapılmaktadır. Doğru sonuç vermesi için topuk kanının hangi günler arasında alındığının bilinmesi önem taşımaktadır. Topuk kanı bakılma zamanını sorgulayan anket sorumuza hekimlerin %40,6'sı (n=67) doğru cevap verdiği görülürken, Dr. Yılmaz ve arkadaşlarının çalışmasında aile hekimlerinin %69,1'i (n=132) topuk kanı bakılma zamanını doğru cevapladığı görülmüştür (46). Bizim çalışmamızda başarı düzeyinin daha düşük izlenmesinin sebebi, anketimize henüz aile sağlığı merkezinde çalışmamış aile hekimliği asistanlarının da katılmış olması, diğer çalışmada ise hekimlerin hepsinin aile sağlığı merkezinde aktif çalışan aile hekimleri olması nedeninden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Demir, çocukların büyüme ve gelişmesinde büyük öneme sahiptir. Demir profilaksisi başlama zamanını sorgulayan anket sorumuza hekimlerin %67,3'ü (n=111) doğru cevap verdiği görülürken, Dr. Yılmaz ve arkadaşlarının çalışmasında aile hekimlerin büyük bir çoğunluğunun %85,34'ü (n=163) demir profilaksisi başlama zamanını doğru cevapladığı görülmüştür (46). Çalışmamızda ilgili soruda gösterilen başarı düzeyinin kısmen daha düşük izlenmesinin sebebi, anketimize henüz aile sağlığı merkezinde çalışmamış aile hekimliği asistanlarının da katılmış olması, diğer çalışmada ise hekimlerin hepsinin aile sağlığı merkezinde aktif çalışan aile hekimleri olması nedeninden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

GKD taramasının 30.-55. günler arasında aile hekiminleri tarafından yapılması zorunludur (5). GKD taramasının zamanını sorgulayan anket sorumuza hekimlerin %46,1'i (n=76) doğru cevap verdiği görülürken, Dr. Yılmaz ve arkadaşlarının çalışmasında bizim çalışmamızda olduğu gibi GKD taramasının zamanı konusunda hekimlerin %41,36 sı (n=79) doğru cevaplayarak yeterli bilgiye sahip olan hekim sayısının oldukça az olduğu görülmüştür (46). Çalışmamızın literatür ile uyumlu olduğu ve başarı düzeyinin ilgili soru kapsamında düşük olduğu tespit edilmiştir.

Aile hekimi tarafından 32. hafta ve/veya 1500 gr. altı doğan bütün bebeklerin prematüre retinopatisi muayenesi amacıyla bir göz hastalıkları uzmanına rutin olarak yönlendirilmesi önerilir (5). Bu konuyla ilgili anket sorumuza hekimlerin %90,3'ü (n=149) doğru cevap verdiği görülürken, Dr. Yılmaz ve arkadaşlarının çalışmasında

konuyla ilgili zamanını sorgulayan soruya hekimlerin %56,02'sinin (n=107) doğru cevap verdiği görülmüştür. İki çalışma arası bu farklılığın bizim anket sorumuzda hekimlerin ilgili soruya "Prematür retinopatisi muayenesi kapsamında 32. Hafta veya 1500 gr altı doğan bütün bebeklerin aile hekimleri tarafından bir göz hastalıkları hekimine rutin olarak yönlendirilmesi önerilir. Yukarıdaki önermenin doğru olup olmadığını belirtiniz." şeklinde doğru veya yanlış olarak cevaplanması istenirken diğer çalışmada "Prematüre retinopatisi muayenesi yapılması açısından hangi hafta ve ağırlıktaki bütün bebekler göz hastalıkları hekimine yönlendirilmelidir?" şeklinde prematür olma zamanının sorgulanması sebebiyle olduğu düşünülmüştür (46).

3-18 yaş grubu bütün çocuklarda kardiyovasküler olayların önlenmesi ve hipertansiyonun erken tespiti için yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçümü yapılmalıdır (5). Çocuklarda arteriyel tansiyon ölçümüyle ilgili olan anket sorumuza hekimlerin %84,2'si (n=139) doğru cevap verdiği görülürken, Dr. Yılmaz ve arkadaşlarının çalışmasında aile hekimlerin %39,79'u (n=76) çocuklarda arteriyel tansiyon ölçümü zamanını doğru cevapladığı görülmüştür. İki çalışma arası bu farklılığın bizim anket sorumuzda hekimlerin ilgili soruya "Hipertansiyon tanısının erken tespiti ve kardiyovasküler olayların önlenmesi amacıyla herhangi bir sebeple muayeneye gelen 3-18 yaş grubu bütün çocuklarda yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçümü yapılmalıdır. Yukarıdaki önermenin doğru olup olmadığını belirtiniz." şeklinde doğru veya yanlış olarak cevaplanması istenirken diğer çalışmada "Kan basıncı kaç yaşından itibaren yılda en az 1 kez ölçülmeye başlanmalıdır?" şeklinde çocuklarda arteriyel tansiyon ölçümü başlama yaşı sorgulanması sebebiyle olduğu düşünülmüştür (46).

Otizm spektrum bozukluklarının erken tespiti için 18-36. aylar arası çocuklar 3 gözlem maddesine göre değerlendirilmesi önerilir (5). Otizm spektrum bozukluklarının erken tespitiyle ilgili olan anket sorumuza hekimlerin %28,5'i (n=47) doğru cevap verdiği görülürken, Dr. Yılmaz ve arkadaşlarının çalışmasında çalışmamızla benzer şekilde aile hekimlerin %31,93'ü (n=61) ilgili soruyu doğru cevapladığı görülmüştür (46). Çalışmamızın literatür ile uyumlu olduğu tespit edilmiş ve bu durum, hekimlerin büyük çoğunluğunun otizm spektrum bozukluğu hakkında yeterince bilgi sahibi olmadığını göstermiştir. Bu konudaki eğitimlerin artırılması ihtiyacı doğduğu görülmüştür. Literatür incelendiğinde benzer şekilde İmran ve

arkadaşları tarafından Pakistanlı sağlık uzmanları arasında yapılan bir çalışmada otizm hakkında bilgi ve farkındalığın düşük olduğu ve bu bozukluğa ilişkin yanlış inançların erken teşhis ve zamanında sevkî tehlikeye atabileceği sonucu görülmüştür (47). Barbarisi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada pediatrik birinci basamak sağlık hizmeti klinisyenlerinin, otizmlî çocukların hem erken teşhisinde hem de devam eden yönetiminde önemli bir role sahip olduğunu ve bu nedenle, birinci basamak klinisyenlerinin otizm bilimi hakkında güncel bilgilere sahip olmasının çok önemli olduğunu belirtmiştir (48).

Kardiyovasküler olaylardan korumak amacıyla 45-65 yaş grubu erkeklerde ve iskemik inmenin önlenmesi amacıyla 55-65 yaş grubu kadınlarda günlük 81 mg aspirinin kullanımı önerilir (5). Erkek yaş grubu için profilaktik aspirin başlama zamanını sorgulayan anket sorumuza hekimlerin %25,5'i (n=42), kadın yaş grubu için profilaktik aspirin başlama zamanını sorgulayan anket sorumuza hekimlerin %49,1'i (n=81) doğru cevap verdiği görülürken, Dr. Altıntaş ve arkadaşlarının çalışmasında profilaktik aspirin kullanımı ile ilgili soruyu hekimlerin %72,7'sinin doğru cevap verdiği görülmüştür (43). Benzer şekilde Dr. Taydaş ve arkadaşlarının çalışmasında erkek yaş grubu için profilaktik aspirin başlama zamanını sorgulayan anket sorusuna hekimlerin %44,9'u (n=118), kadın yaş grubu için profilaktik aspirin başlama zamanını sorgulayan anket sorusuna hekimlerin %39,9'u (n=105) doğru cevap verdiği görülmüştür (44). Başka bir çalışmada hekimlerin %93'ü periferik damar hastalığı, %92'si koroner arter baypas grefti sonrası, %90'ı inme ve %95'i stabil anjina olan hastalara %81'i hastalarda atriyal fibrilasyon ve %85'i akut miyokard enfarktüsü varsa aspirin reçete ettiklerini bildirdiği görülmüştür. Aynı çalışmada kardiyovasküler hastalığı olmayan ancak bir veya daha fazla risk faktörü olan hastalarda, aile hekimlerinin %85-95'i aspirinin profilaktik kullanımını bildirdiği görülmüştür (49). Literatürde farklı bulgular olmakla beraber bizim çalışmamıza benzer sonuçlar izlenmiştir.

Diyabet, insülin eksikliği ya da insülin etkisindeki defektler nedeniyle devamlı tıbbî bakım ihtiyacı oluşturan, akut ve kronik komplikasyonları olan bir metabolizma bozukluğudur. Diyabetin, akut komplikasyon riskini azaltmak ve kronik komplikasyonlarından korunmak için sağlık çalışanları ve hastaların sürekli eğitimi mecburidir (50). Diyabetes mellitus için taramasında risk faktörlerini sorgulayan anket

sorumuza hekimlerin %93,3'ü (n=154) doğru cevap verdiği görülürken, Dr. Altıntaş ve arkadaşlarının çalışmasında diabetes mellitus taraması ile ilgili soruyu hekimlerin %82,9'unun (n=179) doğru cevap verdiği görülmüştür (43). Çalışmamızın literatür ile uyumlu olduğu tespit edilmiştir. Literatür taramasında Tseng ve arkadaşlarının birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcılarının prediyabet taramasını başlatması gereken risk faktörlerini, prediyabet hakkındaki tutum ve inançlarını inceleyen çalışmasında; birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcıların %6'sının prediyabet taramasını başlatması gereken tüm risk faktörlerini doğru bir şekilde tanımladığı görülmüştür (51).

Toplumda tiroid fonksiyon bozuklukları büyük sıklıkta görülmektedir. Duygu durum değişiklikleri, saç dökülmesi, yorgunluk, obezite gibi sık rastlanan sağlık sorunlarında düşünülmesi gereken durumların başında tiroid fonksiyon bozuklukları gelmekte ve tiroid fonksiyon testleri istenmektedir (50). Tiroid fonksiyon testlerinin istenme periyodunu sorgulayan anket sorumuza hekimlerin %19,4'ünün (n=32) doğru cevap verdiği görülürken, Dr. Taydaş ve arkadaşlarının çalışmasında tiroid fonksiyon testlerini taramaya başlama yaşını sorgulayan anket sorusuna hekimlerin %57'sinin (n=150) doğru cevap verdiği görülmüştür (44). İki çalışma arası bu farklılığın bizim anket sorumuzda hekimlerin ilgili soruya “Kaç yılda bir Tiroid Fonksiyon Testlerinin (TSH) yapılması önerilir.” şeklinde cevaplanması istenirken diğer çalışmada “Başvuru sebebinden bağımsız olarak kaç yaşından itibaren tiroid fonksiyon testleri yapılmalıdır?” şeklinde tiroid fonksiyon testi başlama yaşı sorgulanması sebebiyle olduğu düşünülmüştür. Çalışmamızda tiroid fonksiyon testleri taramasıyla ilgili soruyu doğru cevaplama oranlarına bakıldığında daha önce aile sağlığı merkezinde çalışanların çalışmayanlara göre, periyodik sağlık muayeneleri hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünen hekimlerin düşünmeyenlere göre daha yüksek doğru cevaplama oranlarına sahip olduğu ve aile hekimliği asistanlığında çalışma süresi arttıkça doğru cevaplama oranlarının arttığı görülmüştür. Dr. Altıntaş ve arkadaşlarının çalışmasında 29 yaş ve altındakiler; 29 yaş üzerinelere göre, 2013 yılı ve sonrasında mezun olanlar öncesinde mezun olanlara göre ve aile hekimliği asistanları SAHU eğitimi alan hekimlere göre anlamlı şekilde daha yüksek doğru cevaplama oranlarına sahip olduğu görülmüştür (43).

Dünya ve ülkemiz kadınlarında en sık görülen kanser meme kanseridir (52,53). Meme kanseri taramasıyla ilgili anket sorumuza hekimlerin %45,5'i (n=75) doğru cevap verdiği görülürken, Dr. Altıntaş ve arkadaşlarının çalışmasında meme kanseri taraması ile ilgili soruyu hekimlerin %27,8'i (n=60) doğru cevap verdiği görülmüştür (43). Benzer şekilde Dr. Taydaş ve arkadaşlarının çalışmasında konuyla ilgili anket sorusuna hekimlerin %47,9'u (n=126) doğru cevap verdiği görülmüştür (44). Meissner ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ankete katılan birinci basamak hekimlerin %80'i 50 yaş ve üzeri ortalama riskli kadınlar için mamografinin kanser mortalitesini azaltmada çok etkili olduğunu ve %54'ü 40-49 yaş arası kadınlar için çok etkili olduğunu bildirdiği görülmüştür (54). Nachtigal ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada birinci basamak sağlık hekimlerin, 40-49 yaş arası hastalarda, %75,6'sı klinik meme muayenesi yaptığı ve %58,5'i kendi kendine meme muayenesi önerdiği; 50 yaş üstü kadınlarda %78,7'si klinik meme muayenesi yaptığı ve %61,2'si kendi kendine meme muayenesi önerdiği görülmüştür (55). Çalışmamızda meme kanseri taramasıyla ilgili soruyu doğru cevaplama oranlarına bakıldığında periyodik sağlık muayeneleri hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünen hekimlerin düşünmeyenlere göre daha yüksek doğru cevaplama oranlarına sahip olduğu, aile hekimliği asistanlığında çalışma süresi arttıkça doğru cevaplama oranlarının arttığı görülmüştür. Dr. Altıntaş ve arkadaşlarının çalışmasında kronik hastalığı olan hekimlerin olmayanlara göre anlamlı ölçüde daha yüksek doğru cevaplama oranlarına sahip olduğu görülmüştür (43). Literatürde farklı bulgular olmakla beraber bizim çalışmamıza benzer sonuçlar izlenmiştir.

Kolorektal kanser, dünya çapında en sık teşhis edilen üçüncü ve Avrupa'da ikinci kanserdir (56). Erkeklerde, akciğer ve prostat kanserlerinden sonra insidans açısından üçüncü sırada ve kadınlarda meme kanserinden sonra ikinci sırada yer almaktadır (56). Görülme sıklığı yüksek olan kolorektal kanser tarama zamanıyla ilgili anket sorumuza hekimlerin %82,4'ü (n=136) doğru cevap verdiği görülürken, Dr. Altıntaş ve arkadaşlarının çalışmasında kolorektal kanser taraması ile ilgili soruyu hekimlerin %43,1'i (n=93) doğru cevap verdiği görülmüştür (43). Dr. Taydaş ve arkadaşlarının çalışmasında konuyla ilgili anket sorusuna hekimlerin %29,3'ü (n=77) doğru cevap verdiği görülmüştür (44). Üç çalışma arasındaki bu farklılığın çalışmamıza katılan hekimlerin konuyla alakalı farkındalık düzeylerinin daha yüksek

olması sebebiyle olduğu düşünülmüştür. Literatür çalışmalarında kolorektal kanser taramasından yeterince yararlanılmadığı ve önleyici politikalarda eksiklik olduğu ve bununla birlikte Amerika Birleşik Devletleri'nde, taramanın yaygın olarak uygulanmasının ardından insidans ve mortalitede önemli bir azalma olduğu, ancak taramanın genel kullanımı hala ulusal standartların altında olduğu görülmüştür (57).

Serviks kanseri az gelişmiş ülkelerde kadınlarda en sık teşhis edilen ikinci kanser ve kanser ölümlerinin üçüncü önde gelen nedenidir (56). Serviks kanseri taramasıyla ilgili anket sorumuza hekimlerin %37'si (n=61) doğru cevap verdiği görülürken, Dr. Altıntaş ve arkadaşlarının çalışmasında serviks kanseri taraması ile ilgili soruya hekimlerin %28,7'sinin doğru cevap verdiği görülmüştür (43). Benzer şekilde Dr. Taydaş ve arkadaşlarının çalışmasında serviks kanseri taraması ile ilgili anket sorusuna hekimlerin %21,7'si (n=57) doğru cevap verdiği görülmüştür (44). Çalışmamızın literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür. Nilaweera ve arkadaşları Sri Lanka'nın 6 ilçesinden seçilen halk sağlığı ebeleri (%68,9) dahil 219 kadın sağlık çalışanı arasında kesitsel bir anket yapılmıştır. Bu çalışma sonuçlarına göre %76.3'ünün Pap smear testinin kanser öncesi evreyi tespit ettiğini bildiği, 169 evli işçinin %73.4'ü hiç Pap smear yaptırmadığı ve kadın sağlık çalışanlarının serviks kanseri tarama yöntemlerine ilişkin bilgi ve uygulamalarının geliştirilmesi gerektiği görülmüştür (58). Çalışmamızda serviks kanseri taramasıyla ilgili soruyu doğru cevaplama oranlarına bakıldığında periyodik sağlık muayeneleri hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünen hekimlerin düşünmeyenlere göre, periyodik sağlık muayenesi hakkında eğitim aldığını söyleyen hekimlerin almayanlara göre, daha önce aile sağlığı merkezinde çalışan hekimlerin çalışmayanlara göre daha yüksek doğru cevaplama oranlarına sahip olduğu, aile hekimliği asistanlığında çalışma süresi arttıkça doğru cevaplama oranlarının arttığı görülmüştür. Dr. Altıntaş ve arkadaşlarının çalışmasında 29 yaş üstündeki hekimler altındakilere göre, 2013 yılından önce mezun olan hekimler sonrasında mezun olanlara göre, birinci derece akrabasında kanser tanısı olan hekimler olmayanlara göre ve SAHU eğitimi alan hekimler asistan hekimlere göre daha yüksek doğru cevaplama oranlarına sahip olduğu görülmüştür (43). Çalışmamız literatür ile uyumlu olduğu izlenmiştir.

Dünya genelinde erkeklerde prostat kanseri en sık görülen ikinci kanserdir (56). Prostat kanseri taramasıyla ilgili anket sorumuza hekimlerin %45,5'nin (n=75)

doğru cevap verdiği görülürken, Dr. Altıntaş ve arkadaşlarının çalışmasında prostat kanseri taraması ile ilgili soruyu hekimlerin %28,7'sinin doğru cevap verdiği görülmüştür (43). Benzer şekilde Dr. Taydaş ve arkadaşlarının çalışmasında prostat kanseri taraması ile ilgili anket sorusuna hekimlerin %49,8'inin (n=131) doğru cevap verdiği görülmüştür (44). Tasyan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada birinci basamak hekimlerin %98'inin Afrikalı-Amerikalı ırkını prostat kanseri için risk faktörü olarak tanımladığı, %42'sinin tarama yöntemi olarak dijital rektal muayene ve PSA'yı belirlediği, %59'unun PSA düzeyi > 4 ng/ml olan bir erkekte prostat kanseri olasılığını hafife aldığı; %19'unun prostat kanseri konusundaki bilgilerine güvendiği; %86'sının 50 yaşın üzerindeki erkek hastalarının %60'ından daha azını taradığı görülmüştür (59). Çalışmamızın literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür.

Çok yönlü geriatrik değerlendirme ile 65 yaş üzeri yetişkinlerde erken tedavi ve bakım planlanması yapılmaktadır. Çok yönlü geriatrik değerlendirme kapsamında uygulanan testler ile ilgili anket sorumuza hekimlerin %57'sinin (n=94) doğru cevap verdiği görülmüştür. Literatür incelendiğinde birinci basamakta başlatılabilecek uygun müdahalelerin, hızla yaşlanan toplumumuzda dayanıklılık oluşturulabileceği ve kırılabilirlikle mücadele etmeye yardımcı olabileceği görülmüştür (60).

Çalışmamıza katılan hekimlerin anket toplam puan ortalaması  $58,10 \pm 14,21$  olduğu, bilgi düzeyi puan ortalamasının düşük olduğu görülmüştür. Benzer şekilde Dr. Altıntaş ve arkadaşlarının çalışmasında bilgi düzeyi puan ortalamasının  $45,31 \pm 13,50$  olduğu görülmüştür (43). Aynı şekilde Dr. Yılmaz ve arkadaşlarının çalışmasında aile hekimlerinin çocukluk dönemindeki periyodik sağlık muayenesi ve tarama testleri hakkındaki toplam bilgi düzeyi ortalaması 24 puan üzerinden  $13,5 \pm 3,2$  olduğu görülmüştür (46).

Çalışmamıza katılan hekimlerin bilgi düzeyi toplam puanları ile asistanlık yaptığı kuruluş arasında anlamlı bir fark saptanmazken, aile hekimliği asistanlığında çalışma süresi ile bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Üç yıl ve üzeri aile hekimliği asistanı olan katılımcıların en yüksek toplam puan ortalamalarına sahip olduğu görülmüştür. Katılımcıların bilgi düzeyi toplam puanları ile meslekte çalıştıkları yıl korelasyon değerlendirildiğinde aynı yönde orta düzeyde anlamlı korelasyon bulunmuştur ve meslek hayatında 5, 6 ve 7. yıllarında bulunan hekimlerin en yüksek puanları aldıkları görülmüştür. Bu durumda bilgilerin zamanla

unutulabilmesi nedeniyle tarama testleri hakkında güncel bilgilerin hekimlerce belirli aralıklarda tekrar edilmesi gerektiğini göstermiştir. Dr. Altıntaş ve arkadaşlarının çalışmasında en yüksek bilgi düzeyi puanı 2 yılın üzerinde eğitim almış aile hekimliği asistanları olduğu görülmüştür (43). Bu durum aile hekimliği uzmanlık eğitim müfredatında periyodik sağlık muayenesi ve tarama testlerinin önemini göstermiştir. Özellikle periyodik sağlık muayenesi ve tarama testlerinin daha fazla uygulanma fırsatı bulduğu asistanlığın son yılında başarı puanlarının daha yüksek olması, pratik eğitimin önemini göstermiştir.

Katılımcıların bilgi düzey toplam puanları ile daha önce aile sağlık merkezinde çalışma durumu, periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri uygulaması konusunda eğitim alma durumu, periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünme durumu arasında anlamlı bir ilişki saptandı. Daha önce aile sağlık merkezinde çalışan hekimlerin toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamızdan elde ettiğimiz bu sonuç, konuyla ilgili pratik uygulamanın önemini göstermiştir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin toplam puanlarını en fazla etkileyen faktörleri incelediğimizde; Aile hekimliği asistanlığında toplam çalışma süresi ve meslek yılı faktörlerinin ön plana çıktığı, bu iki faktörün eğitimin ve pratik uygulamanın başarıdaki önemini göstermiştir. Bu sebepten dolayı konuyla ilgili teorik ve pratik eğitimlerin önemi görülmüştür.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İzmir ilinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi almakta olan asistan hekimlerin periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri hakkındaki bilgi düzeyinin belirlenmesini amaçlayan bu çalışma sonucunda elde edilen verilerle aile hekimliği uzmanlık eğitimi müfredatında periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri ile ilgili yer alabilecek teorik ve pratik eğitimlerin artırılması gerektiği görülmüştür. Aile Hekimliği uygulamasında önerilen periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri hakkındaki bilgi düzeyi toplam puanları en az 17 ve en çok 100 olmak üzere ortalama toplam puanları  $58,10 \pm 14,21$  olarak hesaplanmıştır. Çalışmamıza katılan İzmir ilinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi almakta olan asistan hekimlerin aile hekimliği uygulamasında periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri rehberinde önerilen işitme taraması, topuk kanı bakılma zamanı, gelişimsel kalça displazisi tarama zamanı, otizm spektrum bozukluğu taraması, aspirin başlama zamanı, tiroid hastalıkları tarama zamanı, meme kanseri taraması, prostat kanseri taraması, serviks kanseri taraması, çok yönlü geriatrik değerlendirme testleri, erişkin bağışıklama programı konularıyla ilgili anket sorularımıza verilen cevaplarda doğru cevap verme oranının düşük olduğu görülmüştür. Bu durum aile hekimliği asistanlık sürecinde birçok ciddi komplikasyonlar oluşturabilecek ve mortalite/morbidite ihtimali yüksel olan hastalıkların erken teşhisi için hayati öneme sahip olan periyodik sağlık muayenesi ve tarama testleri ile ilgili tüm teorik ve pratik eğitimlerin gözden geçirilmesi, artırılması, başarı puanlarındaki düşüklüğün sebeplerinin araştırılması ve eksiklerin giderilmesi gerektiği görülmüştür.

Çalışmamızda İzmir'deki aile hekimliği asistanlarının periyodik sağlık muayenesi ve tarama testleri bilgi düzeyini değerlendirirken tabakalandırma yapılmamıştır. Çalışmamıza katılan hekimlerin toplam puanlarını en fazla etkileyen faktörleri incelediğimizde; Aile hekimliği asistanlığında toplam çalışma süresi ve meslek yılı faktörlerinin ön plana çıktığı, bu iki faktörün eğitimin ve pratik uygulamanın başarıdaki önemini göstermiştir. Katılımcıların bilgi düzeyi toplam puanları ile cinsiyeti, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Çalışmamıza katılan kadın hekimlerin erkek hekimlere kıyasla, evli hekimlerin bekar hekimlere kıyasla, çocuk sahibi olan hekimlerin olmayan hekimlere kıyasla toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu

görülmüştür. Katılımcıların bilgi düzeyi toplam puanları ile asistanlık yaptığı kuruluş arasında anlamlı bir fark saptanmazken, aile hekimliği asistanlığında çalışma süresi ile bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Üç yıl ve üzeri aile hekimliği asistanı olan katılımcıların en yüksek toplam puan ortalamalarına sahip olduğu görülmüştür. Katılımcıların bilgi düzeyi toplam puanları ile meslekte çalıştıkları yıl korelasyon değerlendirildiğinde aynı yönde orta düzeyde anlamlı korelasyon bulundu ve meslek hayatında 5., 6. ve 7. yıllarında bulunan hekimlerin en yüksek puanları aldıkları görülmüştür. Bu durum bilgilerin zamanla unutulabileceğini, periyodik muayene ve tarama testleri hakkında güncel bilgilerin hekimlerce belirli aralıklarda tekrar edilmesi gerektiğini göstermiştir. İzmir ilindeki anketimize katılan aile hekimliği asistanlarının bilgi düzeyi toplam puanları ile daha önce aile sağlık merkezinde çalışma durumu, periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri uygulaması konusunda eğitim alma durumu, periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünme durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanması en önce eğitimin önemini göstermektedir. Daha önce aile sağlık merkezinde çalışan hekimlerin toplam puan ortalamalarının daha yüksek olması tecrübenin ve pratiğin önemini göstermektedir.

Ayrıca hekimlerin sadece çalışmamıza dahil olması bile periyodik sağlık muayenesi ve tarama testleri konusunda farkındalıklarını artırmış, eksiklerini görmelerini sağlamış ve periyodik sağlık muayenesi ve tarama testlerinin hastanın hayatında ne kadar önemli olduğunu tekrar hatırlatmıştır.

Aile hekimlerinin uygulamalarını artırarak geliştirmek, bilgi düzeylerini arttırmak, güncel kalmalarını sağlamak hastalıklarla mücadelede kritik öneme sahiptir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi almakta olan hekimlerin periyodik sağlık muayenesi ve tarama testleri konusunda bilgi düzeylerini arttıracak etkenler saptanmalı ve eğitim süreçleri mümkün olduğunca iyileştirilmelidir.

## 7. ÖZET

### İZMİR'DEKİ AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ PERİYODİK SAĞLIK MUAYENELERİ VE TARAMA TESTLERİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

**AMAÇ:** Asistan hekimlerin periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri konusunda bilgi düzeylerini ve etkileyen faktörleri incelemek, çalışma sonuçlarına göre eğitim müfredatının geliştirilmesine katkıda bulunabilmektedir.

**GEREÇ ve YÖNTEM:** Tanımlayıcı kesitsel nitelikte olan çalışmamıza İzmir ilindeki aile hekimliği uzmanlık eğitimini almakta olan, gönüllülük esaslı gözetilerek, asistan hekimlere Google forms aracılığı ile ulaşıp sosyodemografik özelliklerini ve araştırmacılar tarafından hazırlanan anket sorularını cevaplamaları istenmiştir. Örneklem büyüklüğü NCSS/PASS programı aracılığıyla minimum 158 kişi olarak hesaplanmıştır. Çalışmada tanımlayıcı analizler sayısal değişkenler için ortalama, ortanca, standart sapma, en küçük –en büyük değer; kategorik değişkenler için sayı, oran, yüzde kullanılarak sunulmuştur. Verilerin normal dağılımı uyumu Kolmogorov Smirnov ile test edilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalarda, değişken özelliğine uygun olarak, Ki-kare, kesin ki-kare, Mann Whitney-U kullanılmış ve p değerinin 0,05 'in altında olduğu değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

**BULGULAR :** Çalışmaya toplam katılan 165 kişiden %65,5'inin kadın, %78.8'i 25-29 yaş grubunda, meslekte geçirdikleri süre ortalama  $4,13 \pm 2,04$  (median:4, min:1, max:14) yıldır. Katılımcıların anket sorularından aldıkları ortalama toplam puanları  $58,10 \pm 14,21$  olarak hesaplanmıştır. Çalışmamıza katılan hekimlerin toplam puanlarını en fazla etkileyen faktörler: Aile hekimliğinde toplam çalışma süresi, meslek yılı, medeni durum ve cinsiyet olarak bulunmuştur.

**SONUÇ:** Periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri konusunda aile hekimliği uzmanlık eğitim müfredatında yer alabilecek teorik ve pratik eğitimlerin artırılması gerekli olduğu görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** aile hekimliği, periyodik sağlık muayenesi ve tarama testleri, bilgi düzeyi

## **8. ABSTRACT**

### **INVESTIGATION OF THE KNOWLEDGE LEVEL OF FAMILY MEDICINE RESIDENTS IN IZMIR ON PERIODIC HEALTH EXAMINATIONS AND SCREENING TESTS**

**AIM:** To determine the level of knowledge of family medicine resident doctors about periodic health examinations and screening tests, and to contribute to the development of the training curriculum according to the results of the study.

**MATERIAL AND METHOD:** In our descriptive cross-sectional study, residents who are receiving family medicine specialization training in İzmir province, on a voluntary basis, were contacted via Google forms and asked to answer their sociodemographic characteristics and survey questions prepared by the researchers. The sample size was calculated as a minimum of 158 people through the NCSS/PASS program. In the study, descriptive analyzes were used for numerical variables as mean, median, standard deviation, minimum – maximum value; For categorical variables, numbers, ratios and percentages are used. The normal distribution fit of the data was tested with Kolmogorov Smirnov. Chi-square, exact chi-square, Mann Whitney-U were used in the comparisons between groups, in accordance with the variable characteristic, and the values below 0.05 were considered statistically significant.

**RESULTS:** Of the 165 people who participated in the study, 65.5% were women, 78.8% were in the 25-29 age group, and the average time they spent in the profession was  $4.13 \pm 2.04$  (median:4, min:1, max:14) years. . The average total score of the participants from the survey questions was calculated as  $58.10 \pm 14.21$ . The factors that most affected the total scores of the physicians participating in our study were: Total working time in family medicine, years of occupation, marital status and gender.

**CONCLUSION:** Increasing the theoretical and practical training that can be included in the family medicine specialty training curriculum about periodic health examinations and screening tests was found to be necessary.

**Keywords:** family medicine, periodic health examination and screening tests, level of knowledge.

## 9. KAYNAKLAR

1. Rakel RE. The Family Physician. Grimm KJ, Diebold MM. The periodic health examination. Kelly RB, Falvo DR. Patient Education. Rakel RE. The problem oriented medical record. In: Rakel RE, ed. Textbook of Family Practice. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2002;3–18, 159–209, 253–61, 1587–602.
2. Mazıcıoğlu, M. ve Uzuner, A. (2014). Periyodik Sağlık Muayenesi. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Aile Hekimliği Birinci Aşama Uyum Eğitimi Kurs Notları (s. 113-135), Ankara.
3. Milone, S. D. and Milone S. L. (2006). Evidence-Based Periodic Health Examination of Adults. Canadian Family Physician, 52, 40-47.
4. İğde, F. A. ve Gürz, A. A. Periyodik Muayenede Taramalar. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine, 2013; 4 (5), 43-48.
5. Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri [Internet]. 1st ed. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu; 2015. 75 p. Available from: <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/12286,201506-ah-uygulam>.
6. Çağlayaner H. Temel kavramlar ve tarihsel perspektif. Aile Hekimliği. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul: İletişim Yayınları; 1995. 17–20 p.
7. Allen J, Gay B, Paris F, Crebolder H, Catholic JH, Svab I. The Role of the General Practitioner and A description of the Core Competencies of the General Practitioner / Family Physician. Prepared for WONCA EUROPE (The European Society of General Practice/ Family Medicine), 2002.
8. Parlak A, Özenç S, Arslan E. Aile Hekimliği Disiplini [Internet]. [cited 2021 Feb 14]. Available from: <http://www.jcam.com.tr/files/KATD-1567.pdf>
9. The European definition of General Practice/Family Medicine. WONCA Europe. Barcelona: WONCA Europe Office Publication; 2002. p. 4–6, 7–43.

10. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği [Internet]. Resmi Gazete, 28539. 2013 [cited 2021 Feb 14]. Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=17051&mevzuatTur=KurumVeKurulusYonetmeliği&mevzuatTertip=5>
11. Making medical practice and education more relevant to people's needs: The contribution of the family doctor WHO-WONCA 1994 conference: The contribution of the family doctor. 6-8 Nov 1994, London, Ontario, Canada, Geneva World Health Organization 1995. In.
12. McWhinney IR. The origins and principles of family medicine. A Textbook of Family Medicine. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1997. p. 3-28.
13. Algın K, Şahin İ, Top M. Türkiye'de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2004;7(3):249-275.
14. Ünlüoğlu İ. Dünya'da ve Türkiye'de Aile Hekimliğinin Gelişimi. Aktüel Tıp Dergisi. 2004;9(6):5-9.
15. Kantarcı Y. Aile Hekimliği Uygulamasının Hasta Sağlığı Üzerine Etkisi: Nurdağı Aile Sağlığı Merkezi Örneği. Kahramanmaraş-2015 (Yüksek Lisans Tezi).
16. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları. Ankara-2008. ISBN:978-975- 590-273-9.
17. T.C.Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Türkiye Modeli. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları. Ankara-2004.
18. T.C. Sağlık Bakanlığı-TUK. Aile Hekimliği Çekirdek Müfredatı. Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi. Ankara-2017.
19. Aydın S. Aile Hekimliği Türkiye Modeli. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını; 2004. p. 51-7.

20. Taylor RB. Current issues and future practice. In: Taylor RB, David AK, Johnson TA, Phillips DM, Scherger JE, eds. Family Medicine. Principles and Practice. 5th ed. New York: Springer-Verlag Pres; 1998. p.1-6.
21. WHO (World Health Organization). (2010). Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
22. WHO (World Health Organization). (2009). Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
23. Hengstler, P., Battegay, E., Cornuz, J., Bucher, H. ve Battegay, M. (2002). Evidence For Prevention And Screening: Recommendations In Adults. Swiss Med Wkly, 132, 363-373.
24. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2014b). Aile Hekimliği uygulamasının amacı nedir?, Erişim Tarihi: 21.02.2021, [www.ailehekimligi.gov.tr](http://www.ailehekimligi.gov.tr).
25. Schneider RF. A Review of the Value of Periodic Health Examinations. Occup. Med., April 1961; 11: 27-36.
26. Holland, W. Periodic Health Examination –A Brief History And Critical Assessment. Eurohealth, 2009;15 (4), 16-20.
27. Han, P. K. Historical Changes In The Objectives Of The Periodic Health Examination. Annals of Internal Medicine, 1997; 127 (19), 910-917.
28. Aktürk, Z., Dağdeviren, N. ve Yorulmaz, F. Periyodik Sağlık Muayeneleri. İlaç ve Tedavi Dergisi, 2002; 15(3), 103-108.
29. Frame, P.S. and Carlson, S. J. A Critical Review Of Periodic Health Screening Using Specific Screening Criteria. The Journal of Family Practice, 1975; 2 (1), 29-36.

30. Canadian Task Force on Preventive Health Care. The Canadian Task Force History. 2010. <http://canadiantaskforce.ca/about-us/history/>.
31. USPSTF (U.S Preventive Services Task Force). About the USPSTF. 2014. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/about-the-uspstf>.
32. AAFP (American Academy of Family Physicians). Summary of Recommendations for Clinical Preventive Services. 2014. <http://www.aafp.org/patient-care/clinical-recommendations/a-z.html>.
33. Summary of recommendations for clinical preventive services, AAFP, 2 January 2016. [http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient\\_care/clinical\\_recommendations/cps-recommendations.pdf](http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/clinical_recommendations/cps-recommendations.pdf) adresinden 28.02.2021 tarihinde erişilmiştir.
34. U.S. Preventive Services Task Force Grade Definitions. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grades.htm> adresinden 28.02.2021 tarihinde erişilmiştir.
35. Akdeniz, M., Aşık, Z. ve Yaman, H. Periyodik Sağlık Muayenesi. Gerontoloji Yönelimli Aile Hekimliği Dergisi, 2010; 1 (1), 69-84.
36. Wilson, J. ve Jungner, G. Principles And Practice Of Screening For Disease, Geneva: World Health Organization, 1968; Rapor No: 34.
37. Mulley, C. ve Albert, G. Periodic Health Evaluation. Humes, H. D. ve Dupont, H. L. (Ed.), Kelley's Textbook of Internal Medicine, 2000; 164-168.
38. Harris, R. P., Helfand, M., Woolf, S. H., Lohr, K. N., Mulrow, C.D., Teutsch, S. M. ve Atkins, D. Current Methods of the Task Force: A Review of the Process. American Journal Of Preventive Medicine, 2001; 20 (3), 21-35.
39. Dreeben, O. Significance Of Patient Education For Health Care And Rehabilitation, Patient Education in Rehabilitation, 2010; 3-8.
40. U.S Preventive Services Task Force 2019.

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations-by-date/#more>.

41. Miyazaki K, Sato J, Mukohara K, Kitamura K, Saito S, Ban N. Attitudes of Japanese Primary Care Physicians Toward Publicly Endorsed Periodic Health Examination: A Cross Sectional Survey. *Asian Pacific Journal Cancer Prevention* 2007; 8(2): 258-26.
42. Prochazka AV, Lundahl K, Pearson W, Oboler SK, Anderson RJ. Support of Evidence-Based Guidelines for the Annual Physical Examination. *Archives of Internal Medicine* 2005; 165(12): 1347-1352.
43. Altıntaş H. Tipta uzmanlık tezi ankara-2018. 2018;
44. Taydaş O. Hekimlerin periyodik sağlık muayeneleri hakkındaki bilgi düzeyi ve davranışları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının birlikte değerlendirilmesi. 2020;
45. Enstit SB, Dal A, Tugay D, Ankara LT. Aile hekimlerinin periyodik muayene rehberine yönelik bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. 2015;
46. Yılmaz T, Şencan İ, Yılmaz TE, Kasım İ, Kaya A, Kahveci R, et al. The Assessment of Knowledge Levels and Practices of Family Physicians Practicing in Family Health Centers in Ankara with Regard to Well Child Follow-up. *Ankara Med J.* 2018;(3).
47. Imran N, Chaudry MR, Azeem MW, Bhatti MR, Choudhary ZI, Cheema MA. A survey of Autism knowledge and attitudes among the healthcare professionals in Lahore, Pakistan. *BMC Pediatr.* 2011 Nov 22;11(107).
48. Barbaresi WJ, Katusic SK, Voigt RG. Autism: A review of the state of the science for pediatric primary health care clinicians. Vol. 160, *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine.* American Medical Association; 2006. p. 1167–75.
49. Omari M Al, Khader Y, Al-azzam SI, Dauod AS, Khassawneh AH, Alomari N,

- et al. Knowledge, attitudes and current practice of Jordanian family physicians about prescribing aspirin in primary and secondary prevention of vascular diseases: a self-reported survey. *Eur J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2012 Mar 1 [cited 2021 Jul 8];11(1):9–13. Available from: <https://academic.oup.com/eurjcn/article/11/1/9/5931957>
50. TÜRKİYE ENDOKRİNOLOJİ VE METABOLİZMA DERNEĞİ | KILAVUZLAR [Internet]. [cited 2021 Jul 12]. Available from: <https://temd.org.tr/kilavuzlar>
51. E T, RC G, P O, HC Y, MM M, JM C, et al. Survey of primary care providers' knowledge of screening for, diagnosing and managing prediabetes. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2017 Nov 1 [cited 2021 Jul 11];32(11):1172–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28730532/>
52. World Health Organization. Cancer Control Programme, Department of Chronic Diseases and Health Promotion. Breast cancer: Prevention and control. Erişim adresi: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index1.html> Erişim tarihi: 12.07.2021.
53. World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington DC: AICR, 2007. Erişim adresi: <http://eprints.ucl.ac.uk/4841/1/4841.pdf>. Erişim tarihi:
54. Meissner HI, Klabunde CN, Han PK, Benard VB, Breen N. Breast cancer screening beliefs, recommendations and practices. *Cancer* [Internet]. 2011 Jul 15 [cited 2021 Jul 12];117(14):3101–11. Available from: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cncr.25873>
55. Nachtigal E, LoConte NK, Kerch S, Zhang X, Parkes A. Variation in Breast Cancer Screening Recommendations by Primary Care Providers Surveyed in Wisconsin. *J Gen Intern Med* 2020 359 [Internet]. 2020 Jun 3 [cited 2021 Jul 12];35(9):2553–9. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-020-05922-y>

56. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global kanser istatistikleri, 2012. CA Cancer J Clin. 2015; 65 :87–108.
57. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) Hayati belirtiler: Kolorektal kanser taraması, insidansı ve mortalitesi -- Amerika Birleşik Devletleri, 2002-2010. MMWR Morb Mortal Wkly Temsilcisi 2011; 60 :884-889.
58. Asya Pasifik Kanser Önleme Dergisi [Internet]. [cited 2021 Jul 13]. Available from:  
<http://journal.waocp.org/?sid=Entrez:PubMed&id=pmid:22799304&key=2012.13.4.1193>
59. Tasian GE, Cooperberg MR, Cowan JE, Keyashian K, Greene KL, Daniels NA, et al. Prostate specific antigen screening for prostate cancer: Knowledge of, attitudes towards, and utilization among primary care physicians. Urol Oncol Semin Orig Investig. 2012 Mar 1;30(2):155–60.
60. Chen CY, Gan P, How CH. Approach to frailty in the elderly in primary care and the community. Singapore Med J. 2018 May 1;59(5):240–5.

## 10. EKLER

### 10.1. EK 1: Periyodik Sağlık Muayeneleri Ve Tarama Testleri Bilgi Düzeyi Anketi İZMİR'DEKİ AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ PERİYODİK SAĞLIK MUAYENELERİ VE TARAMA TESTLERİ BİLGİ DÜZEYİNİN İNCELENMESİ

#### DEMOGRAFİK SORULAR

1.Yaşınız.....

2.Cinsiyetiniz

a. Kadın ( ) b.Erkek ( )

3. Medeni durumunuz nedir?

a.Evli ( ) b.Bekar ( )

4.Bebek yada çocuk sahibi misiniz?

a.Evet ( ) b.Hayır ( )

5.Tıp fakültesinden mezuniyet yılı belirtiniz.....

6.Asistanlık yaptığınız kuruluş, tam ismiyle yazınız.

a.

b.

7.Aile hekimliği asistanlığında toplam çalışma süreniz

a.0-1 Yıl ( )

b.1-2 Yıl ( )

c.2-3 Yıl ( )

d.3 yıldan fazla ( )

8.Daha önce aile sağlığı merkezinde çalıştınız mı?

a.Evet ( )      b.Hayır ( )

9. Aile hekimliğinde periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri uygulaması konusunda bir eğitim aldınız mı?

a.Evet ( )      b.Hayır ( )

10.Periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?

a.Evet      b.Hayır

**İZMİR'DEKİ AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ PERİYODİK SAĞLIK  
MUAYENELERİ VE TARAMA TESTLERİ BİLGİ DÜZEYİNİN  
İNCELENMESİ**

**ANKET SORULARI**

1) İşitme taraması testinin bebek doğduktan sonraki ilk 72 saat içerisinde, taburcu olmadan önce hastanede yapılması gerekmektedir. ....ay içinde taramanın tamamlanması gerekir. Kaç ay içerisinde işitme taramasının tamamlanması gerekir ?

A) 1

B) 2

C) 3

D) 4

2) Bebeklerde topuk kanı hangi günler içinde bakılır?

a) 1-3 .günler

b) 3-5. günler

c) 5-7 .günler

d) 1-5. günler

3) Zamanında doğan bir bebekte demir proflaksisi ne zaman başlanır ?

A) 1. Ay

B) 2. Ay

C) 3. Ay

D) 4.Ay

4) Gelişimsel kalça displazisi taraması kapsamında aile hekimince 4. İzlem olarak geçen ve yapılması zorunlu olan zaman dilimi bebeğin kaçınıcı günleri arasındadır ?

- A) 10-35. Gün arası
- B) 20-45. Gün arası
- C) 30-55. Gün arası
- D) 40-65. Gün arası

5) Doğru veya yanlış olarak işaretleyiniz

Prematür retinopatisi muayenesi kapsamında 32. Hafta veya 1500 gr altı doğan bütün bebeklerin aile hekimleri tarafından bir göz hastalıkları hekimine rutin olarak yönlendirilmesi önerilir

- A) Doğru
- B) Yanlış
- 6) Doğru veya yanlış olarak işaretleyiniz.

Hipertansiyon tanısının erken tespiti ve kardiyovasküler olayların önlenmesi amacıyla herhangi bir sebeple muayeneye gelen 3-18 yaş grubu bütün çocuklarda yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçümü yapılmalıdır.

- A) Doğru
- B) Yanlış

7) 6-18 yaş arası okul döneminde obezitenin önlenmesi amacıyla hangi sıklıkla ağırlık, boy, beden kitle indeksi (BKI) ölçümlerinin yapılması önerilir?

- A) 6 Ayda bir
- B) Yılda bir
- C) 2 Yılda bir
- D) 5 Yılda bir

8) Otizm spektrum bozukluklarının erken tespitinde protokollere uygun izlemlerde ÇPGD görüşme formu "Gelişim Bilgileri" bölümünde .....aylar arasında çocuğun aşağıda belirtilen 3 gözlem maddesine göre değerlendirilmesi önerilir:

• İsmi söylendiği zaman bakıyor. • Göz kontağı kuruyor. • Parmakla gösterilen nesneye bakıyor.

Boş bırakılan yer hangi aylar arasında olmalıdır ?

- A) 6-24. Aylar

B) 8-24. Aylar

C) 12-36. Aylar

D) 18-36. Aylar

9) Hangi yaş gurubu erkeklerde kardiyovasküler olaylardan korunmada çoğul risk faktörleri gözetilerek (kanama bozukluğu, karaciğer hastalığı, renal yetmezlik, trombositopeni, eş zamanlı antikoagulan tedavi) ve gastrointestinal yan etkiler dikkate alınarak günlük 81 mg aspirinin kullanımı önerilmelidir?

A) 40-80

B) 45-80

C) 50-80

D) 55-80

10) Hangi yaş grubu kadınlarda iskemik inmenin önlenmesi amacıyla çoğul risk faktörleri gözetilerek (kanama bozukluğu, karaciğer hastalığı, renal yetmezlik, trombositopeni, eş zamanlı antikoagulan tedavi...) ve gastrointestinal yan etkiler dikkate alınarak günlük 81 mg aspirin kullanımı önerilmelidir?

A) 40-80

B) 45-80

C) 50-80

D) 55-80

11) ..... yaş altı bireylerde ailesinde erken yaşta aterosklerotik hastalık öyküsü varsa, .....yaş üstü bireylerde ise başvuru sebebinden bağımsız olarak bir kez kardiyovasküler risk değerlendirmesi yapılarak, risk saptanan gruplarda gerekli yaşam tarzı değişiklikleri ve önerilen izlemlerin yapıldıktan sonra ilgili uzmanlık dalına yönlendirilmelidir.

Boş bırakılan yere gelmesi gereken rakam nedir?

A) 65

B) 60

C) 55

D) 40

12) Doğru veya yanlış olarak işaretleyiniz.

18 yaşından büyük yetişkinlerde başvuru sebebinden bağımsız olarak hipertansiyon tanısının erken tespiti ve kardiyovasküler olayların önlenmesi amaçlı yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçülmelidir.

A) Doğru

B) Yanlış

13) Aşağıdaki risk faktörlerinden hangisini barındıran kişilere diabetes mellitus taramasına gerek yoktur?

A) 45 yaşın üzerinde herkes

B)  $BMI \geq 25 \text{ kg / m}^2$

C) 4.1 kg'ın üstünde bebek doğurma öyküsü

D) 45 Yaş altı fiziksel aktif kişiler

14) Tiroid fonksiyon anomalilerinin erken tanısı amacıyla ailesinde tiroid hastalığı öyküsü bulunanlara ilk muayenede olmak üzere ve 35 yaşın üzerindeki tüm erişkinlere .....Yılda bir Tiroid Fonksiyon Testlerinin (TSH) yapılması önerilir.

Boş bırakılan yer kaç yılda bir olmalıdır ?

A)2

B)3

C)4

D)5

15) Hangisi yanlıştır?

A) 20-40 yaş arası, birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü bulunan kadınlarda altı ayda bir, bulunmayanlarda ise yılda bir hekim tarafından rutin klinik muayenenin yapılması

B) 20-40 yaş arası, birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü bulunan kadınlarda yılda bir, bulunmayanlarda ise iki yılda bir hekim tarafından rutin klinik muayenenin yapılması

C) 20 yaş üstü kadınlarda meme kanserinin erken tanısı amacıyla kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi verilmesi ve ayda bir kez uygulamasının önerilir

D) 40-69 yaş arası bütün kadınlarda yılda bir hekim tarafından rutin klinik muayene yapılması ve iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yapılması gereklidir.

- 16) Hangi yaş grubundaki yetişkinlerin tamamında kolorektal kanserin erken tanısı amacıyla yılda bir gaitada gizli kan testi yapılması önerilir?
- A) 35-55  
B) 40-60  
C) 50-70  
D) 60-80
- 17) Birinci derece akrabalarında kolorektal kanser veya adenomatöz polip öyküsü olanlarda taramaya kaç yaşında başlaması önerilir?
- A)40  
B)45  
C)50  
D)55
- 18) 30-65 yaş arası kadınlarda serviks kanseri ve prekanseröz lezyonları önleme ve erken tanı amaçlı kaç yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear testi) veya Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yapılmalıdır?
- A)1  
B)2  
C)3  
D)5
- 19) Ailesinde prostat kanseri hikayesi olan ..... yaşından büyük erkekler ve aile hikayesi olmayan ..... yaşından büyük erkeklerde erken tanı ve önleme amaçlı hastanın bilgilendirilmesi ve bir üroloji uzmanına yönlendirilmesi önerilir. Boşlukları doldurunuz.
- A)40---50  
B)45—55  
C)50—60  
D)55—65
- 20) 65 yaş altında olup aşağıdaki risk faktörlerinden hangisini barındıran erişkinlerde en az bir kez biyokimyasal testlerin yapılmasının sağlanması (iyonize kalsiyum, tam kan sayımı, kreatinin, alkalen fosfataz, TSH, 25-hidroksivitamin D3 ölçümleri), risk faktörlerine ve kemik kırığı varlığına göre fizik tedavi ve

rehabilitasyon, endokrinoloji ve/veya ortopedi uzmanlarına yönlendirilmesine gerek yoktur?

- A) 35 yaşından önce kırık geçirmiş olmak
  - B) En az üç ay süreyle 7,5 mg/gün steroid kullanımı
  - C) 45 yaş altında menapoz
  - D) Primer hiperparatiroidizm
- 21) Gebelik planlanmış ise gebelik öncesi üç ay ve gebelikteki ilk trimesterde kişinin günlük ne kadar folik asit kullanması önerilir?
- A) 300-500µg
  - B) 400-800µg
  - C) 800-1000µg
  - D) 600-1200µg
- 22) 65 yaş ve üzerindeki yetişkinlerde hayatlarında en az bir kez “Çok yönlü Geriatrik Değerlendirme” değerlendirilmesi ve mümkün ise bu değerlendirmenin her beş yılda bir tekrarlanması önerilir. Hangisi “Çok yönlü Geriatrik Değerlendirme” kapsamında değildir?
- A) mini mental durum değerlendirme testi
  - B) Yesavage Geriatrik Depresyon Skalası
  - C) mini nütrisyonel test
  - D) STAI durumluk ve sürekli kaygı
- 23) Erişkinlerde aşı ile önlenabilir hastalıklardan korunma amaçlı olarak “Genişletilmiş Bağışıklama Programı” kapsamında aşı uygulamaları yapılması önemlidir. Hangisi yanlıştır?
- A) Td (primer doz 0-1-6 ay tamamlandıktan sonra 10 yılda bir rapel)
  - B) Hepatit B, meningokoksik menenjit, pnömokok, mevsimsel grip, hepatit A (1 ay ara ile 2 doz)
  - C) Suçiçeği (1 ay ara ile 2 doz)
  - D) KKK 1 veya 2 doz aşısı