



T.C.

ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ

AZİZİYE VE PELİTKÖY EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI

MERKEZLERİNE BAŞVURAN

BİREYLERİN PERİYODİK SAĞLIK MUAYENESİ

HAKKINDAKİ FARKINDALIKLARI

DR. MENEKŞE AYDIN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

SAMSUN

EKİM-2020



T.C.

ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ

AZİZİYE VE PELİTKÖY EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI

MERKEZLERİNE BAŞVURAN

BİREYLERİN PERİYODİK SAĞLIK MUAYENESİ

HAKKINDAKİ FARKINDALIKLARI

Dr. MENEKŞE AYDIN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Mustafa Fevzi Dikici

SAMSUN

EKİM-2020

TEŞEKKÜRLER

Tüm asistanları ve öğrencilerine her zaman bir baba şefkati ile yaklaşan, engin bilgisi ve tecrübesi ile bizlere ışık tutan, eğitimimiz süresince her türlü desteği sağlayan saygıdeğer anabilim dalı başkanımız ve tez danışmanım Prof. Dr. Mustafa Fevzi DİKİCİ hocama,

Değerli bilgi ve tecrübelerini bize aktaran, sahip olduğu disiplini ile bizlere örnek olan, anne şefkati ile sahip çıkan değerli Prof. Dr. Füsün Ayşin ARTIRAN İĞDE hocama,

Çalışma azmine hayranlık duyduğum, yüzündeki içten tebessümü ve tükenmeyen sabrı ile her daim öğrencilerine destek olan, yol gösteren, uzmanlık tezimin hazırlanmasında yardım ve katkılarını esirgemeyen değerli Doç. Dr. Mustafa Kürşat ŞAHİN hocama,

Bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım tez yazım süresince desteğini esirgemeyen sevgili arkadaşım Hasan DURMUŞ'a

Asistanlığım süresince birlikte çalıştığım ve yanımda olduklarını hep hissettiğim canım arkadaşlarım Müge KAR ve Ayla TÜRK'e,

Hayatımda iyi ki var dediğim Batuhan TARHAN'a,

Bugünlere gelmemde büyük emekleri olan, sevgilerini ve desteklerini hep üzerimde hissettiğim annem Zübeyde AYDIN, babam Yüksel AYDIN, kardeşim Tamer AYDIN, ağabeyim Ertan AYDIN ve eşi Bengü Bodrumlu AYDIN'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Menekşe AYDIN

Samsun,2020

ÖZGEÇMİŞ

Ad:	Menekşe
Soyad:	Aydın
Doğum Yeri:	Samsun
Doğum Tarihi:	08/01/1985
Görev Yeri:	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD
Yabancı Dil:	İngilizce
E-Posta Adresi	drmenekseaydin@gmail.com

Tarih	Akademik Eğitim
2003-2010	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
2016-2016	T.C. Sağlık Bakanlığı SBÜ Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2017-2019	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD
Varsa, İyi Klinik Uygulamalar Kapsamında Aldığı Eğitimler.	
Akademik Ünvanları	
2011-2017	Pratisyen Doktor
2017-Halen	Asistan Doktor
İş Tecrübesi	
2011-2011	T.C. Sağlık Bakanlığı Boyabat 75.yıl Devlet Hastanesi
2012-2014	T.C. Sağlık Bakanlığı Hitit Üniversitesi Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma hastanesi
2014-2016	T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara 29 Mayıs Devlet Hastanesi
2016-2016	T.C. Sağlık Bakanlığı SBÜ Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2017-2017	T.C. Sağlık Bakanlığı SBÜ Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2017-2020	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD
Varsa, Araştırmacı Olarak Katıldığı Klinik Araştırmalar	

BEYAN

“Ondokuz Mayıs Üniversitesi Aziziye ve Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri’ne Başvuran Bireylerin Periyodik Sağlık Muayeneleri Hakkındaki Farkındalıkları” başlıklı tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, başka bir çalışmadan kopya edilmediğini, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

ÖZET

AMAÇ: Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aziziye ve Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'ne başvuran erişkin hastaların periyodik sağlık muayenesi hakkındaki farkındalıklarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: 01.01.2020-01.04.2020 tarihleri arasında Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aziziye ve Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'ne başvuran, iletişime engel bir rahatsızlığı olmayan, çalışma hakkında bilgilendirme yapıp çalışmaya katılmayı kabul eden 372 kişi ile kesitsel tipte, tanımlayıcı, analitik özellikleri olan bir anket çalışması yapılmıştır. Veriler SPSS Versiyon 22.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Frekans tabloları sayı ve yüzdelik olarak gösterilmiştir. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya %68,3'ü (n=254) kadın, %31,7'si (n = 118) erkek, toplam 372 kişi dahil edilmiştir. Araştırma grubunun yaş ortalaması $38.06 \pm 12,68$ yıl idi. %63,4'ü evli, %36,6'sı bekarı. Katılımcılardan %68,5'i kendi sağlık durumunu iyi olarak değerlendirdi. Araştırma grubunun %53,8'i daha önce periyodik sağlık muayenesi ifadesini duymuştu ancak sadece 18.5'i bu uygulamaya katılmıştı. Evli olanların bekar olanlara kıyasla periyodik sağlık muayenelerine başvurması anlamlı yüksek bulunmuştur. Periyodik sağlık muayenesi yaptırmayanların %44,2'si bilgisi olmadığından, %19,2'si kendisinde hastalık çıkmasından korktuğu için katılmamıştı.

SONUÇ: Katılımcıların periyodik sağlık muayeneleri hakkındaki bilgi ve farkındalıkları yetersizdi. Mevcut periyodik sağlık muayeneleri rehber önerilerini yüksek oranda desteklediklerini belirtse de taramalara katılma oranları oldukça düşüktü.

ANAHTAR KELİMELELER: Periyodik sağlık muayeneleri, koruyucu sağlık hizmetleri, aile hekimliği, tarama testleri

ABSTRACT

AIM: It was aimed to determine the awareness of adult patients who applied to Samsun Ondokuz Mayıs University Medical Faculty Hospital Aziziye and Pelitköy Education Family Healthcare Centers about the periodic medical examination.

MATERIALS METHOD: A descriptive, cross-sectional type of survey with analytical features has been conducted including 372 people who applied to Samsun Ondokuz Mayıs University Medical Faculty Hospital Aziziye and Pelitköy Education and Family Healthcare Centers between 01.01.2020-01.04.2020, who did not have any disease preventing communication, and who agreed to participate in the study after being informed. The data were analyzed by using SPSS Version 22.0 package program. Frequency tables were shown in numbers and percentages. Chi-square test was used for comparison of categorical data. A value of $p < 0.05$ was considered significant.

RESULTS: A total of 372 people, 68.3% ($n = 254$) female and 31.7% ($n = 118$) male, were included in our study. The average age of the study group was 38.06 ± 12.68 years. 63.4% were married, 36.6% were single. 68.5% of the participants rated their health as good. 53.8% of the research group had heard of the term periodic health examination before, but only 18.5% had participated in this practice. Applying for periodic medical examinations were found to be significantly higher among married people compared to single ones. Of those who did not have a periodic health examination, 44.2% did not participate because they had no knowledge and 19.2% were afraid of being diagnosed with a disease.

CONCLUSION: The knowledge and awareness of the participants about periodic health examinations were insufficient. Although the participants indicated that they highly supported the current periodic health examinations guideline recommendations, the rate of participation in the screenings was very low.

KEY WORDS: Periodic health examinations, preventive healthcare services, family medicine, screening tests

İÇİNDEKİLER	<u>Sayfa No</u>
TEŞEKKÜR	i
ÖZGEÇMİŞ	ii
BEYAN	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
TABLolar VE ŞEKİLLER	ix
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. Aile Hekimliği Tanımı	3
2.2. Aile Hekimliği Disiplininin Özellikleri	3
2.3 Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikleri	4
2.4 Aile Hekimliği ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri	5
2.5 Periyodik Sağlık Muayeneleri	7
2.5.1 Periyodik sağlık muayenelerinin tanımı	7
2.5.2 Periyodik sağlık muayenesinin bileşenleri	8
2.5.3 Periyodik sağlık muayenelerinin tarihçesi	10
2.5.4 Periyodik sağlık muayeneleri rehberinin hazırlanması	11
2.6 Türkiye’de Periyodik Sağlık Muayeneleri	17
2.6.1 THSK psm ve tarama testleri rehberi önerileri	17
3.GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1 Araştırmanın Yeri	26
3.2. Araştırmanın Tipi	26

3.3 Araştırmanın Evreni	26
3.4 Araştırmanın Örneklem Büyüklüğü	26
3.5 Verilerin Toplanması Kullanılan Araçlar	27
3.6 Etik Konular	27
3.7. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri	27
3.8. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri	27
3.9. İstatistiksel Analiz	27
4. BULGULAR	28
5. TARTIşMA	45
6.SONUÇ	56
7. KAYNAKLAR	57
8.EKLER	63

SİMGELER ve KISALTMALAR

AAFP: Amerikan Aile Hekimliği Akademisi

AMA: Amerikan Tıp Birliği

CTFPHC: Kanada Koruyucu Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubu

CTFPHE: Kanada Periyodik Sağlık Muayenesi Çalışma Grubu

DM: Diabetes Mellitus

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HrHPV: Yüksek Riskli İnsan Papillomavirüs

PSM: Periyodik Sağlık Muayeneleri

SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı

PSA: Prostat Spesifik Antijen

THSK: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

TSH: Temel Sağlık Hizmetleri

USPSTF: Birleşik Devletler Önleyici Hizmetler Görev Gücü

WONCA: Dünya Genel Pratisyen/Aile hekimliği Ulusal Kolejler, Akademileri ve Akademik Dernekleri Birliği

TABLolar VE ŞEKİLLER

Tablo 1. USPSTF öneri sınıflandırması

Tablo 2. USPSTF'in erişkinler için tarama ve danışmanlık önerileri

Tablo 3. Araştırma grubunun bazı sosyodemografik özellikleri

Tablo 4. Araştırma grubunun sağlıkla ilgili bazı göstergeleri

Tablo 5. Eğitim ve cinsiyete göre sigara içme durumu

Tablo 6. Psm için bilgilendirme ile aile hekimliğine başvuru durumu

Tablo 7. Psm'ye başvuruların bazı demografik ve sağlık özellikleri ile karşılaştırılması

Tablo 8. Psm için başvuru nedenleri

Tablo 9. Psm'ye başvurmama nedenleri

Tablo 10. Katılımcıların psm ile ilgili bazı görüşlere verdiği cevaplar

Tablo 11. Psm esnasında sorulması gerektiği düşünülen alışkanlıklar

Tablo 12. Psm esnasında yapılması gerektiği düşünülen uygulamalar

Tablo 13. Katılımcıların bazı psm uygulamaları hakkındaki görüşleri

Şekil 1. Katılımcıların yaş aralığına göre dağılımları

Şekil 2. Katılımcıların psm ifadesini duyma oranları

Şekil 3. Katılımcıların psm ile ilgili bilgi kaynakları

Şekil 4. Psm hakkında etkili olduğu düşünülen bilgilendirme yöntemi

Şekil 5. Katılımcıların daha önce psm yaptırma oranları

Şekil 6. Katılımcıların psm sıklığı ile ilgili gör

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), tüm insanları mümkün olabilecek en üst seviyede sağlığa ulaştırmak hedefi ile kurulmuştur. Bu amaç doğrultusunda 1977 yılında toplanan genel kurulda 2000 Yılında Herkese Sağlık hedefi kabul edilmiş, 1978 yılında da Kazakistan'ın o dönemde başkenti olan Alma-Ata'da hemen hemen tüm ülkelerin katılımı ile Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) Konferansı gerçekleştirilmiştir.(1). Bu konferans sonunda yayımlanan bildirgenin içeriği tüm dünya toplumlarının sağlıklarının korunması ve sağlıklarının geliştirilerek daha iyi duruma gelmesi için alınması gereken sorumluluklardan oluşmaktadır(2).Böylelikle günümüz sağlık hizmetleri anlayışının temelleri oluşturulmuştur. Alma-Ata konferansından 40 yıl sonra, 26 Ekim 2018'de yine Kazakistan'da ve şimdiki başkenti olan Astana'da İkinci Uluslararası Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı yapıldı. Bu konferansın sloganı ise 'Birlikte, herkese sağlık hedefine ulaşabiliriz' olmuştur. Yeni bildirgede genel yaklaşım 1978 bildirgesine sadık kalmakla birlikte günümüz koşullarına uyarlanmaya çalışılmıştır(1).

Ülkemizde 1961'de 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanununun yürürlüğe girmesi ile sağlık hizmetlerinin sürekli, yaygın ve entegre olarak halkın ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde olması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda; il ve ilçe hastaneleri açılmış, sağlık ocakları ve sağlık evleri kurulmuş daha kademeli ve bütünleşmiş yapılanmaya geçiş başlatılmıştır(3).

Aile hekimliği sistemi; hasta hekim ilişkisinin güven ve sürekliliğine dayalı olması sebebiyle gelişmiş ülkeler başta olmak üzere bir çok ülkede birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılan bir sistem olup, ülkemizde 2003 yılında başlatılan sağıkta dönüşüm programı (SDP) kapsamında temel sağlık hizmetleri (TSH) aile hekimlikleri etrafında oluşturulmaya başlanmış ve 2011 yılı itibariyle tüm Türkiye'de uygulamaya geçilmiştir (4)

Bulaşıcı olmayan hastalıklar dünyada sağlık sorunlarının başında yer almaktadır ve her yıl 38 milyon insanın ölümüne neden olmakla birlikte bu ölümlerin %40'ını 70 yaşından önce gerçekleşen erken ölümler oluşturmaktadır(5). Mortalite ve morbiditenin nedenleri arasında hareketsiz yaşam, fazla kilo, sigara ve alkol kullanımı, çevresel faktörler, genetik faktörler bulunmaktadır. Bu nedenlerin büyük çoğunluğu önlenebilir nedenlerden oluşmaktadır. Günümüzde artan yaşam süresiyle birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığında artış yaşanmıştır ve bu nedenle TSH 'nin önemli bir kolu olan koruyucu sağlık hizmetlerini ve bu alana yönelik önlemlerin alınmasını zorunlu kılmaktadır(6). Hastalıkları oluşmadan önleme, toplumda yaygın görülen hastalıklarda erken tanı ve tedavinin sağlanması ve kronik hastalıkların morbidite ve mortalitesinin önlenmesi çabalarının tümü Koruyucu Sağlık Hizmetleri olarak adlandırılmaktadır.

Periyodik sağlık muayeneleri (PSM), koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir parçası olup ; sağlıklı insanların yaş gruplarına ve cinsiyetlerine uygun olarak belirli aralıklarla danışmanlık, fizik muayene, aşılama ve laboratuvar incelemeleriyle değerlendirilmesine periyodik sağlık muayenesi denilmektedir(7, 8). 2010 yılı sonunda ülkemizde Aile Hekimliği Uygulamasına geçilmemiştir. Periyodik sağlık muayenesini yapmak koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir parçası olmakta birlikte Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde yerini almış, aile hekimlerinin görev, yetki ve sorumlulukları içerisine dahil edilmiştir (9).

Dünyada ve ülkemizde PSM konusunda yeterli sayıda çalışma olmadığı görülmektedir. Çalışmamızda hastaların PSM hakkındaki farkındalıklarını belirlemek, aile hekimliklerinde yapılan erişkin periyodik sağlık muayenelerine dikkat çekmek, koruyucu hekimlik uygulamalarından faydalanma oranını arttırmak ve toplum sağlığını koruma ve geliştirmeye katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Aile Hekimliği Tanımı

WONCA (Dünya Genel Pratisyen/Aile hekimliği Ulusal Kolejler, Akademileri ve Akademik Dernekleri Birliği) Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliği'ni; kendine özel eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulamaları bulunan, akademik ve bilimsel bir disipline sahip , birinci basamak yönelimli bir klinik uzmanlık olarak tanımlamaktadır(10).

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde aile hekimliği; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleriyle birlikte birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, hasta ve hastalık ayırmaksızın, her yaş ve cinsiyetteki bireylere kapsamlı ve devamlı sunmakla yükümlü olan ve ihtiyaç halinde gezici sağlık hizmeti verebilen hekimler olarak tanımlanmaktadır(9, 11).

Aile Hekimi tıbbi bakım arayan tüm bireylere yaşlarından, cinsiyetlerinden ve hastalıklarından bağımsız olarak kapsamlı, bütüncül ve sürekli sağlık hizmeti veren birinci basamak hekimidir. Rahatsızlıkların yönetimini sağlama esnasında hastalarının fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel ve varoluşsal faktörlerini birleştirerek, tekrarlanan ziyaretlerin de kazandırdığı bilgi ve güveni kullanırlar. Aile hekimleri, sağlığın gelişimine katkıda bulunarak, hastalıkların oluşmasını önleyerek, bireylerin ihtiyaçları ve toplumun mevcut kaynaklarına göre doğrudan ya da dolaylı olarak tedavi, bakım ve destek sağlayarak görevlerini yerine getirirler(12, 13).

2.2 Aile Hekimliği Disiplininin Özellikleri (13, 14)

- a. Bireylerin sağlık sistemi ile tıbbi temas sağladığı ilk noktadır; yaş, cinsiyet ya da kişinin diğer özelliklerini ayırt etmeksizin hizmet almak isteyen herkese olanak sağlar ve bireylerin tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.
- b. Bireylere sağlanan bakımı koordine eder ve gerektiğinde hasta adına savunmanlık görevini de üstlenir ve ayrıca diğer sağlık çalışanlarıyla iş birliği yaparak tıbbi kaynakların daha verimli kullanımında rol alır.
- c. Kişiye, ailesine ve yaşadığı topluma yönelik birey merkezli bir yaklaşım uygular.

- d. Doktor ve hasta arasında zaman içerisinde ilişki kurulmasını sağlayan kendine has bir görüşme süreci bulunmaktadır.
- e. Sağlanan hizmet hastalıkla veya hastalığın bir dönemi ile sınırlı kalmaz; sağlıklı zamanlarda sunulan hizmetleri de içerir ve kişiyi tüm hayatı boyunca takip eder. Aile hekimi hastanın sağlık gereksinimlerinde sürekliliği sağlar.
- f. Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansını değerlendirip, dikkate alarak özgün problem çözme becerileri ortaya koyar.
- g. Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını eş zamanlı yönetir.
- h. Hastalıkların erken döneminde tam olarak ayrışmamış olan rahatsızlıkları yönetebilmektedir.
- i. Uygun ve etkin müdahalelerle sağlık ve iyilik halini geliştirir.
- j. Toplum sağlığı adına özel bir sorumluluk üstlenir.
- k. Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır.

2.3 Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikleri (13-16)

Aile Hekimliği/ Genel Pratisyenlik disiplini tanımlayan temel özellikler 6 çekirdek yeterlilikte toplanabilir;

1) Birinci basamak yönetimi;

Hastalarla ilk teması yönetme, tüm sağlık sorunları ile ilgilenme, hastanın savunuculuğunu yapabilme, birinci basamağın diğer sağlık çalışanları ve diğer uzmanların sunduğu sağlık hizmetini koordine edebilme, sağlık hizmetinin etkili ve uygun kullanımını sağlayabilmeyi kapsamaktadır.

2) Kişi merkezli bakım;

Hastalar ve problemler ile ilgilenirken hastanın, ailesinin ve çevresinin koşullarını kişi merkezli yaklaşım becerisi ile değerlendirmeyi, etkili bir hekim-hasta ilişkisi ve iletişimi oluşturmayı, hasta ile iş birliği yaparak sağlık bakımının sürekliliğini sağlamayı içermektedir.

3) Özgün problem çözme becerileri

Erken dönemde ayrışmamış bir halde ortaya çıkan durumları yönetebilmeyi, gerektiğinde acil müdehalede bulunabilmeyi ve hastalıkları toplum içindeki prevelans ve insidansı ile ilişkilendirebilmeyi kapsamaktadır.

4)Kapsamlı yaklaşım

Hastanın mevcut akut ve kronik sorunlarını birlikte yönetebilmeyi, hastalıkları önleme stratejilerini uygulayarak sağlık ve iyilik halini sürdürebilmeyi ve sağlığı geliştirebilmeyi kapsamaktadır. Amerikan Aile Hekimliği Akademisi (AAFP) kapsamlı bakımı: hastanın birden çok ruhsal ve fiziksel sağlık sorunlarını, aile ve çevre ilişkisi içinde eş zamanlı olarak önleme ve yönetme olarak tanımlamıştır(17).

5)Toplum yönelimli olma

Mevcut kaynakları dengede ve uygun şekilde kullanarak kişilerin ve toplumun sağlık gereksinimlerini karşılar.

6)Bütüncül yaklaşım

Hastaların ve toplumun sağlık gereksinimlerini karşılarlarken varoluş ve kültürel boyutlarını da dikkate alan biyopsikososyal yaklaşımı kullanır. Biyopsikososyal modeli ilk olarak psikiyatrist George Engel tarafından 1977 yılında Science dergisinde yayımlanan bir makalesinde tanımlanmıştır. Bu modele göre sağlık ve hastalık, biyolojik (genetik, biyokimyasal, vb.), psikolojik (duygudurum, kişilik, davranış, vb.) ve sosyal (kültürel, ailevi, sosyoekonomik) değişkenlerin etkileşimleri ile şekillenmekte ve tüm bunların birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir (18, 19).

2.4 Aile Hekimliği ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Risk altında olmayan bireylerin risklerden korunması , riski bulunan kişilerin risklerinin azaltılması, mevcut sorunların erken tanısı ve tedavisi ile kronik hastalıkların kalıcı hasarlarının önlenmesi koruyucu sağlık hizmetlerinin temel amaçlarıdır(20). Koruyucu sağlık hizmetleri birincil, ikincil, üçüncül ve dördüncül korumayı içermektedir(21). Korumaların bu dört formu da WONCA Uluslararası

Sınıflandırma Komitesi tarafından benimsenmiş ve Aile Hekimliği sözlüğünde yerini almıştır (22).

Birincil koruma;

Sağlık sorunları ortaya çıkmadan önce nedenlerini ortadan kaldırarak hastalığın oluşmasını önler (yaşam tarzı değişiklikleri, bağışıklama, davranış değişikliği danışmanlığı vb.). Sadece bireysel değildir; öğrencilerin okullarda aşılınması, su kaynaklarının klorlanması, otomobillerde emniyet kemeri kullanılmasını zorunlu kılan ve kapalı alanlarda sigara içilmesini engelleyen yasalar ile toplum düzeyindeki etkilerini de görebiliriz (22, 23).

İkincil koruma;

Herhangi bir hastalık belirtisi göstermeyen bireylerde risk faktörlerini taramayı ve erken teşhis sağlayabilmeyi içermektedir. Tarama, bir hastalığın veya risk faktörünün, öykü alarak (sigara içip içmediği), fizik muayene yaparak (örn; tansiyon ölçümü), laboratuvar testi ile (örn; bir tarama mamogramı) vb. belirlenmesidir(22, 23).

Üçüncül koruma;

Hastalık meydana geldikten sonra, hastanın işlevselliğini ve yaşam kalitesini devam ettirmek, yaşam süresini uzatmak amacıyla yapılan hizmetlerdir. Üçüncül korunmada amaç hastalıkların uzun dönem komplikasyonlarını önlemeye çalışmaktır (24) Diyabetik hasta bakımında düzenli ayak bakımı, retina muayenesi örnek gösterilebilir.

Dördüncül koruma;

Tıbbın temel prensiplerinden biri “primum non nocere” (önce, zarar verme) dir. Bu nedenle; amaç hastaları onlara faydadan ziyade zarar verecek aşırı tıbbi müdahalenin veya aşırı medikalizasyonun önüne geçilmesidir. Dördüncül koruma aynı zamanda sağlık hizmetinin maliyetini de azaltmaktadır (25).

2.5 Periyodik Sağlık Muayeneleri

Aile Hekimliği uzmanlığının çekirdek yeterliliklerinden olan kapsamlı bakımın içeriklerinden biri de hastalıklardan korunma stratejilerinin kullanılarak sağlığın ve iyilik halinin sürdürülmesidir. Aile Hekimliğinin çekirdek yeterliliklerine, görev ve sorumluluklarına bakıldığında, koruyucu hekimliğe yönelik çalışmalarda aile hekimliği uzmanları en ön safta yer almaktadır. Çünkü aile hekimlikleri kişilerin sağlık sistemine ilk başvuru merkezidir. Bu nedenle Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 4. Maddesinde de belirtildiği gibi periyodik sağlık muayenesinin aile hekimlerinin görev ve sorumluluklarının içinde yer alıyor olması kaçınılmazdır(9, 26). Koruyucu hekimliğin en önemli ve kabul gören uygulanma şekli periyodik sağlık muayenesidir.

2.5.1 Periyodik sağlık muayenelerinin tanımı

Periyodik sağlık muayenesi (PSM), halihazırda herhangi bir hastalık belirtisi bulunmayan sağlıklı bireylerin, anamnez, fizik muayene, laboratuvar testleri, danışmanlık, bağışıklama ve sağlık eğitimi ile sağlıklarının korunabilmesi veya geliştirilebilmesi amacıyla yapılan düzenli kontrolleridir. Yaş, cinsiyet ve bireyin yaşadığı topluma ait risk faktörlerine uygun olarak, kanıta dayalı şekillendirilmiş, etkin ve uygulanabilir bir izlem programıdır.(12, 27)

PSM'nin amacı; semptomu olmayan kişilerin değişebilir risk faktörlerini belirlenerek hastalıkların önlenmesi ve bunun yanı sıra tedavi edilebilmesi mümkün hastalıklarının erken belirtilerinin tanımlayarak, morbidite ve mortalite oranlarını en aza indirilmesini sağlamaktır.(27, 28)

2.5.2 Periyodik sağlık muayenesinin bileşenleri

Periyodik sağlık muayenesi ayrıntılı **anamnez** alınması ile başlar. Görüşmelerde sorgulanması gereken bilgiler ; yaşı , boyu ve kilosu , tansiyonu ,mesleği ,diyet ve beslenme alışkanlığı, alkol ve sigara kullanımı, aşılanma durumu,aile öyküsü ,yaşam biçimi, uyku düzeni, emniyet kemeri kullanımı ve iş yaşamı memnuniyeti şeklinde özetlenmiştir(29). PSM’ de **fizik muayene, laboratuvar testleri ve bağışıklamanın** da önemli yeri bulunmaktadır.

PSM’nin bir diğer önemli unsuru da **risk değerlendirmesi** yapmaktır. Risk değerlendirmesi belirli bir zaman diliminde belirli bir etkenle karşılaşan kişilerin taşıdığı risk oranının belirlenmesidir(30). 2010 Dünya sağlık raporu majör risk faktörlerini; sigara ve alkol kullanımı, hipertansiyon, sedanter yaşam, hiperlipidemi, yüksek kan şekeri, fazla kilo/obezite ve sağlıksız beslenme alışkanlıkları olarak sıralamıştır(31). Hastaların beklentileri, alışkanlıkları, istekleri gibi nedenlerle yararı kanıtlanmamış rutin incelemeleri yapmak yerine, riske yönelik periyodik sağlık değerlendirmesi yapılmasının yanlış pozitifliklerin ve daha çok invaziv yöntemlere başvurmanın önüne geçeceği düşünülmektedir(32).

PSM’ nin önemli bir diğer parçası da **taramalardır**. Tarama, sağlam görünen kişilere birtakım muayeneler ya da testler uygulayarak henüz tanı almamış hastalık veya bozuklukların belirlenmesi, kısaca; şüpheli hastaların sağamlardan ayrılmasıdır. Erken tespit edilen hastalık belirtileri neticesinde erken tedavi sağlanması topluma yarar sağlar(33).Tarama programlarının başarılı olabilmesi için sahip olması gereken bazı kriterler tanımlanmıştır. (34). Bu kriterlere göre;

1. Tarama yapılacak hastalık önemli bir sağlık problemi olmalıdır.
2. Kabul edilebilir bir tedavi yöntemi mevcut olmalıdır.
3. Tedavi ve teşhis için olanakları olmalıdır.
4. Hastalığın saptanabileceği latent ya da erken semptomatik dönemi olmalıdır.
5. Uygun bir test veya muayene yöntemi bulunmalıdır.
6. Test toplum tarafından kabul görmelidir.

7. Hastalığın doğal gidişi tam olarak anlaşılmış olmalıdır.
8. Kimlerin hasta olarak tedavi edileceği konusunda uzlaşılmış bir politika olmalıdır.
9. Yapılacak harcama, medikal bakım harcamasıyla denge halinde olmalıdır.
10. Olgu saptanması bir kerelik değil, süregelen bir süreç olmalıdır

PSM'nin bir başka bileşeni de hastalık oluşmasına sebebiyet verebilecek davranış biçimleri ve çevresel faktörler hakkında **hastaları eğitmek ve** onlara bu konular ile ilgili **danışmanlık** vermektir. Hasta eğitimi; yaş ve cinsiyet özelliklerine göre periyodik muayene hakkında bilgilendirilmesi, muayene esnasında tespit edilen risk faktörleri konusunda danışmanlık verilmesi ya da hastaların tanı ve takip süreçleri ile ilgili bilgilendirilmesi ve eğitilmesi şeklinde olabilir(35).Erişkin bireylerin %95'i doktorları tarafından sağlıklı yaşam hakkında motive olabilmek ve sağlıklı yaşam davranışlarını belirlemek, geliştirmek, uygulamaya koymak için doktorları ile işbirliği halinde olmak istediğini belirtmiştir (28).Tüm bu yaşam tarzı değişikliği, hasta eğitim ve danışmanlığı hizmetleri hastanın hekimini düzenli ve istekli ziyaret etmesi ile gerçekleşmektedir(36).Bu bağlamda hastanın hekimine güvenmesi ve hasta hekim ilişkisi bir kez daha önem kazanmaktadır. Sigara danışmanlığı, sağlıklı beslenme, ideal kiloda olma ve bunu koruma, egzersiz ve aktif yaşam, hamilelik planlaması, hamilelik öncesi danışmanlık, madde kötüye kullanımı ve riskli davranış danışmanlığı vb danışmanlık hizmetleri periyodik muayenenin önemli birer parçasıdır. Yapılan çalışmalar sigara kullanan hastaların hekimleri ile yaptığı beş dakikalık sigara bıraktırma danışmanlığının bu alışkanlığı bırakma oranını iki üç kat arttırdığını göstermiştir (37).

Aynı şekilde başka çalışmalarda yapılan kısa danışmanlığın fiziksel aktiviteyi artırdığı, alkol tüketimini azalttığı ve hastaların yaşam tarzı değişikliklerini olumlu yönde etkilediği görülmüştür(38, 39). Yapılan bir çok çalışmada genellikle sigara bıraktırmada kullanılan 5Ö (Öğren, Öner, Ölç, Önderlik et, Örgüt) yaklaşımının obezite danışmanlığında, sağlıklı beslenme davranış değişikliğinde ve fiziksel aktivitenin artırılmasında da kullanımının etkili olduğu görülmüştür(40, 41).

2.5.3 Periyodik sağlık muayenelerinin tarihçesi

1347 yılında Avignon papa devletinde genelevde çalışan kadınların haftada bir gün muayeneden geçirilmeleri, hastalık şüphesi olanların diğerlerinden ayrılması ve işlerine devam etmelerine izin verilmemesi geçmişte koruyucu hekimlik adına yapılan düzenli muayenelerin bilinen ilk örneklerdendir(42). Benzer örnekler mevcutsa da PSM'nin bugün algıladığımız haliyle kavramsallaşması ve tıp pratiğimiz içine girmesi 1800'lere dayanmaktadır(43). İlk defa 1861 yılında İngiltere'de göğüs hastalıkları uzmanı olan Dr. Horace Dobell tarafından öneri olarak sunulmuştur(44). Dobell iyi bir anamnez, fizik muayene ve laboratuvar testleri kullanarak hastalıkları erken dönemde tanımlamanın hastalara tedavi ve tam iyileşme açısından bir şans verebileceği için periyodik sağlık muayenesini önermiştir(42).

1921 yılında ABD'de yayınlanan bir çalışmada sağlık kontrolleri yıllık olarak yapılan bireylerde mortalitenin düştüğü belirtilmiş ve ardından check-up kavramı ortaya çıkmıştır. Bu kavram zamanla yıllık sağlık muayeneleri şeklini almış ve giderek yaygınlaşmıştır.1925'te Amerikan Tıp Birliği (AMA) 35 yaş üstü bireylerin yıllık düzenli sağlık muayenelerinden geçmeleri gerektiğini savunan bir bildiri yayınlamıştır (45).

1975 yılında koruyucu hizmetlerin faydalarını anlatan makalenin çıkarılmasına kadar periyodik sağlık muayenesine yönelik belirgin bir değişiklik olmamıştır(46). Sonraki yıllarda yıllık sağlık muayenelerinin veya check-up'ların yeterli olmadığı görülmüştür. Bazı hastalıkların henüz tanı konabilecek seviyeye ulaşmadığı için gözden kaçabildiği, ayrıca tanı konabilecek seviyeye ulaştığında da zaten semptom verdiği için ek olarak tarama veya tetkik yapılmasına gerek kalmadığı görülmüştür. Bu yüzden yıllık sağlık muayenelerinin veya check-upların yerine, sağlık kontrollerin sıklığında cinsiyet, yaş ve maruziyet gibi parametrelerin ön planda olduğu yeni bir yaklaşım olan, periyodik sağlık muayenesi tanımı getirilmiştir (47)

1976'da Kanada Periyodik Sağlık Muayenesi Çalışma Grubu (CTFPHE) kurulmuş, 2005 yılında dağıtılmış daha sonra 2009 yılında Kanada Koruyucu Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubu (CTFPHC) adı ile yeniden kurulmuştur(48). CTFPHC yıllık kontrollerin yerini başka amaçlar için yapılan tıbbi ziyaretlere entegre edilmiş yaşa göre sağlığı koruma stratejilerinin alması gerektiğini belirten ilk raporunu 1979 yılında

yayınlanmıştır (49). 1981’de Amerikan Aile Hekimleri Akademisi (AAFP) yıllık rutin muayenelerden ziyade daha seçici koruyucu yaklaşımların uygun olacağını önermiştir. Bunu 1984 yılında ABD’de Amerika Birleşmiş Devletler Önleyici Hizmetler Çalışma Grubu (USPSTF) tarafından sunulan bir program izlemiştir.(49-52).USPSTF ilk önerilerini 1989 yılında Klinik Önleyici Hizmetler Rehberi’nde sunmuştur. Günümüzde halen kullanılmakta olup, güncellemeler yapılmaya devam etmektedir.

2.5.4 Periyodik sağlık muayeneleri rehberinin hazırlanması

Rehberdeki öneriler hastalıkların engellenmesi ve sağlığın geliştirilmesi için yapılan girişimlerinin temelini oluşturmaktadır. Öneriler belirli kriterlere göre yapılmaktadır. Koruyucu hizmetlerin her birinin yararları ve zararları hakkındaki kanıtlar değerlendirilip koruyucu hizmetin net faydası üzerinde fikir birliğine varıldıktan sonra öneriler yapılır. Bu öneriler dayandıkları kanıtın gücüne göre sınıflandırılmaktadır. Meta analizler ve randomize kontrollü çalışmaların verileri en iyi kanıt düzeyine sahiptir(26, 53).

Tablo 1 USPSTF Öneri Sınıflandırması (54)

Derece	Tanımlama	Uygulama için Öneri
A	USPSTF hizmeti öneriyor. Net yararın önemli olduğuna dair yüksek kesinlik var.	Bu hizmeti sunun ya da sağlayın.
B	USPSTF hizmeti öneriyor. Net yararın orta derecede olduğuna dair yüksek kesinlik var ya da net yararın orta ya da yüksek düzeyde olduğuna dair orta derecede kesinlik var.	Bu hizmeti sunun ya da sağlayın.
C	USPSTF bu hizmetin profesyonelin kanaatine ve hastanın tercihlerine bağlı olarak hastanın bireysel özelliklerine göre seçici olarak sunulmasını ya da sağlanmasını öneriyor. Net yararın küçük olduğuna dair en azından orta derece kesinlik vardır.	Bireysel koşullara bağlı olarak seçilmiş hastalara bu hizmeti sunun ya da sağlayın.
D	USPSTF hizmetin sunulmasına karşı. Hizmetin net yararı olmadığına ya da zararın yarardan fazla olduğuna dair orta ya da yüksek düzeyde kesinlik var.	Bu hizmeti kullanmaktan vazgeçin.
I	USPSTF eldeki kanıtların hizmetin yarar-zarar dengesini değerlendirmek için yetersiz olduğu sonucuna ulaşmıştır. Kanıt yok, zayıf kalitede ya da tartışmalı ve yarar zarar dengesi belirlenemiyor.	USPSTF' in öneri açıklamasının klinik özellikler bölümünü okuyun. Hizmet sağlanacaksa hasta hizmetin yarar ve zarar dengesinin belirsizliğini anlamalıdır.

Tablo 2 USPSTF’nin erişkinler için bazı tarama ve danışmanlık önerileri (55)

Abdominal aort anevrizması (AAA) tarama	Sigara içmiş 65-75 yaş arası erkeklere ultrasonografi ile aort anevrizması (AAA) için 1 kez tarama yapılmasını önermektedir.	(B)	2019
Anormal kan şekeri ve Tip 2 diyabetes mellitus tarama	Fazla kilolu veya obez olan 40 ile 70 yaşları arasındaki erişkinlerde kardiyovasküler risk değerlendirmesinin bir parçası olarak anormal kan şekeri taraması önermektedir.	(B)	2015
Aspirin Kullanımı	%10 veya daha fazla kardiyovasküler hastalık riski olan yetişkinlerde, 50 ila 59 yaş arasındaki yetişkinlerde kardiyovasküler hastalık ve kolorektal kanserin birincil önlenmesi için düşük doz aspirin kullanımının başlatılması önerilmektedir.	(B)	2016
Rahim Ağzı Kanseri Tarama	21 -29 yaş arası kadınlarda sadece servikal sitoloji ile her 3 yılda bir serviks kanseri taramasını önermektedir. 30 ila 65 yaş arası kadınlar için, 3 yılda bir sadece servikal sitoloji ve her 5 yılda bir yüksek riskli insan papillomavirüs (hrHPV) testi veya her 5 yılda bir sitolojiyle birlikte hrHPV testi ile taramasını önerir.	(A)	2018
Meme Kanseri Tarama	50-74 yaş arası kadınlar için iki yılda bir tarama mamografisi önermektedir.	(B)	2016

Kolorektal Kanser Tarama	50-75 yaş arası kolorektal kanser açısından taramasını önermektedir.	(A)	2016
Yetişkinlerde Depresyon Tarama	Hamile ve doğum sonrası kadınlar da dahil olmak üzere genel yetişkin popülasyonda depresyon taramasını önermektedir	(B)	2016
Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite	Aşırı kilolu veya obez olan ve ek olarak kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bulunduran yetişkinlere, sağlıklı bir diyet ve fiziksel aktiviteyi teşvik etmek için davranışsal danışmanlık verilmesini veya yönlendirilmesi önerilir.	(B)	2014
Yetişkinlerde Hipertansiyon Tarama	18 yaş ve üzeri erişkinlerde hipertansiyon taraması önerilmektedir.	(A)	2015
Tüberküloz tarama	Artan risk altındaki toplumlarda latent tüberküloz enfeksiyonu taramasını önermektedir.	(B)	2016

Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Davranışsal Danışmanlık	Tüm cinsel olarak aktif ergenler ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar için yüksek risk altında olan yetişkinler için davranış danışmanlığı önerir.	(B)	2014
Osteoporoz Tarama Kadınlar	65 yaşından küçük osteoporoz riski yüksek olan kadınlarda ve 65 yaş ve üzeri kadınlarda osteoporotik kırıkları önlemek için kemik ölçüm testi ile tarama önerilmektedir.	(B)	2018
Tütün kullanımı danışmanlığı ve müdahaleleri	Tüm yetişkinlere tütün kullanımını sormalarını, tütün kullanmayı bırakmalarını tavsiye etmelerini ve tütün kullanan yetişkinlere davranışsal müdahaleler ve farmakoterapi sağlamalarını önermektedir.	(A)	2015
Frengi taraması	Enfeksiyon riski yüksek olan kişilerde sifiliz enfeksiyonunun taranmasını önerir.	(A)	2016
Chlamydia taraması kadınlar	24 yaş ve üstü cinsel olarak aktif kadınlarda ve enfeksiyon riski yüksek olan yaşlı kadınlarda klamidyaya taramasını önerir.	(B)	2014
Bel soğukluğu taraması kadınlar	24 yaş ve üzeri cinsel açıdan aktif kadınlarda ve enfeksiyon riski yüksek olan yaşlı kadınlarda gonore taramasını önerir.	(B)	2014

Hepatit B taraması	Enfeksiyon riski yüksek olan kişilerde hepatit B virüsü enfeksiyonunun taranmasını önerir	(B)	2014
Hepatit C taraması	Enfeksiyon riski yüksek olan kişilerde hepatit C virüsü enfeksiyonu taramasını önerir.	(B)	2013
Akciğer kanseri taraması	55 ile 80 yaşları arasında, 30 paket yıl sigara içme öyküsü olan ve şu anda sigara içen veya son 15 yıl içinde sigarayı bırakmış olan erişkinlerde yıllık düşük doz bilgisayarlı tomografi ile akciğer kanseri taraması yapılmalıdır.	(B)	2013
HIV taraması	15 ila 65 yaş arasındaki ergenlerde ve yetişkinlerde HIV enfeksiyonu taramasını önerir.	(A)	2013
Alkol suistimal taraması ve danışmanlık	18 yaş ve üzeri yetişkinleri alkolü kötüye kullanım konusunda taramasını ve bunu azaltması için davranışsal danışma hizmetleri verilmesini önermektedir.	(B)	2013
Prostat Kanseri Tarama	55 ila 69 yaş arası erkekler için, prostat kanseri için periyodik prostat spesifik antijen (PSA) tabanlı tarama yapma kararı bireysel olmalıdır. 70 Yaş ve üzeri erkeklere tarama önerilmez	(C) (D)	2018

2.6 Türkiye’de Periyodik Sağlık Muayeneleri

Türkiye’de 2011 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından diğer ülkelerin çalışmaları ve kılavuzları incelenerek periyodik muayene rehberi oluşturulmuştur. Daha sonra bu rehber ilgili uzmanlarca da değerlendirilerek 2014 yılında Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) tarafından Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Taslak Rehberi adı altında sunulmuştur. 2015 yılında ise bu taslak rehber Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi olarak yayımlanmıştır (50).

2.6.1 THSK psm ve tarama testleri rehberi önerileri (50)

1-Kardiyovasküler olaylardan korunmada risk değerlendirmesi;

40 yaş altı olup ailesinde erken yaşlarda aterosklerotik hastalık öyküsü olan bireylere yada 40 yaş üzeri tüm bireylere ne nedenle başvurduğuna bakılmaksızın bir defa kardiyovasküler risk değerlendirmesi yapılmalı, risk saptanması durumunda bireylere yaşam tarzında değişiklikler önerilmeli ve gerekli değerlendirmeler yapılmalıdır.(50).

Risk değerlendirmesi yapılırken en çok Amerikan Kalp Birliği (AHA) tarafından geliştirilen Framingham risk değerlendirme sistemi kullanılmaktadır. Bu sistemde, hastanın yaşı, cinsiyeti, sigara kullanımı, boyu, ağırlığı, bel çevresi, aile öyküsü, diyabet varlığı, kardiyovasküler hastalık varlığı, tansiyonu, antihipertansif tedavi, lipit paneli gibi özellikleri değerlendirilerek 10 yıl içindeki miyokart enfarktüsü veya koroner ölüm riski hesaplanmaktadır(56). Kardiyovasküler hastalıkların başlıca davranışsal risk faktörleri sağlıksız diyet, sedanter yaşam, sigara tüketimi ve alkolün zararlı kullanımıdır. Yaşam tarzı değişiklikleri ile; tütün kullanımının kesilmesi, tuz kullanımının azaltılması, daha fazla sebze ve meyve tüketilmesi, düzenli egzersiz yapılması ve alkolün zararlı kullanımından kaçınmanın kardiyovasküler hastalık riskini azaltabildiği gösterilmiştir(57).DSÖ de risk faktörlerinin ortadan kaldırılması ile kardiyovasküler hastalıkların görülme sıklığının yarıya indirilebileceğini bildirmektedir(58). Bu nedenle kardiyovasküler hastalık açısından yüksek riskli bireylerin erken tespit edilmesi ve risk faktörlerinin ortadan kaldırılması önem kazanmaktadır

2-Kardiyovasküler hastalıkları önlemek için aspirin verilmesi (erkek);

45 ila 65 yaş arası erkeklere risk durumları (antikoagulan tedavi alımı ve gastrointestinal yan etkilerin olması, böbrek yetmezliği, karaciğer hastalığı, kanama bozukluğu veya trombositopeni varlığı) gözetilerek günlük 81 mg aspirinin kullanımı önerilmektedir.

Aspirinin ilk olarak 1974 yılında kardiyovasküler olaylardan biri olan kalp krizi üzerinde olumlu etkisi olduğu ve ayrıca sonraki yıllarda yapılan çalışmalarda tekrarlayan kardiyovasküler olayları önlemede de yararlı olduğu gösterilmiştir. Ancak aspirin kanamaya neden olabilmektedir. Bu sebeple, on yıllık kardiyovasküler hastalık riski orta ya da yüksek (%10 üzeri) olan kişilere aspirin tavsiye edilmekle birlikte primer korumada kullanım kararını hekimin hastaya göre çoğul risk faktörlerini gözетerek vermesi önerilmektedir (59).

3- İskemik inmeyi önlemek için aspirin verilmesi(kadın);

55 ile 65 yaş arası kadınlara risk faktörleri (antikoagulan tedavi alımı ve gastrointestinal yan etkilerin olması, böbrek yetmezliği, karaciğer hastalığı, kanama bozukluğu veya trombositopeni varlığı) gözetilerek aspirin verilmesi önerilmektedir.

45 yaşın üzerindeki 40.000 civarında kadın ile yapılan kadın sağlığı çalışmasına günlük 100 mg'lık doz halinde kullanılan aspirinin 10 yıllık takip süresinde elde edilen sonuçlarında, aspirin kullanımının kadınlarda inme riskini azalttığı gösterilmiştir(59).

4- Tütün kullanımının ya da pasif içiciliğin sorgulanması;

18 yaş üstü erişkinlerde tütün kullanımı ve pasif içicilik sorgulanmalı, sağlığa zararları konusunda bireyler bilinçlendirilmeli ve kullanım varlığında bağımlılığın seviyesine uygun tedavi verilmeli ya da konu ile ilgili diğer birimlere yönlendirilmelidir.

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de bağımlılık yapıcı maddelerden en yaygın kullanılanı tütün ürünleridir. DSÖ tütün kullanımını, şimdiye kadar karşılaşılan en tehlikeli halk sağlığı sorunlarından biri olarak tanımlamaktadır. Tütün kullanımının zararlı etkileri doğum öncesi dönemden başlayarak, insan yaşamının ölüme kadar olan tüm dönemlerinde görülebilen sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Ayrıca tütün

dumanına maruz kalan bireyler de aynı şekilde etkilenmektedir(57, 60). Tütün kullanımı kardiyovasküler hastalıklar, solunum yolu hastalıkları ve birçok kanser türü için önemli bir risk faktörüdür. Her yıl 8 milyondan fazla insanın ölümüne neden olmaktadır. Ve bunların 1.2 milyonu duman maruziyeti sonucunda gerçekleşen ölümlerdir(61). Bu nedenle tütün kullanımı taraması, danışmanlık ve tedavi hizmetleri büyük önem taşımaktadır.

5-Arteriyel tansiyon takibi;

18 yaşından büyük bireylerde tansiyon yüksekliğini erken dönemde saptamak ve kardiyovasküler hastalıkları engellemek amacı ile yıllık minimum bir defa tansiyonun ölçülmesini önermektedir.

Dünyada engellenebilir ölüm sebeplerinin risk faktörlerinden biri de hipertansiyondur. 2000 yılında dünya yetişkin nüfusunun %26,4'ünde yüksek tansiyon olduğu, 2025 yılında ise %29,2'ye ulaşacağı öngörülmektedir. Bu yüzden, hipertansiyon konusunda toplumsal bilincin ve farkındalığın artırılması gerekmektedir. Hipertansiyon önlenabilir bir sağlık sorunu olduğundan yaşam tarzı değişiklikleri ile gelişimi önlenmeye çalışılmalı, geliştiğinde ise erken tanı konularak etkin bir şekilde tedavi edilmelidir (62).

6-Serum lipit profili taraması;

Risk faktörlerinden minimum bir tanesini taşıyan 18 yaş üzeri veya 35 yaş üzeri tüm bireylerde 5 yılda bir lipit panelinin taraması önerilmektedir.

Aterosklerozun en önemli nedenlerinden biri dislipidemidir. Aterosklerotik süreç, klinik belirtiler ortaya çıkmadan uzun yıllar önce oluşmaya başlamaktadır. Genetik faktörler ve ek risk faktörlerinin de varlığı ile her yaşta görülebilmektedir. Dislipidemi gelişiminin önlenmesi ve erken tanınması sağlandığında aterosklerotik kardiyovasküler hastalık gelişme riskini azaltmak mümkündür(63).

7-Diabetes mellitus taraması;

45 yaşın üzerindeki tüm bireylere ve risk faktörü bulunan bireylere açlık plazma glukozu, HbA1c veya OGTT ile tarama önerilmektedir. Sonucun normal olması halinde üç yılda bir tekrar edilmesi önerilmektedir. Risk faktörleri;

- Vücut kitle indeksi ≥ 25 (kg / m²) (erkeklerde 102 cm, kadında 88 cm üzeri bel çevresi),
- Birinci derece akrabalarda diyabet varlığı
- Doğum ağırlığı 4.1 kg'ın üzerinde bebek dünyaya getirmek
- Gestasyonel diyabet öyküsünün varlığı
- Yüksek tansiyon varlığı
- Yüksek yoğunluklu lipoprotein <35 mg/dl veya Trigliserid >250 mg/dl
- Polikistik over varlığı
- Bozulmuş açlık glukozu ya da bozulmuş glukoz toleransı varlığı
- Kardiyovasküler hastalık varlığı
- İnsülin direnci ile ilgili klinik varlığı (örn: akantosis nigrikans)

Diyabet oldukça ciddi ve ilerleyici bir hastalıktır. Kontrol altına alınmadığında akut ve kronik komplikasyonlara neden olarak morbidite ve mortaliteyi ciddi ölçüde etkilemektedir. Hastalığın görülme sıklığı artışı beraberinde getirdiği komplikasyonların da artışına neden olmakta ve diyabetin kronik komplikasyonlarından dolayı her yıl 3 milyon insan ölmektedir. Dolayısıyla hem kişi hem de toplum açısından önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır(64). Bu nedenle diyabeti taramak, akut ve kronik komplikasyonların önüne geçmek önem arz etmektedir.

8-Tiroid fonksiyon anomalileri;

Ailesinde tiroid hastalığı olan kişilere ilk görüşmede ve 35 yaş üzeri tüm bireylere 5 yılda bir Tiroid Fonksiyon Testlerinin (TSH) yapılması önerilmektedir.

Amerikan Önleyici Hizmetler Görev Gücü (USPSTF) ise, semptomu olmayan yetişkinlerde ve gebe olmayanlarda, tiroid disfonksiyonu taraması için verilerin yeterli olmadığı belirtmekte ve Amerikan Aile Hekimleri Akademisi (AAFP) de bu öneriyi

desteklemektedir(65, 66). Ülkemizde bu konu ile ilgili henüz yeni bir güncelleme bulunmamaktadır.

9-Obezite taraması;

18 ile 65 yaş arası erişkinlerde yılda bir boy, ağırlık, beden kitle indeksi ve bel çevresi ölçümü yanında kan glukozu, lipit paneli, ALT, kreatinin ve tsh ölçülmelidir. Ölçümler sonrasında gerekirse sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite konusunda danışmanlık yapılması önerilmektedir.

Obezite ilk olarak Hipokrat tarafından bir hastalık olarak kabul etmiştir. Günümüzde önlenabilir ölümlerin önemli nedenlerinden biridir. 2016 yılında DSÖ Türkiye'nin obezite prevalansının %29,5 olduğunu ve Avrupa'da obezitenin en çok rastlandığı ülke olduğunu bildirmiştir. Obezite; diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, hiperlipidemi, serebrovasküler hastalık, kanser, obstrüktif uyku apne sendromu, gastroözofageyal reflü, safra yolları hastalığı, nonalkolik karaciğer yağlanması, polikistik over sendromu, infertilite, osteoartroz ve depresyon gibi sağlık sorunlarına sebep olmakta ve bu sebeple sağlık harcamalarını da arttırmaktadır. (67-69)

10-Tüberküloz taraması;

Tüberküloz açısından riskli gruplara Mantoux testi (Tüberkülin deri testi) yapılarak kişiler taranmalıdır. Riskli gruplar; sigara kullanan, alkol veya ilaç bağımlıları, temaslı kişiler, HIV ya da immün sistemi baskılayan tedavi alanlar, tutuklular, silikozis, diyabet varlığı, böbrek yetmezliği, lösemi veya lenfoması olanlar, düşük vücut ağırlığına sahip kişiler (ideal vücut ağırlığından %10 daha düşük kiloya sahip olanlar) dir.

Tarama, risk gruplarında yılda bir kez, riskin çok yüksek olduğu özel durumlarda yılda iki ya da daha fazla kez yapılabilir(70). Tüberküloz önlenabilir ölümlerin %26'sını oluşturmaktadır. Tüberkülozun dünya genelinde sorun haline gelmesinin nedeni tüberküloz basilinin enfekte ettiği kişinin vücudunda hayat boyu dormant olarak kalıp, fırsatını bulduğunda kişiyi tekrar hasta edebilmesidir. Bu yüzden tüberküloz etkeni ile karşılaşmayı engellemek tüberküloz savaşının asıl hedefini

oluşturur. Bunu da aktif hastaların belirlenip, tedavi edilmesi ve basilleri bulaştırmalarını engellemekle mümkün olabilecektir(71).

11- Kadınlarda meme kanser taraması;

Meme kanseri hakkında farkındalık oluşturmak ve erken tanı sağlamak amacıyla 20 yaş üzeri kadınlara ayda bir kez kendi kendine muayene yapması önerilmektedir. Birinci derece akrabalarında meme kanseri olan 20-40 yaş arası kadınlara yılda bir, bulunmayanlara ise iki yılda bir hekimin yapacağı klinik muayene, 40-69 yaş arası bütün kadınlara yılda bir hekimin yapacağı rutin klinik muayene ve iki yılda bir mamografi önerilmektedir.

Uluslararası Kanser Araştırma Derneği tarafından yapılan araştırmaların sonucuna göre meme kanseri kadınlarda görülen tüm kanserlerin %24,2 'sini oluşturarak kadın kanserleri içinde ilk sıradadır(72). Türkiye’de ve dünyada genelinde olduğu gibi kadınlarda en çok saptanan kanser kaynaklı ölüm nedeni meme kanseridir(73). Meme kanserinin mortalitesini azaltabilmesinden dolayı uygun yaş ve aralıklarla yapılan tarama programları büyük önem taşımaktadır.

12-Erişkinlerde Kolon Kanseri Taraması;

50 ile70 yaş arası yetişkinlere yılda bir gaitada gizli kan testi ve on yılda bir kolonoskopi önerilmektedir. Birinci derece akrabalarında kolorektal kanser öyküsü bulunanlarda taramaya 40 yaşında başlanması, birinci derece akrabalarında erken yaşta görülmüş kolorektal kanser öyküsü bulunanlarda ise taramaya kanserin çıktığı yaştan beş yıl önce başlanması önerilmektedir.

Kolorektal kanserler dünyada da ülkemizde de kanserler arasında 3.en sık görülen kanserlerdir(73, 74). Kolorektal kanserlerde erken tanı yüksek sağ kalım oranları ile ilişkili olduğundan uygun aralıklarla uygun yaş gruplarını taramak önem arz etmektedir.

13-Serviks kanseri ve prekanseröz lezyonların taraması;

Beş yılda bir papsmear testi veya human papilloma virüs testi ile 30 ile 65 yaş aralığındaki kadınlar taranmalıdır.

Rahim ağzı kanseri, kadınlarda en sık görülen dördüncü kanserdir (75). Uygulanan tarama, tedavi edilmediği takdirde kansere dönüşebilecek olan kanser öncesi lezyonları yani prekanseröz lezyonları tespit etmeyi amaçlamaktadır. Rahim ağzı kanseri erken teşhis edildiği ve iyi yönetildiğinde başarılı şekilde tedavi edilebilen kanser türlerinden biridir.

14-Erkeklerde prostat kanseri ;

Ailesinde prostat kanseri öyküsü bulunan 40 yaş üstü erkekler ve aile öyküsü bulunmayan 50 yaş üstü erkekler erken tanı amaçlı bilgilendirilmeli ve üroloji uzmanına yönlendirilmelidir.

15- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar;

18 yaş üstü ve cinsel aktif kişilerden talep edilmesi halinde veya risk faktörlerinin bulunması surumunda gerekli bilgilendirme yapılarak HBV, HCV, HIV, gonore ve klamidya açısından taranmalıdır.

16-Osteporoz taraması;

<65 yaş risk faktörlerin bulunan bireylerde minimum bir defa laboratuvar testlerinin yapılması (tam kan sayımı, kalsiyum, kreatinin, d vitamini, alkalen fosfataz, TSH) gerekmektedir. Gerekli durumlarda fizik tedavi ve rehabilitasyon, endokrinoloji ve/veya ortopedi uzmanlarına yönlendirilmelidir

Uzayan insan ömrü ile osteoporoz görülme oranı ve buna bağlı oluşan kalça kırığının da görülme sıklığı artmıştır. Osteoporoz yüksek maliyetli bir hastalık olması ve neden olduğu kalça kırıklarının yüksek morbidite ve mortalite ile

sonuçlanmasından dolayı önemli bir halk sağlığı sorunu olmaktadır. Osteoporozun yaş, kadın cinsiyet, ailede osteoporoz öyküsü, etnik köken, daha önceki kırık, östrojen eksikliği (menopoz / histerektomi), uzun süreli glukokortikoid tedavisi vb. risk faktörleri değiştirilemezken; alkol kullanımı, sigara kullanımı, düşük vücut kitle indeksi, D vitamini eksikliği, diyetle düşük kalsiyum alımı, yetersiz egzersiz, sık düşmeler vb risk faktörleri değiştirilebilmektedir. Bu nedenle yaşam tarzı değişiklikleri ve uygun tıbbi tedavinin birleşimi ile birçok kırık önlenilebilecektir (76-78).

17-Alkol tüketiminin sorgulanması;

18 yaş üstü erişkinlerde alkol kullanımı sorgulanmalıdır. Kullananlar alkolün zararlı etkileri ve devam eden kullanım halinde oluşabilecek sağlık sorunları açısından bilgilendirilmeli ve tedavi edilmek üzere ilgili merkezlere yönlendirilmelidir.

18-Depresyon tarama;

18 ile 65 yaş grubundaki bireylerde, bireyin şikayetinin olması veya hekimin öngörmesi durumunda son iki hafta içinde çoğu gün kendisini çökkün veya umutsuz hissedip hissetmediğini yine son iki hafta içinde hayattan zevk almamak veya ilgi kaybı gibi şikayetlerinin olup olmadığı sorularak depresyon taraması yapılmalıdır. Bu iki soruya evet cevabı alınırsa hasta psikiyatri uzmanına yönlendirilmelidir.

Depresyonun yaşam boyu prevalansı kadınlarda erkeklerden daha fazla olmakla birlikte ortalama %10 ile %21 arasında değişmektedir. Depresyon sık görülmesi, yaşam kalitesinde düşüşe neden olması ve performans kaybına yol açmasından dolayı önemli bir sağlık sorundur(79).

19-Erişkinlerde bağışıklama;

Aşı ile engellenebilir hastalıklardan korunmak amacıyla yetişkin risk gruplarına tetanoz, hepatit A,hepatit B, meningokoksik menenjit, suçiçeği ve Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak (KKK, pnömokok, mevsimsel grip açıları yapılmalıdır.

Erişkinlerde aşılama ile morbidite ve mortalite aısından önem arz eden birçok hastalıktan korunmak mümkündür. Bağışıklama çalışmalarına yönelik yapılan harcamalar, hastalık ve tedavi için olan harcamalarla karşılaştırıldığında maliyet etkin olduğu gözlenmiştir(80).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Yeri

Bu çalışma; OMÜ Tıbbi Araştırmalar Yerel Etik Kurul Yönergesine göre hazırlanan Etik Kurul raporu onayı alındıktan sonra, OMÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından planlanarak yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel tipte, tanımlayıcı, analitik özellikleri olan bir anket çalışmasıdır.

3.3 Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini 01.01.2020-01.04.2020 tarihleri arasında Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aziziye ve Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'ne başvuran, iletişime engel bir rahatsızlığı olmayan, çalışma hakkında bilgilendirme yapıp çalışmaya katılmayı kabul eden 18-65 yaş arası bireyler oluşturmaktadır.

3.4 Araştırmanın Örneklem Büyüklüğü

Örneklem büyüklüğü kişilerin periyodik muayene hakkında farkındalık oranlarının %50 olduğu kabul edilerek %5 hata ve %95 güven aralığında OpenEpi ile hesaplanan örneklem büyüklüğü 364 olarak bulunmuştur. Hesaplanan katılımcı sayısına ulaşmak için 400 kişiye ulaşılmış olup, 17 kişi araştırmaya katılmayı kabul etmemiş, 5 kişi çalışmaya başladıktan sonra devam etmemiş ve 6 kişi anket sorularındaki sürekli aynı cevabı verme gibi uygunsuzluklar nedeniyle çalışmadan çıkarılmıştır. Sonuç olarak 01.01.2020-01.04.2020 tarihleri arasında Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aziziye ve Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'ne başvuran 372 kişiyle çalışma tamamlanmıştır.

3.5 Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araçlar

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınarak başlatılan bu çalışma gönüllülük esasına dayanmakta olup, çalışmaya alınan bireylerden Helsinki Bildirgesi'ne göre onay alınmıştır. İlgili literatür taranarak oluşturulmuş olup, anket formu sosyodemografik verileri değerlendiren 15 soru, ardından erişkinlerin periyodik sağlık muayenesi hakkında bilgi, tutum ve farkındalıklarını içeren 41 sorudan oluşmaktadır. Katılımcılara çalışmanın amacı belirtilmiş ve çalışmaya katılmaya gönüllü olanlarla yüz yüze görüşme tekniğiyle anket formları uygulanmıştır.

3.6 Etik Konular

Gerekli etik izin 26.12.2019 tarihinde OMÜ Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'nın B.30.2.ODM.0.20.08/997-22 sayılı yazısı ile onaylanarak alınmıştır. (Ek-2)

3.7. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

01.01.2020-01.04.2020 tarihleri arasında Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aziziye ve Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'ne başvuran, 18-65 yaş arası bireyler çalışmaya dahil edilmiştir.

3.8. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

<18 yaş olmak, >65 yaş olmak, araştırmacılar tarafından uygunsuz olduğu değerlendirilen anketler, çalışmayı yarıda bırakmak ya da katılmayı kabul etmemek

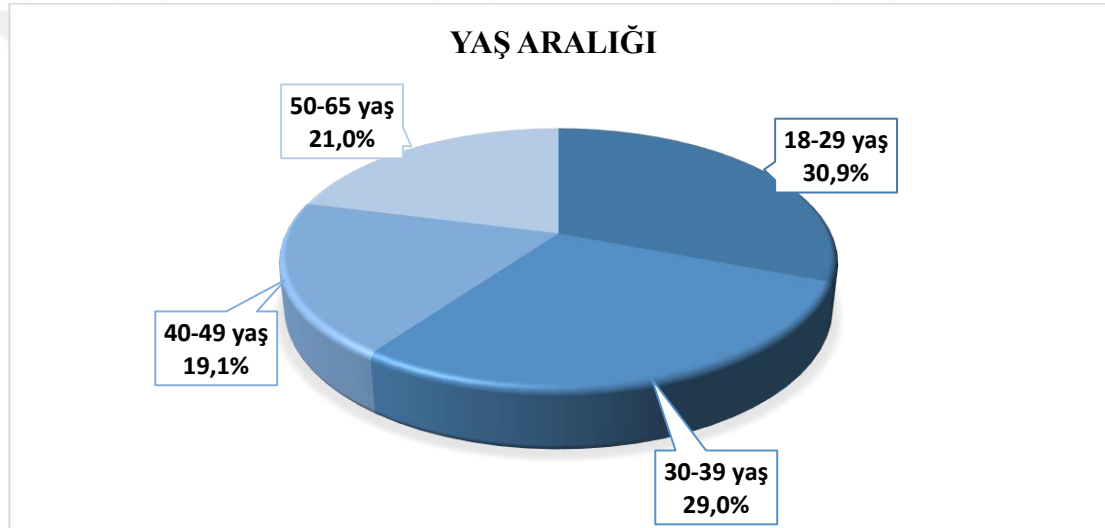
3.9. İstatistiksel Analiz

Çalışmadaki veriler bilgisayar ortamında SPSS Versiyon 22.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizi için yaş grupları oluşturulurken 10'lu yaş grupları oluşturulmuştur ve gruplar: 1. Grup: 18-29, 2. Grup: 30-39, 3. Grup :40-49, 4. Grup: 50-65 şeklinde belirlenmiştir. Frekans tabloları sayı ve yüzdelik olarak gösterilmiştir. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmamıza Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aziziye ve Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'ne başvuran ve araştırmamıza katılmayı kabul eden 18-65 yaş arası 372 kişi dahil edilmiştir. Katılımcıların %68,3'ü (n=254) kadın, %31,7'si (n = 118) erkektir.

Araştırma grubunun yaş ortalaması $38.06 \pm 12,68$ yıl olup, yaş gruplarının dağılımına bakıldığında %30,9 ile en fazla 18-29 yaş aralığında, ardından %29 ile 30-39 yaş aralığında katılımcı bulunuyordu. Katılımcıların yaş aralığına göre dağılımları Şekil 1'de sunulmuştur.



Şekil 1. Katılımcıların yaş aralığına göre dağılımları

Araştırma grubunun %63,4'ü (236 kişi) evli, %36,6'sı (136 kişi) bekardı. Araştırmaya katılanlardan kendi gelir durumlarını değerlendirmeleri istenildi; %21'i (n:78) kendi gelir durumunu iyi olarak tanımlarken, %68,5'i (n:255) orta ve %10,5'i (n:39) ise kötü olarak tanımlamıştır.

Eğitim durumları incelendiğinde %46,5'inin (n:173) ≤ 12 yıl eğitim gördüğü, %53,5'inin (n:199) ise >12 yıl eğitim gördüğü gözlenmiştir.

Meslek guruplarına bakıldığında %11,6'sı (n:43) sağlık çalışanı, %11'i (n:41) emekli, %15,9'u (n:59) öğrenci, %8,1'i (n:30) işçi, %14,2'si (n:53) memur olup, %19'u (n:71) ise işsiz veya çalışmıyordu. Araştırmaya katılanların %92,2'sinin (n:343) sağlık

güvencesi vardı. Araştırma grubunun bazı sosyodemografik özellikleri Tablo 4’te verilmiştir.

Tablo 3. Araştırma grubunun bazı sosyodemografik özellikleri

Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	254	68.3
Erkek	118	31.7
Yaş Grupları		
18-29	115	30.9
30-39	108	29.0
40-49	71	19.1
50-65	78	21.0
Medeni Durum		
Evli	236	63.4
Bekar	136	36.6
Ekonomik Durum		
İyi	78	21.0
Orta	255	68.5
Kötü	39	10.5
Eğitim Durumu		
≤ 12 Yıl Eğitim Görmüş	173	46.5
> 12 Yıl Eğitim Görmüş	199	53.5
Meslek		
Memur	53	14.2
İşçi	30	8.1
Öğrenci	59	15.9
Emekli	41	11.0
Sağlık Çalışanı	43	11.6
İşsiz-çalışmıyor	71	19.0
Diğer	75	20.2
Sağlık Güvencesi		
Var	343	92.2
Yok	29	7.8
Toplam	372	100.0

n: Katılımcı sayısı, %: Satır Yüzdesi

Araştırma grubunun sigara kullanım durumu değerlendirildiğinde %56,5'inin (n:210) daha önce hiç sigara içmediği, %18'inin (n:67) bir süre içip bıraktığı, %25,5'inin (n:95) ise halen sigara içicisi olduğu gözlenmiştir. Sigara içenlerin içtikleri yıl ortalama değeri 10 (min: 1 – max: 25) yıl olup günlük içilen sigara miktarı ortalama değeri 10 (min: 3 – max: 40) şeklindedir. Sigarayı bırakanların ortalama sigara içme süresi 10 (min: 1 – max: 40) yıl ve günlük içilen sigara miktarı ortalama değeri 11 (min: 3 – max: 30) olup sigarayı bıraktıkları süre ortalama değeri 7.5 (min: 1 – max: 25) şeklindedir.

Katılımcıların %77,4'ü (n:288) alkol kullanmazken, %22,6'sı (n:84) kullanıyordu. Kullananların %51,2 (n:43)'si yalnızca hafta sonları, 1 kişi ise düzenli olarak her gün alkol aldığını belirtmiştir. Katılımcıların sadece %16,9'u (n:63) düzenli olarak spor yapıyordu.

Araştırma grubunun %22,8'inin (n:85) kronik hastalığı mevcuttu. Kronik hastalıklardan en sık görülenler %21,9 ile kronik akciğer hastalığı ve tip 2 diyabet idi. Diğer kronik hastalığı olduğunu söyleyenlerden 13 kişinin tiroid ile ilgili rahatsızlığı ve 10 kişinin ise hipertansiyonu mevcuttu.

Araştırma grubunun %49,5'inin (n:184) birinci derece akrabalarında kronik hastalık vardı. Birinci derece akrabalarında kanser öyküsü incelendiğinde ise %19,1'inin (n:71) birinci derece akrabalarında kanser öyküsü vardı.

Katılımcılardan kendi sağlık durumlarını nasıl gördüklerini değerlendirmeleri istendi; %68,5'i (n:255) kendi sağlık durumunu iyi olarak değerlendirmiştir. 4 kişi ise sağlık durumunu kötü olarak değerlendirmiştir.

Katılımcıların aile hekimliğine ne sıklıkla başvurdukları incelendiğinde, %3,5'i (n:13) haftada en az bir kez, %25,8'i (n:96) ayda en az bir kez, %51,9'u (n:193) yılda en az bir kez ve %18,8'i (n:70) ise yalnızca hastalandığında aile hekimine gidiyordu. Katılımcıların sağlıkla ilgili bazı özellikleri Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 4. Araştırma grubunun sağlıkla ilgili bazı göstergeleri

Özellikler	Sayı	Yüzde
Sigara İçme		
Hiç içmedim	210	56.5
Bıraktım	67	18.0
İçiyorum	95	25.5
Alkol Alma		
Evet	84	22.6
Hayır	288	77.4
Düzenli Spor Yapma		
Evet	63	16.9
Hayır	309	83.1
Kronik Hastalık		
Var	85	22.8
Yok	287	77.2
Kronik Hastalıklar		
Akciğer Hastalığı	23	21.9
Böbrek Hastalığı	4	3.8
Tip 2 DM	23	21.9
Kalp Hastalığı	21	20.0
Diğer	34	32.4
Birinci derece akrabalarda kronik hastalık		
Var	184	49.5
Yok	188	50.5
Birinci derece akrabalarda kanser öyküsü		
Var	71	19.1
Yok	301	80.9
Sağlık Durumu	59	15.9
İyi	255	68.5
Orta	113	30.4
Kötü	4	1.1
Aile Hekimine Başvuru		
Haftada en az 1 kez	13	3.5
Ayda en az 1 kez	96	25.8
Yılda en az 1 kez	193	51.9
Yalnızca hastalandığında	70	18.8
Toplam	372	100.0

n: Katılımcı sayısı, %: Satır Yüzdesi

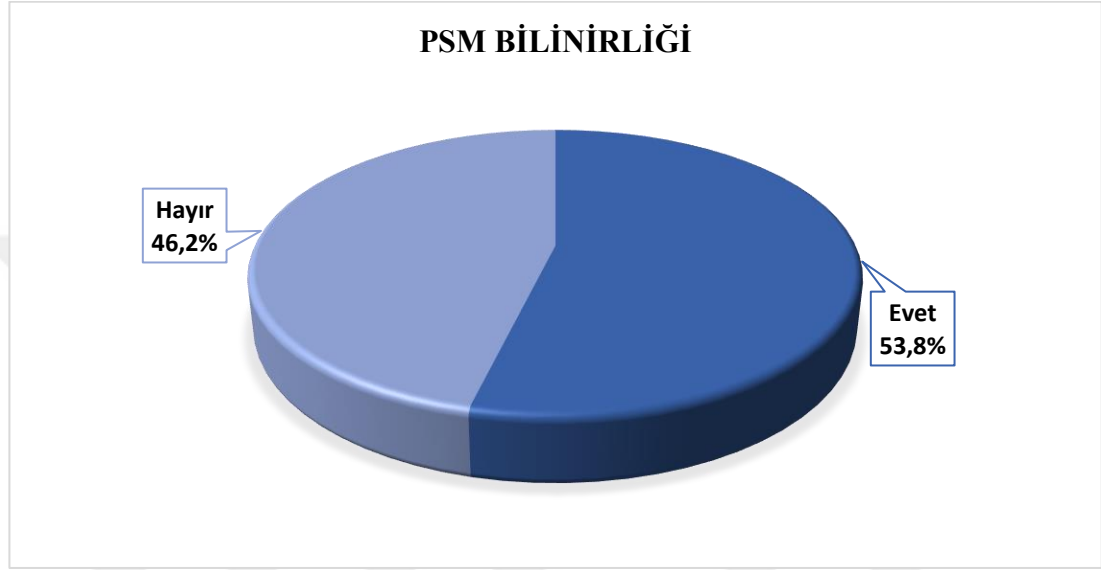
Katılımcıların eğitim düzeyleri ile sigara kullanımlarının ilişkisi incelendiğinde ≤ 12 yıl eğitim görmüş grup ile >12 yıl eğitim görmüş grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Cinsiyet ile sigara kullanımı ilişkisi değerlendirildiğinde ise istatistiksel anlamda fark bulunmuştur. Erkek cinsiyette sigara kullanım oranının kadın cinsiyete göre yüksek olduğu görülmüştür. Eğitim ve cinsiyete göre sigara içme durumunun değerlendirilmesi Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 5. Eğitim ve cinsiyete göre sigara içme durumu

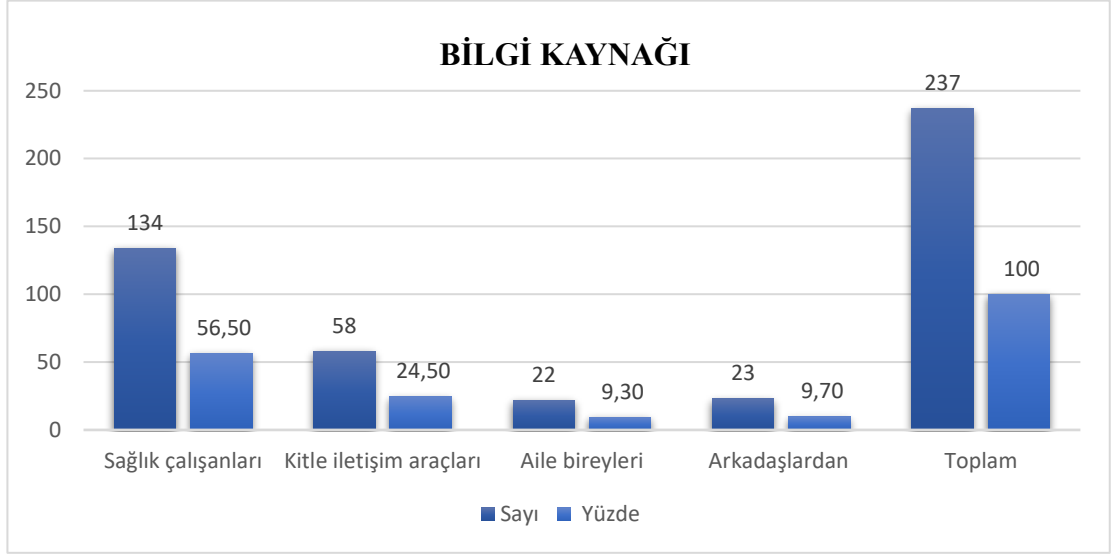
	Sigara İçme						Toplam	
	Hiç içmemiş		Aktif İçici		Eski İçici			
Eğitim Durumu	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
≤ 12 Yıl Eğitim Görmüş	96	55.5	43	24.9	34	19.7	173	100.0
>12 Yıl Eğitim Görmüş	114	57.3	52	26.1	33	16.6	199	100.0
	X²= 0.596 p= 0.742							
Cinsiyet	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Kadın	156	61.4	62	24.4	36	14.2	254	100
Erkek	54	45.7	33	28.0	31	26.3	118	100
	X²= 10.444 p= 0.005							

Katılımcılara daha önce hiç periyodik sağlık muayenesi ifadesini duyup duymadıkları soruldu, %46,8'i (n:174) daha önce hiç periyodik sağlık muayenesi ifadesini duymadığını belirtti. Katılımcıların periyodik sağlık muayenesi ifadesini duyma oranları Şekil 2’de verilmiştir.



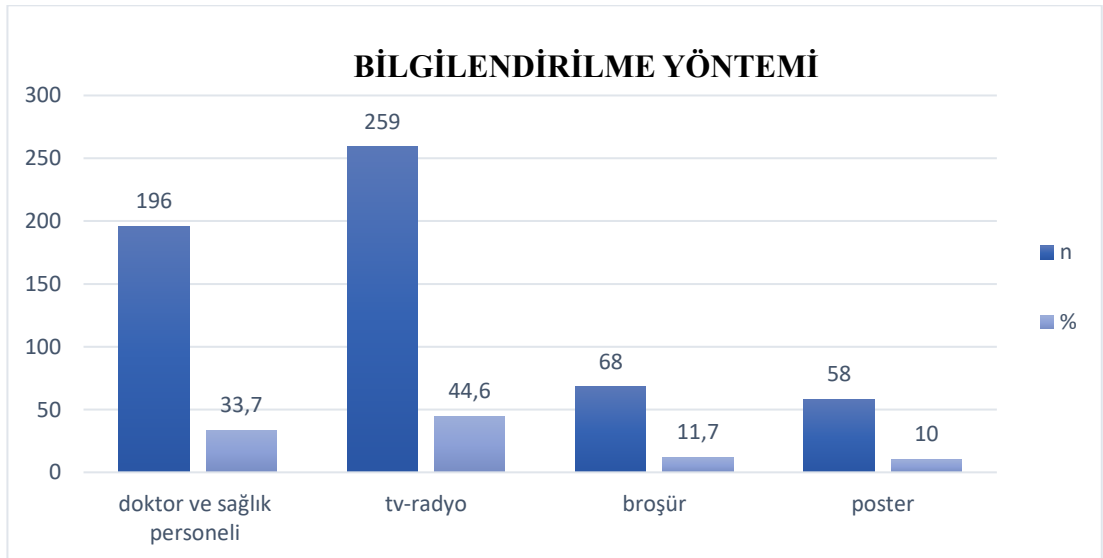
Şekil 2. Katılımcıların periyodik sağlık muayenesi ifadesini duyma oranları

Daha önce periyodik sağlık muayenesi ifadesini duymuş olan 198 kişiye bu ifadeyi nereden duydukları soruldu, %56,5'i sağlık çalışanlarından duyduğunu, %24,5'i (n:58) ise radyo/tv gibi kitle iletişim araçlarından duyduğunu belirtirken, %19'u da aile bireyleri veya arkadaşlarından duyduklarını belirttiler. Katılımcıların periyodik sağlık muayenesi ile ilgili bilgi kaynakları Şekil 3’te verilmiştir.



Şekil 3. Katılımcıların periyodik sağlık muayenesi ile ilgili bilgi kaynakları

Katılımcılara periyodik sağlık muayenesi hakkında bilgilendirilmeleri için etkili olacağını düşündükleri yöntemler soruldu, %44,6'sı (n:259) radyo/tv gibi kitle iletişim araçlarının daha etkili olacağını düşünürken %33,7'si doktor ve sağlık personeli tarafından bilgilendirilmenin daha etkili olacağını belirtmiştir. PSM hakkında etkili olduğu düşünülen bilgilendirme yöntemi Şekil 4'te verilmiştir.



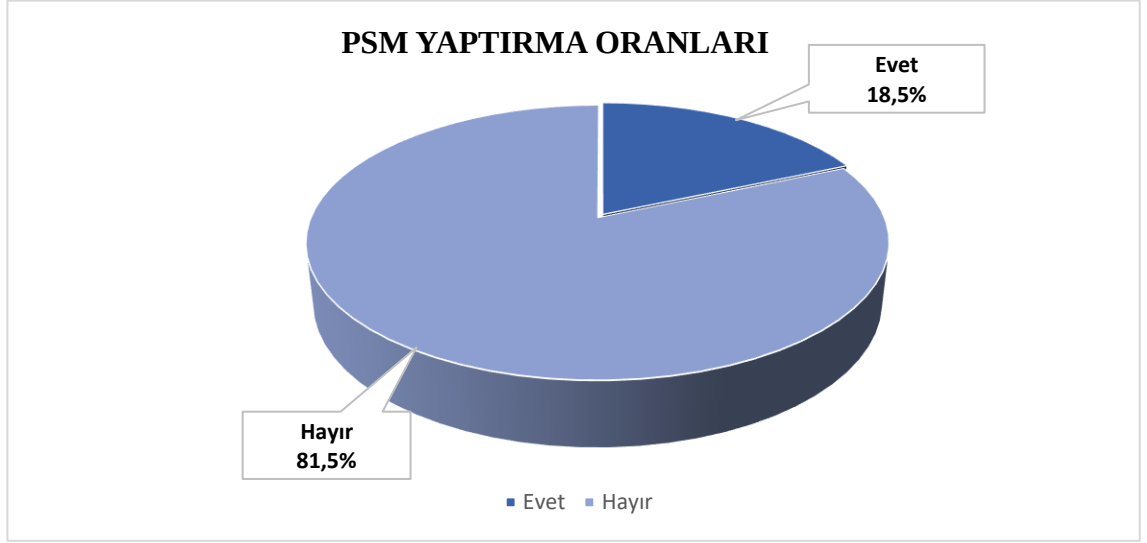
Şekil 4. PSM hakkında etkili olduğu düşünülen bilgilendirme yöntemi

Katılımcıların aile hekimlerine gitme sıklıkları ile periyodik sağlık muayenesi hakkında bilgilendirilmeleri için etkili olacağını düşündükleri yöntemler karşılaştırıldığında, tüm grupların tv-radyo gibi kitle iletişim araçları ile bilgilendirilmeyi daha etkin bulduğu görülmüştür. Tüm gruplar tarafından en az tercih edilen yöntemler ise posterler ve broşürler olmuştur. PSM hakkında bilgilendirilmek için tercih edilen yöntemler ile aile hekimliğine başvuru sıklıklarının değerlendirilmesi Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 6. PSM için bilgilendirme ile aile hekimliğine başvuru durumu

PSM için bilgilendirme	Aile Hekimliğine Başvuru Durumu								
	Haftada en az 1 kez		Ayda en az 1 kez		Yılda en az 1 kez		Hastalandığında		Toplam
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Poster	5	17.9	12	8.2	29	9.6	12	11.4	58
Broşür	5	17.9	18	12.4	33	10.9	12	11.4	68
Tv-Radyo	9	32.1	65	44.5	138	46.7	47	44.8	259
Doktor-Sağlık Çalışanı	9	32.1	51	34.9	102	33.8	34	32.4	196
Toplam	28	100	146	100	302	100	105	100	581

Katılımcılara daha önce hiç periyodik sağlık muayenesi yaptırıp yaptırmadıkları soruldu; sadece 18.5’nin (n:69) psm yaptırdığı, %81,5’inin ise (n:303) hiç yaptırmadığı görüldü. Katılımcıların daha önce periyodik sağlık muayenesi yaptırma oranları Şekil 5’te verilmiştir.



Şekil 5. Katılımcıların daha önce periyodik sağlık muayenesi yaptıırma oranları

Katılımcıların periyodik sağlık muayenesi yaptıırma durumları cinsiyete göre değeriendirildiğinde kadın ve erkek cinsiyet arasında istatıksel olarak anlamlı fark saptanmamasına rağmen kadınların daha fazla periyodik sağlık muayenesi yaptırdığı görülmüştür.

Katılımcıların periyodik sağlık muayenesi yaptıırma durumları yaşa göre değeriendirildiğinde %29,6 oranı ile en çok 40-49 yaş arası kişilerin periyodik sağlık muayenesi yaptırdığı görülmüştür. Bunu %24,4 oranı ile 50-65 yaş arası kişiler takip etmiştir.

Katılımcıların periyodik sağlık muayenesi yaptıırma durumları medeni durumlarına göre değeriendirildiğinde istatıksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Evli olan katılımcılar bekar olanlardan daha çok periyodik sağlık muayenesine başvurmuşlardır.

Katılımcıların periyodik sağlık muayenesi yaptıırma durumları eğitim düzeylerine göre değeriendirildiğinde istatıksel olarak anlamlı fark saptanmamasına rağmen >12 yıl eğitim görmüş olanlar periyodik sağlık muayenesine daha fazla başvurmuşlardır.

Katılımcıların kronik hastalık varlığı ile periyodik sağlık muayenesi yaptırma durumları değerlendirildiğinde istatiksel olarak anlamlı fark saptanmamasına rağmen kronik hastalığa sahip olanların daha fazla periyodik sağlık muayenesi yaptırdığı görölmüştür.

Birinci derece akrabalarında kronik hastalık bulunan katılımcılar, bulunmayanlardan istatiksel olarak anlamlı olup daha fazla periyodik sağlık muayenesine başvurmuşlardır.

Katılımcıların birinci derece akrabalarında kanser varlığı ile periyodik sağlık muayenesi yaptırma durumları değerlendirildiğinde istatiksel olarak anlamlı fark saptanmamasına rağmen birinci derece akrabalarında kanser olanların daha fazla periyodik sağlık muayenesi yaptırdığı görölmüştür

Periyodik sağlık muayenesine başvurma oranlarının bazı demografik ve sağlık özellikleri ile karşılaştırılması Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 7. Periyodik sağlık muayenesine başvurma oranlarının bazı demografik ve sağlık özellikleri ile karşılaştırılması

zellikler	PSM Başvurma		Toplam		İstatistik	
Cinsiyet	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	X ²	p
Kadın	50	19.7	254	68.3	0.685	0.408
Erkek	19	16.1	118	31.7		
Yaş						
18-29 Yaş	8	7.0	115	30.9	71.745	<0.001
30-39 Yaş	21	19.4	108	29.0		
40-49 Yaş	21	29.6	71	19.1		
50-65 Yaş	19	24.4	78	21.0		
Medeni Durum						
Evli	56	23.7	236	63.4	11.467	<0.001
Bekar	13	9.6	136	36.6		
Eğitim Durumu						
≤12 Yıl Eğitim Görmüş	27	15.6	173	46.5	1.852	0.174
> 12 Yıl Eğitim Görmüş	42	21.1	199	53.5		
Sigara içme durumu						
Hiç içmedim	43	20.5	210	56.5	1.196	0.550
Bıraktım	11	16.4	67	18.0		
İçiyorum	15	15.8	95	25.5		
Alkol Kullanımı						
Evet	10	11.9	84	22.6	3.170	0.075
Hayır	59	20.5	288	77.4		
Spor yapma						
Evet	16	25.4	63	16.9	2.355	0.125
Hayır	53	17.2	309	83.1		
Kronik Hastalık						
Var	18	21.2	85	22.8	0.504	0.478
Yok	51	17.8	287	77.2		
Birinci derece akrabada kronik hastalık varlığı						
Evet	45	24.5	184	49.5	8.412	0.004
Hayır	24	12.8	188	50.5		
Birinci derece akrabada kanser varlığı						
Evet	16	22.5	71	19.1	0.923	0.337
Hayır	53	17.6	301	80.9		

Araştırmaya katılanlardan daha önce periyodik sağlık muayenesi yaptırmış olan 69 kişiye (%18,5) periyodik sağlık muayenesi yaptırma nedenleri soruldu, %34,7'si (n:43) mevcut şikâyetlerinin değerlendirilmesi için yaptırdığını, %33'ü (n:41) erken teşhis sağlamak için, %20,2'si (n:25) de var olan hastalığının ilerlemesini önlemek için yaptırdığını belirtmiştir. Katılımcıların periyodik sağlık muayenesine başvurma nedenleri Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 8. Periyodik sağlık muayenesine başvurma nedenleri

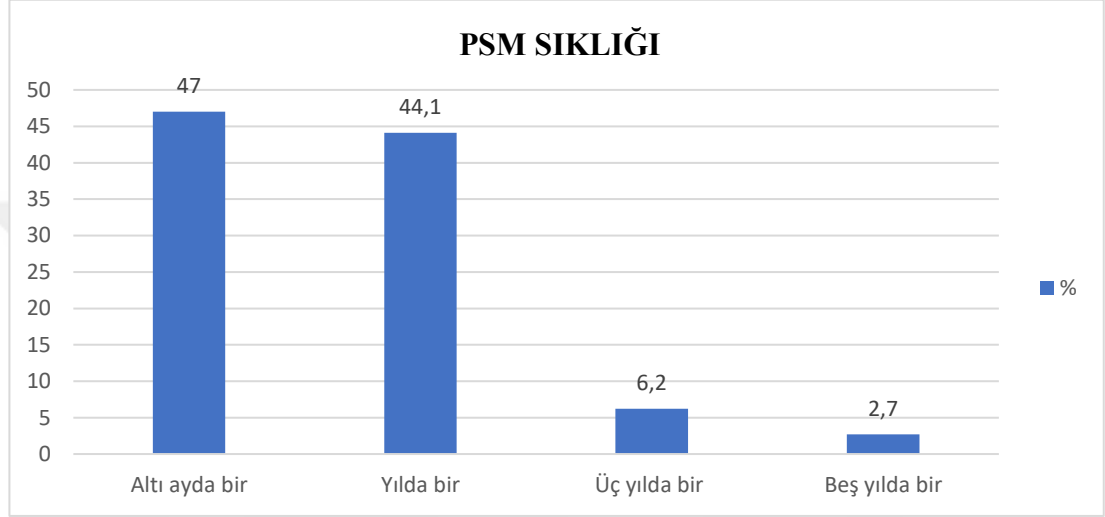
PSM Başvurma nedeni	Sayı	Yüzde
Erken teşhis sağlamak	41	33.0
Var olan hastalığın ilerlemesini önlemek	25	20.2
Şikâyetlerimin değerlendirilmesi	43	34.7
Arkadaş-akraba tavsiyesi	12	9.7
Yaşam tarzı danışmanlığı	3	2.4
Toplam	124	100

Araştırmaya katılanlardan daha önce periyodik sağlık muayenesi yaptırmamış olan 303 kişiye (%85,5) neden yaptırmadıkları soruldu, %44,2 'si (n:170) periyodik sağlık muayenesi hakkında bilgisi olmadığından yaptırmadığını, %19,2'si (n:74) kendisinde hastalık çıkmasından korktuğu için yaptırmadığını, %19,2'si (n:74) yeterli zamanı olmadığını, %12,2'si (n:47) de bu muayenelerin ücretli olduğunu düşündüğünden yaptırmadığını belirtmiştir. Katılımcıların periyodik sağlık muayenesine başvurmama nedenleri Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 9. PSM'ye başvurmama nedenleri

PSM Başvurmama nedeni	Sayı	Yüzde
Bilgisi olmama	170	44.2
Gereksiz bulma	20	5.2
Yeterli zamanı olmama	74	19.2
Ücretli olduğunu düşünme	47	12.2
Hastalık çıkmasından korkma	74	19.2
Toplam	385	100

Katılımcılara periyodik sağlık muayenelerinin ne sıklıkla yapılması gerektiği sorulduğunda, 47,7'si (n:175) altı ayda bir, %44,1'i (n:164) yılda bir, %6,2'si (n:23) üç yılda bir, %2,7'si (n:10) beş yılda bir yapılması gerektiğini düşündüğünü belirtti.



Şekil 6. Katılımcıların psm sıklığı ile ilgili görüşleri

Araştırmaya katılanlara bazı görüşler sunuldu;

Hastalıkların erken dönemde tespit ve tedavisinde periyodik sağlık muayenesinin etkili olduğuna dair sunulan ifadeye katılımcıların %98,9'u desteklemiştir.

'Periyodik sağlık muayenesi sağlıklı iken yapılmalıdır.' ifadesini %80,9'u destekledi.

'Periyodik sağlık muayenesi hastalık sırasında yapılmalıdır' ifadesine %13,2'lik bir kısım kararsız olduğunu belirtmiş ve %63,7 'ü de katılmamıştır.

'Periyodik sağlık muayenesi de danışma ve rehberlik hizmetleri laboratuvar testlerinden faydalıdır' ifadesine %45,7'si katılmış %54,3'ü de katılmamış ya da kararsız kalmıştır.

'Periyodik sağlık muayenesinin en değerli bileşeni laboratuvar testleridir' ifadesine ise %73,7'si katılarak laboratuvar testlerine verdikleri önemi belirtmişlerdir.

'Kanser ve kronik hastalıkların erken teşhisinde önerilen muayene ve taramalar için bilgilendirme ve yönlendirme mesajı almak muayene ve taramayı takip edip yaptırmamı sağlar' ifadesine %91,7'si katılarak bilgilendirme ve yönlendirme gereksinimlerini belirtmişlerdir. Katılımcıların PSM ile ilgili bazı görüşlere verdiği cevaplar Tablo 11' de verilmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların PSM ile ilgili bazı görüşlere verdiği cevaplar

PSM uygulamaları ilgili bazı görüşler	Katılıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Psm hastalıkların erken dönem tespit ve tedavisinde etkilidir.	368	98.9	2	0.5	2	0.5
Psm herkese yapılmalıdır.	340	91.4	24	6.5	8	2.2
Psm sağlıklı iken yapılmalıdır	301	80.9	52	14	19	5.1
Psm hastalık sırasında yapılmalıdır.	86	23.1	237	63.7	49	13.2
İnsanlar kendilerine iyi bakarlarsa psm gereksizdir.	41	11	302	81.2	29	7.8
Bir kişi kendini iyi hissediyor olsa bile yılda en az bir kez rutin bir fizik muayenesi yapılmalıdır.	340	91.4	20	5.4	12	3.2
Psm de danışma ve rehberlik hizmetleri laboratuvar testlerinden faydalıdır.	170	45.7	144	38.7	58	15.6
Psm nin en değerli bileşeni laboratuvar testleridir.	274	73.7	64	17.2	34	9.1
Psm yaşa ve ailenin hastalık geçmişine göre farklılık gösterir.	304	81.7	38	10.2	30	8.1
Erkeklerin kadınlardan daha fazla tıbbi muayeneye ihtiyacı vardır.	60	16.1	266	71.5	46	12.4
Kadınların erkeklerden daha fazla tıbbi muayeneye ihtiyacı vardır.	96	25.8	232	62.4	44	11.8
Kanser ve kronik hastalıkların erken teşhisinde önerilen muayene ve taramalar için bilgilendirme ve yönlendirme mesajı almak muayene ve taramayı takip edip yaptırmamı sağlar.	341	91.7	18	4.8	13	3.5

Katılımcılara muayene esnasında sorgulanmasını istedikleri alışkanlıklar sorulduğunda %17,3 (n:332) oranı ile en çok sigara kullanımı ve ardından %17 (n:312) ile beslenme alışkanlığının sorgulanması beklenirken, %7,7 (n:148) oranı ile cinsel geçmiş ve %2,4 (n:47) ile emniyet kemeri kullanımının ise daha az sorgulanması istenilen alışkanlıklar olduğu görülmüştür.

Tablo 11. Psm esnasında sorulması gerektiği düşünülen alışkanlıklar

Muayenede sorulması gereken	Sayı	Yüzde
Sigara kullanımı	332	17.3
Alkol kullanımı	312	16.2
Beslenme alışkanlığı	327	17.0
Fiziksel aktivite	278	14.5
Mesleği	228	11.9
Cinsel geçmiş	148	7.7
Ruhsal değerlendirme	251	13.0
Emniyet kemeri kullanımı	47	2.4
Toplam	1923	100

Katılımcılara periyodik sağlık muayenesi için başvurduklarında yapılmasını bekledikleri uygulamalar soruldu %8,4 (n:334) oranı ile tam kan sayımının ardından %7,7 (n:304) ile kan şekeri ölçümü, %7,4 (n:293) ile idrar tahlili yapılması daha çok tercih edilirken; %3,4(n:134) ile kolonoskopi, %3,2 (n:125) erişkin bağışıklama ve %2,7 (n:106) ile psa ölçümü daha az tercih edilmiştir.

Tablo 12. Psm esnasında yapılması gerektiği düşünülen uygulamalar

PSM’de yapılması istenilenler	Sayı	Yüzde
Tam kan sayımı	334	8.4
Kan şekeri ölçümü	304	7.7
Kan kolesterol ölçümü	286	7.2
Kolonoskopi	134	3.4
Sağlık danışmanlığı	220	5.5
İdrar tahlili	293	7.4
Akciğer grafisi	260	6.6
Vücut ağırlığı ölçümü	230	5.8
Tansiyon ölçümü	278	7.0
Mamografi	217	5.5
Gaitada gizli kan ölçümü	188	4.7
Erişkin aşılarının yapılması	125	3.2
Genetik tarama	183	4.6
Endoskopi	92	2.3
Smear bakılması	167	4.2
PSA ölçümü	106	2.7
Kemik dansitometri ölçümü	134	3.4
EKG-EKO değerlendirmesi	165	4.2
Troid fonksiyon testleri ölçümü	161	4.0
MR-Tomografi ile değerlendirme	91	2.2
Toplam	3968	100

Katılımcıların büyük oranda PSM uygulamalarına katıldıkları tespit edilmiş olmakla birlikte katılma oranı en düşük uygulama 18 yaş altı bireylerde yılda bir tansiyon ölçülmesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu uygulamaya katılanların oranı %75,3 katılmayanların oranı %16,4 ve kararsızların oranı 8,3 olarak belirlenmiştir.

Tablo 13. Katılımcıların bazı psm uygulamaları hakkındaki görüşleri

PSM uygulamaları	Katılıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
18 yaşından büyük kişilerin yılda bir tansiyonuna bakılmalıdır.	280	75.3	61	16.4	31	8.3
18-65 yaş arası kişilerin yılda bir kez kilo, boy ve bel çevresi ölçümleri yapılmalıdır.	314	84.4	35	9.4	23	6.2
18 yaşın üzerindeki cinsel aktif kişilere cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi verilmeli ve gereken testler yapılmalıdır.	353	94.9	10	2.7	9	2.4
18 yaşın üzerindeki kişilere sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımının sağlığa zararları açısından bilgi verilmelidir.	350	94.1	16	4.3	6	1.6
18-65 yaş arası kişiler depresyon açısından sorgulanmalıdır.	331	89.0	20	5.4	21	5.6
20 yaş üstü kadınlar ayda bir kendi kendine meme muayenesi yapmalıdır.	328	88.2	29	7.8	15	4.0
20-40 yaş arası kadınların meme muayenesi iki yılda bir hekim tarafından rutin olarak yapılmalıdır	327	87.9	28	7.5	17	4.6
35 yaşın üzerindeki kişilerin 5 yılda bir kolesterol değerlerine bakılmalıdır	300	80.6	52	14.0	20	5.4
35 yaş üzerindeki kişilere 5 yılda bir tiroid fonksiyon testleri yapılmalıdır.	305	82.0	46	12.4	21	5.6
30-65 yaş arası kadınlara beş yılda bir rahim ağzı kanseri taraması yapılmalıdır.	333	89.5	29	7.8	10	2.7
40-69 yaş arası bütün kadınlar iki yılda bir mamografi yaptırmelidir	342	91.9	17	4.6	13	3.5
45 yaşın üzerindeki kişilere şeker hastalığı taraması yapılmalıdır.	347	93.3	16	4.3	9	2.4
40 yaş altı bireylerde ailede erken yaşta kalp hastalığı varsa risk saptanan gruplarda gerekli yaşam tarzı değişiklikleri ve izlemler yapılmalıdır	352	94.6	7	1.9	13	3.5
40 yaş üstü bireylerde kalp ve damar hastalıkları açısından risk saptanan gruplarda gerekli yaşam tarzı değişiklikleri ve izlemler yapılmalıdır	353	94.9	8	2.2	10	2.7
50 yaşın üzerindeki erkekler prostat kanseri açısından taranmalıdır	355	95.4	7	1.9	10	2.7
50-70 yaş arası kişilere yılda bir kez kolorektal (bağırsak) kanser taraması yapılmalıdır.	345	92.7	12	3.2	15	4.0
Tüberküloz (verem hastalığı) açısından riskli gruba giren kişiler tüberküloz açısından taranmalıdır	354	95.2	9	2.4	9	2.4
Erişkinlere gereken aşılar yapılmalıdır.	333	89.5	23	6.2	16	4.3
65 yaşın altında kemik hastalıkları açısından risk grubunda olan kişilere gereken testler yapılmalıdır	354	95.2	7	1.9	11	3.0

5.TARTIŞMA

Çalışmamıza 18-65 yaş arası, 254 (%68,3) kadın, 118 (%31,7) erkek olmak üzere toplam 372 kişi dahil edilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması $38.06 \pm 12,68$ yıl olup, %30,9 'u 18-29 yaş, %29 'u 30-39 yaş, %19,1'i 40-49 yaş ve %21'i 50-65 yaş aralığındadır. Bu mevcut cinsiyet ve yaş dağılım oranları toplum genelini değil, aile sağlığı merkezlerimize başvuran hastalarımızın profilini yansıtmaktadır. Katılımcıların %63,4'ü evli, %36,6'sı bekardı. Çevkalkp ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların %35,1'i halen sigara kullanıcısı iken, %16,5'i bir süre içip bırakmıştır(81). Şahin ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %31 halen sigara kullanırken, %18,6'sı sigarayı bıraktığını belirtmiştir(82). Çalışmamızda bu oran beklenenden daha düşük olup, %25,5'inin halen sigara içicisi olduğu, %18'inin ise bir süre içip bıraktığı görüldü. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) sağlık istatistikleri 2012 verilerinde tütün kullanım sıklığı %26.8 iken 2019 verilerine göre bu oran %31,4'e yükselmiştir.(83). Hastalar ile yapılan görüşmelerde sigara kullanımını sorgulamanın, kullanıcılara bırakmayı tavsiye etmenin, bırakmak için ihtiyaçları olan danışmanlık ve medikal tedavi gibi destek hizmetleri almaları konusunda yardımcı olmanın bu oranları azaltılabileceğini düşünmekteyiz.

Lale ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %32,2'sinin en az bir kronik hastalığı mevcuttu ve bunlar içerisinde en çok görülen hastalık hipertansiyondu(84). Kutlu ve arkadaşlarının çalışmasında kronik hastalığa sahip olanların oranı %61,7 olup, hipertansiyon ve hiperlipidemi en sık görülenlerdi(85). Çalışmamızda ise katılımcıların kronik hastalığa sahip olma oranı daha düşüktür (%22,8). En sık görülenler ise kronik akciğer hastalığı (astım) ve tip 2 diyabet idi. Bunun nedeni çalışmamızdaki katılımcıların yaş ortalamasının daha düşük olması ve hipertansiyonun ileri yaşlarda daha sık görülmesi olabilir.

Altıntaş ve arkadaşlarının hekimler üzerinde yaptığı çalışmada katılımcıların %38,4'ünün birinci derece akrabasında en az bir tane kronik hastalık tanısı mevcuttu(86). Sözen ve arkadaşlarının çalışmasında ise katılımcıların %51,7'sinin birinci derece akrabalarında kronik hastalık vardı(87). Çalışmamızda ise bu oran benzer şekilde olup, %49,5 idi.

Altıntaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada birinci derece akrabalarında kanser öyküsü varlığı %18,5 iken bizim çalışmamızda da %19.1 oranı ile benzer şekilde bulunmuştur(86). Her ne kadar geniş katılımlı çalışmalara ihtiyaç duyulsa da toplumda yaklaşık her 5 kişiden birinin ailesinde kanser öyküsü varlığı olduğu, bunun toplumu bilgilendirme ve eğitim gibi durumlarda kullanılarak kanser erken tarama oranlarına pozitif etki yapabileceği söylenebilir.

Çalışmamızda katılımcılardan kendi sağlık durumlarını nasıl gördüklerini değerlendirmeleri istendiğinde %68,5'i kendi sağlık durumunu iyi olarak belirtmiştir. Elde edilen bu sonuç literatürdeki diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Ersoy ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %67,8'i kendi sağlık durumunu iyi şeklinde değerlendirirken(88), Hozawa ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bu oran %64,2 dir(89).Cherrington ve arkadaşlarının çalışmasında da katılımcıların %76'sı kendi sağlığını iyi ve çok iyi olarak değerlendirmiştir(90).Yapılan bazı çalışmalarda sağlığın öz-değerlendirilmesinin önemi vurgulanmıştır. Kendi sağlığını 'kötü' olarak değerlendirmenin, poliklinik başvuru sayısındaki, kronik hastalık ve mortalitedeki artış ile ilişkili olduğunu göstermiştir (91, 92).

Usman ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların periyodik sağlık muayenelerinden haberdar olma oranı %85'in üzerinde bulunmuştur(93). Eke ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da %74'ü haberdardı(94). Llesanmi ve arkadaşlarının Nijerya da yaptığı bir çalışmada ise periyodik sağlık muayenesi ifadesini duymuş olanların oranı %62.3 olarak bulunmuştur(95). Altıntaş ve arkadaşlarının hekimler üzerine yaptığı çalışmada 'Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri' adlı rehberden haberdar olup olmadıkları incelenmiş, hekimlerin %40,7'sinin bilgisi olmadığı görülmüştür(86). Çalışmamızda katılımcılara daha önce hiç periyodik sağlık muayenesi ifadesini duyup duymadıkları sorulduğunda %46,8'i hiç duymadığını belirtti. Bu veriler bize ülkemizde insanların periyodik sağlık muayenesi hakkında yeterince bilgi sahibi olmadığını ve bu konu üzerinde çalışmalar yapılması gerektiğini düşündürmüştür.

Çalışmamızda daha önce periyodik sağlık muayenesi ifadesini duymuş olan 198 kişinin bilgi kaynakları incelendiğinde %56,5'i sağlık çalışanlarından, %24,5'i ise radyo/tv

gibi kitle iletişim araçlarından, %9,3'ü aile bireyleri ve %9,7'si de arkadaşlarından duyduğunu belirtmiştir. Usman ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer şekilde en çok bilgi sağlık çalışanlarından ve ardından da kitle iletişim araçlarından alınmıştır(93). Llesanmi ve arkadaşlarının çalışmasında ise %54.2 kitle iletişim araçlarından,%28.5 sağlık çalışanlarından %7.4 arkadaşlar ve %5.6 aile bireylerinden bilgi alındığı görülmüştür(95). Bu sonuçlar ışığında gerek sağlık çalışanlarımızın vereceği eğitimler ile gerekse kamu ve kuruluşlarının yayınlayacağı kamu spotları vb. yayınlar ile halkı bilinçlendirmek üzerine yapılan çalışmaların arttırılmasının faydası olacağını düşünmekteyiz.

ABD'de nüfusun yaklaşık %20'sinden fazlası her yıl periyodik sağlık muayenesi yaptırmaktadır. ABD'de Oboler ve arkadaşları tarafından telefon anketi ile gerçekleştirilen çalışmada periyodik sağlık muayenelerine katılım oranı bu bilgiyi destekler şekilde yüksek bulunmuştur (96, 97). Llesanmi ve arkadaşlarının Nijerya'da yaptığı bir çalışmada periyodik sağlık muayenesi yaptıranların oranı %79,2 idi(95). Cherrington ve arkadaşlarının çalışmasında da katılımcıların %91'i periyodik sağlık muayenesi yaptırmak gerektiği konusunda hemfikir(90). Sözen ve arkadaşlarının çalışmasında periyodik sağlık muayenesi yaptıran oranı %65,7 bulunmuşken(87), Sönmez ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bu oran %33,8'dir(98). İkışık ve arkadaşlarının çalışmasında ise düzenli sağlık kontrollerini yaptıranların oranı %18,8'dir(99). Bizim çalışmamızda ise periyodik sağlık muayenelerine başvuru oranı %18,5 olup beklenenden oldukça düşük bulunmuştur. Ülkemizde periyodik sağlık muayenelerine katılım oranlarının az oluşu bu konuda farkındalık ve bilgi eksiği olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca bu konu üzerinde daha fazla çalışma yapıp ülkemizdeki başvuru oranlarının ve bunun önüne geçen olası nedenlerin aydınlatılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda daha önce periyodik sağlık muayenesi yaptırmış olan katılımcılara başvuru nedenleri sorulduğunda %34,7'si mevcut şikayetlerinin değerlendirilmesi için, %33,1'i erken teşhis sağlamak için yaptırdığını belirtmiştir. Vuong ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer şekilde %35'i erken teşhis sağlamak için yaptırdığını belirtmiştir (100). Rommer ve arkadaşlarının Avusturyada yaptığı çalışmada da periyodik sağlık muayenesine başvurma nedenlerinin sıklıkla

hastalıkların erken teşhis ve tedavisi olduğu görülmüştür(101). Hunziker ve arkadaşlarının çalışmasında ise yapılan ilk görüşmede en çok erken teşhis sağlamak için rutin kontrol ardından da mevcut semptomların tanısal değerlendirilmesi amacıyla başvurmuşlardır ancak yaptıkları ikinci görüşmede rutin kontrol için başvuranların birçoğunun aslında halihazırda sahip olunan semptomların değerlendirilmesini istedikleri için gittikleri görülmüştür(102). Bu da bize hastaların periyodik sağlık muayenesi kavramının istediğimiz şekilde algılanmadığını düşündürmektedir.

İkiz ve arkadaşlarının çalışmasında ailelerinde kanser öyküsü olanların, tarama testlerini yaptıрма istekleri arasında anlamlı ilişkili bulunamazken(99), çalışmamızda birinci derece akrabalarında kronik hastalık bulunan katılımcıların periyodik sağlık muayenelerine başvuru oranlarının fazla olması bulunmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bunun beklenen bir durum olduğunu, ailesinde kronik hastalık sahibi olan bireyler kendilerinde de benzer sorunların olabileceğini düşünebilir. Bu durum aynı zamanda tarama oranlarının artırılmasında kullanılabilir.

Çalışmamızda katılımcıların aile hekimine gitme sıklıkları ile periyodik sağlık muayeneleri ile ilgili bilgilendirilme için etkin buldukları yöntemler arasındaki ilişki incelendiğinde tüm gurupların radyo ve tv gibi kitle iletişim araçları ile bilgilendirilmeyi daha etkin bulduğu görülmüştür. Kurtoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise aile hekimine hiç gitmeyenler televizyon ve kamu spotlarını etkin yöntem olarak görürken, gidenler doktor ve diğer sağlık personellerini etkin bulmuştur(103). Aile hekimlerinin nüfusu üzerinde yapılacak iyileştirmeler sonucunda başvuran kişilere daha etkin bilgi ve eğitim verilebilir. Doktor tarafından sağlanan bu bilgilendirme ve eğitimler neticesinde tarama oranları olumlu yönde etkilenebilir.

Çalışmamızda katılımcıların periyodik sağlık muayenesini yaptırmama nedeni en sık (%44,2) periyodik sağlık muayenesi hakkında bilgi sahibi olmamak, ardından %19,2 ile kendisinde hastalık çıkmasından duyulan korku olarak belirtildi. Uygulamayı gereksiz bulanlar katılımcıların %5,2'sini oluşturmakta idi. Ersoy ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %12'si gereksiz bulduğunu, %9,7'si ise zamanı olmadığını

için tarama testi yaptırmadığını belirtmiştir(88). İkizşik ve arkadaşlarının çalışmasında %54,8'i ihmal ettiğini, %27'si de zaman yetersizliğini sebep olarak sunmuştur(99). Aydemir ve arkadaşlarının hekimler üzerinde yaptığı çalışmada periyodik sağlık muayenesi yapmak istediklerinde hastalarının kabul etmemelerinin en sık nedeni olarak uygulamayı gereksiz bulduklarını ardından da hastalık çıkma korkusundan olduğunu belirtmişlerdir(104). Lale ve arkadaşlarının çalışmasında tarama testlerini yaptırmamalarının nedeni en çok zaman yetersizliği olarak belirtilmiştir(84). Vuong ve arkadaşlarının çalışmasında 1/3 ünden azı hastalık çıkmasından endişelendiğini belirtirken en çok da zaman alıcı ve yüksek maliyetli olduğundan yaptırmadıklarını belirtmişlerdir(100). Sommer ve arkadaşlarının Avusturyada yaptığı çalışmada da bilgi eksikliği, zaman yetersizliği ve çıkacak sonuçlardan korkmalarından bahsetmişlerdir(101).

Çalışmamızda bu muayenelerin ücretli olduğunu düşünen ve bu nedenle katılmadığını belirtenlerin oranı %12,2 idi. Bu bize ülkemizde PSM ye başvuruda muayene ücretlerinin temel neden olmadığını göstermiş olmasına rağmen her 10 kişiden birinin aile hekimliği uygulamalarının ücretsiz olduğu konusunda bilgisinin yetersiz olduğu sonucunu gösterebilir. Oboler ve arkadaşlarının çalışmasında muayene olma isteği başta %63 iken ücretlendirme konusunda bilgilendirildikten sonra bu oranın %33'e düştüğü görülmüştür(96). Ülkemizde ise sağlık hizmetlerinden büyük ölçüde ücretsiz yararlanılması ve bu hizmetlere ulaşımın kolaylığı göz önünde bulundurulduğunda, periyodik sağlık muayenelerine başvuruların çok daha fazla olmasını beklemekteyiz. Toplumun PSM hakkındaki bilgileri ve farkındalıkları arttırıldığında uygulamaya katılma oranlarının artacağını ve toplum sağlığının bundan olumlu etkileneceğini düşünmekteyiz.

Vuong ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptığı çalışmada katılımcıların %59'u periyodik sağlık muayenesinin altı ayda bir, %30'u da yılda bir yapılması gerektiğini savunmuşlardır(100). Romm ve arkadaşlarının çalışmasında %86'sı muayenelerin altı aylık ya da yıllık yapılması gerektiğini düşünüyordu(105). Llesanmi ve arkadaşlarının Nijerya da yaptığı bir çalışmada %67 oranında altı ayda bir yapılması gerektiğine inanırken, %14,7'lik bir kesim de bu konuda bilgisi olmadığını belirtmişti(95).

Çalışmamızda uygun olduğu düşünülen periyodik muayene sıklığı sorulduğunda katılımcıların %47'si 6 ayda bir, %44'ü yılda bir cevaplarını vermişlerdir.

Oboler ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %90'dan fazlası beslenme, egzersiz, sigara ve alkol kullanımının tartışılması gerektiğini düşünürken, yaklaşık %60'ı meslek, emniyet kemeri kullanımı ve cinsel öykünün de tartışılması gerektiğine inanıyordu(96). Romm ve arkadaşlarının çalışmasında da bu oranlar %60-70 civarında idi(105). Çalışmamızda da benzer şekilde en çok beklenti içinde olunan konular sigara-alkol kullanımı, egzersiz ve beslenme olurken cinsel geçmiş ve emniyet kemeri kullanımının sorgulanmasının gerekliliğine inanlar oldukça azdı. Cinsel geçmişin sorulmasının istenmeme nedeni toplumsal olarak cinsel sorunları konuşmanın tabu olarak görülmesinden kaynaklanabilir. Emniyet kemeri kullanımının sorulmasının istenmeme sebebi emniyet kemeri kullanımının sağlık üzerinde direkt bir etkisi olmadığı düşüncesi olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların periyodik sağlık muayenesi için başvurduklarında yapılmasını bekledikleri uygulamaları incelediğimizde en çok tercih edilenler tansiyon ölçümü, tam kan sayımı, kolesterol ölçümü, kan şekeri ölçümü, idrar tahlili, akciğer grafisi olurken gaitada gizli kan, kolonoskopi, erişkin bağışıklama, pap smear ve mamografi ise daha az tercih edilmiştir. Oboler ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer şekilde sonuçlar elde edilmiştir(96). Romm ve arkadaşlarının çalışmasında da katılımcıların baştan ayağa bir fizik muayene, kapsamlı laboratuvar ve test beklentileri olduğu görüşmüştür(105). Halkın idrar tahlili, akciğer grafisi, tam kan sayımı gibi önerilmeyen testler konusunda beklentilerinin yüksek olmasının yanında gaitada gizli kan, kolonoskopi, mamografi, smear gibi önerilen taramalar konusunda daha az beklenti içinde olmaları halkın bu konuda bilgi eksikliği bulunduğunu ve eğitime ihtiyacı olduğunu düşündürmektedir.

Turgay ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların 81,3'ü hastalıkların erken dönemde tespit ve tedavisinde periyodik sağlık muayenesinin etkili olduğuna dair ifadeye katıldıklarını belirtmişlerdir(106). Benzer şekilde Miyazaki ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da katılımcıların %85'i periyodik muayenenin hastalıkların erken teşhis ve tedavisinde etkili olduğuna inandıklarını belirtmiştir(107). Usman ve arkadaşlarının çalışmasında da %85'inden fazlası periyodik muayenenin

sağlığı iyileştireceği düşünülmektedir(93). Prochazka ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %65'i periyodik muayeneyi gerekli bulduğunu ve %74'ü de hastalıkların erken dönem tespitinde önemli bulduklarını belirtmişlerdir(108). Çalışmamızda da bu ifadeyi destekleyenlerin oranı yüksek olup %98,9'u desteklemiştir. Bu veriler bize koruyucu hekimlik bağlamında periyodik sağlık muayenesinin oldukça etkili görüldüğünü göstermektedir.

Llesanmi ve arkadaşlarının Nijerya'da yaptığı bir çalışmada katılımcıların %53'ü periyodik sağlık muayenesinin hastalık sırasında yapılması gerektiğini düşünürken, %47'si sağlıklıyken yapılmasının daha doğru olduğunu düşünüyordu(95). Bizim çalışmamızda ise doğru cevap oranı beklenenden yüksek olup katılımcıların %80,9'u sağlıklıyken yapılması gerektiğine katılıyordu.

Çalışmamızda erkeklerin kadınlardan daha fazla tıbbi muayeneye ihtiyacı vardır ifadesine katılanlar %16,1 iken Usman ve arkadaşlarının çalışmasında bu oran %20 dir(93). Çalışmamızda kadınların erkeklerden daha fazla tıbbi muayeneye ihtiyacı vardır ifadesine katılanlar %25,8 iken Usman ve arkadaşlarının çalışmasında bu oran %40 dır (93). Eke ve arkadaşlarının çalışmasında %68 oranında her iki cinsiyet için de eşit oranda tıbbi muayeneye ihtiyaç olduğu belirtilmiştir(94).

Çalışmamızda da katılımcıların %75,3'ü "18 yaşından büyük kişilerin yılda bir tansiyonuna bakılmalıdır." ifadesine katıldıklarını belirtmişlerdir. Miyazaki ve arkadaşlarının hekimler üzerinde yaptığı çalışmada %90'dan fazlası kan basıncı ölçümelerini gerekli görmüşlerdir(107). Altıntaş ve arkadaşlarının çalışmasında ise hekimlerin %51,4'ü "Her yıl tansiyon ölçümü yapılmalıdır" ifadesini desteklemiştir(86). Yine İçel Çepe ve arkadaşlarının hekimler üzerinde yaptığı çalışmada son bir yılda en az bir kez tansiyon ölçtürme oranı %69,9 olup, arteriyel tansiyonlarını ölçtürme konusundaki eğilimlerinin yüksek olduğu görülmüştür(109). Hastalar üzerinde daha fazla çalışma yapılması gerektiğini düşünmekle birlikte tansiyon ölçümü konusundaki yüksek bilinç, hipertansiyonun sık görülen ve her daim gündemde olan bir rahatsızlık olması ve kolay uygulanabilmesinden kaynaklanabilir.

İçel Çepe ve arkadaşlarının hekimler üzerinde yaptığı çalışmada %80,8'i yılda minimum bir defa boy, ağırlık ve beden kitle endeksi (BKİ) ölçümü yaptırdıklarını

belirtmişlerdir(109). Ersoy ve arkadaşlarının çalışmasında bu oran %76 idi(88). Tugay ve arkadaşlarının çalışmasında obezitenin engellenmesi ve metabolik sendromun değerlendirilebilmesi için yılda bir defa boy, ağırlık, ve bel çevresi ve Beden Kitle İndeksi (BKI) ölçümleri önemlidir ifadesine katılım ortalaması da orta üstü olarak bulunmuştur(106). Altıntaş ve arkadaşlarının çalışmasında obezite taramasına verilen doğru cevap oranı %74,1'dir(86). Çalışmamızda da benzer şekilde “18-65 yaş arası kişilerin yılda bir defa kilo, boy ve bel çevresi ölçümleri yapılmalıdır” görüşüne %84,4 oranında katılım olduğu görülmüştür. Bu yüksek farkındalık obezitenin gün geçtikçe sıklığı artan güncel bir halk sağlığı sorunu olmasından ve uygulamadaki kolaylığından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda katılımcıların %80,6'sı “35 yaşın üzerindeki kişilerin 5 yılda bir kolesterol değerlerine bakılmalıdır” ifadesine katıldıklarını belirtmiştir. Tugay ve arkadaşlarının çalışmasında benzer şekilde kardiyovasküler hastalıkların, hiperlipideminin ve diabetes mellitusun erken tespiti için 18 yaş üzeri tüm erişkinlerde 5 yılda bir serum lipit düzeylerinin taranması önemlidir ifadesine katılım yüksek olmuştur(106). İçel Çepe ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 35 yaş üzeri kişilerin %89,3'ü serum lipit düzeylerini beş yılda bir kontrol ettikleri görülmüştür(109). Ersoy ve arkadaşlarının çalışmasında ise bu oran benzer şekilde (%82) bulunmuştur(88). İkizşık ve arkadaşlarının çalışmasında lipit profilini düzenli kontrol ettirenlerin oranı %42,6'dır(99). Lipit profili ölçümü invaziv bir işlemle yapılmasına rağmen oranlar beklediğimizden yüksek bulunmuştur. Bunun nedeninin hiperlipideminin dünyada ve ülkemizde sıkça bahsedilen bir konu olmasının sonucu olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda katılımcıların %94'ü kardiyovasküler hastalıklar açısından risk değerlendirmesinin yapılması gerektiğini ve risk saptandığında gerekli yaşam tarzı değişiklikleri ve izlemler yapılması gerektiğini düşündüklerini belirtmişlerdir. İçel Çepe ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 40 yaş ve üzerinde olup kardiyovasküler hastalıkların erken dönem teşhis ve tedavisi amacıyla risk değerlendirmesi

yaptıranların oranı %56 idi(109). Taramanın yararına inananların oldukça fazla olmasına rağmen, uygulamaya yeterince dökülememesi bizi düşündürmüş olup bu konuda daha fazla çalışma yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda “45 yaşın üzerindeki kişilere şeker hastalığı taraması yapılmalıdır.” ifadesine katılanların oranı %93,3 olup, Tugay ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer şekilde bu oran yüksek bulunmuştur(106). Altıntaş ve arkadaşlarının çalışmasında diyabet taraması için sorulan soruya hekimlerin %82,9’u doğru cevap vermiştir(86). İçel Çepe ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların %80’i 45 yaş ve sonrasında diyabetin erken tanısı maksatlı açlık kan şekeri (AKŞ) ölçümü yaptırmıştır(109). Bu veriler bize şeker hastalığı konusunda farkındalığın yüksek olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda “50-70 yaş arası kişilere yılda bir kez kolorektal (bağırsak) kanser taraması yapılmalıdır.” ifadesine katılım oran %92,7 iken, Tugay ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %50,7’si kolon kanseri taramasının gerekliliğine katılmıştır(106). Miyazaki ve arkadaşlarının hekimler üzerinde yaptığı araştırmada, katılımcıların çoğu (%79,5) gaitada gizli kan testini gerekli bulmuşlardır(107). Ersoy ve arkadaşlarının çalışmasında da bu oran %70 idi(88). İçel Çepe ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 50 yaş ve üzeri kişilerin gaitada gizli kan testi yaptırma oranları %17,6 olup son derece azdır(109). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da benzer şekilde sonuçlar alınmıştır. Lale ve arkadaşlarının çalışmasında hekimlerin sadece %2,7’si son bir yıl içinde gaita gizli kan testi, %8,6’sı son on yıl içinde kolonoskopi yaptırmıştı(84). Ersoy ve arkadaşlarının çalışmasında bu oranlar gaitada gizli kan testi için %19,4 kolonoskopi için %16,5’dir(88). Şahin ve arkadaşlarının çalışmasında 50 yaş ve üzeri kişilerin % 46,3’ü sadece gaitada gizli kan, % 8,3’ü sadece kolonoskopi, %4,1’i hem gaitada gizli kan hem de kolonoskopi yaptırmıştır(110).

Kolon kanseri taramasının gerekliliğine olan inanç yüksek iken tarama yaptırma oranlarının düşük olduğu görülmektedir. Kolonoskopinin hazırlık aşamasının bulunması ve daha invaziv olması düşük katılım oranların bir nedeni olabilirse de uygulamadaki bu eksikliğin önündeki diğer engeller bulunmalı, bilgi eksikliği giderilmeli ve teşvik edilerek katılımın artması sağlanmalıdır.

Çalışmamızda “30-65 yaş arası kadınlara 5 yılda bir rahim ağzı kanseri taraması yapılmalıdır.” ifadesine katılanları oranı %89,5 iken, Tugay ve arkadaşlarının çalışmasında aile hekimlerinin %77,8’i papsmear veya hpv testinin yapılması önemli bulduklarını belirtmişlerdir(106). İkişık ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %34,2’sinin düzenli olarak pap-smear ve pelvik muayene yaptırdığı görülmüştür(99). İçel Çepe ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadın hekimlerin beş yılda bir pap-smear testi veya hpv testi yaptırma oranları %35 idi(109). Lale ve arkadaşlarının çalışmasında bu oran %60, Ersoy ve arkadaşlarının çalışmasında ise son beş yılda pap-smear örnekleme yaptıranların oranı %52,3 idi(84, 88). Yurt dışında yapılan çalışmalara bakıldığında, Birleşik Krallıkta yapılan bir çalışmada kadınların servikal kanser taramasına katılma oranı %91, İspanya’daki bir çalışmada %73, Massachusetts’te yapılan bir çalışmada %81 gibi ülkemizden çok daha yüksek oranlar görülmüştür(111-113). Serviks kanseri taraması ülkemizde yeterli şekilde uygulanmamaktadır. Bu konudaki bilgi eksikliklerinin giderilmesi ve farkındalığın artırılması gerekmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %91,9’i “40 ile 69 yaş arasındaki bütün kadınlar 2 yılda bir mamografi çektirmelidir” ifadesine katılmıştır. Tugay ve arkadaşlarının çalışmasında bu ifadeye katılma oranı %74,3 bulunmuştur(106). İçel Çepe ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 40 yaş üzerindeki kadınların yüzde 66,7’si iki yılda bir mamografi yaptırırken, Lale ve arkadaşlarının çalışmasında bu oran %60, Ersoy ve arkadaşlarının çalışmasında %48,9, Çevikkalp ve arkadaşlarının çalışmasında ise mamografi yaptırma oranı %31,1 olarak bulunmuştur(81, 84, 88, 109). İkişık ve arkadaşlarının çalışmasında %23,2 si düzenli mamografi yaptırdıklarını belirtmişlerdir(99). Latin Amerika’da yapılan bir çalışmada, son iki yıl içinde mamografi yaptırma oranı %76,2 olarak bulunmuştur(114). Benzer şekilde ABD’de ve Büyük Britanya’da yapılan çalışmalarda da kadınların mamografi yaptırma oranları ülkemizden oldukça fazladır (113, 115). Bu da bize Türkiye’de meme kanseri taramaları hakkında bilgi ve farkındalığın yetersiz olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda “50 yaşın üzerindeki erkekler prostat kanseri açısından taranmalıdır” ifadesine katılanların oranı %95,4’tür. Benzer şekilde Tugay ve arkadaşlarının çalışmasında “Ailesinde prostat kanseri öyküsü bulunan 40 yaş üzeri erkekler ve aile

öyküsü bulunmayan 50 yaş üzeri erkeklerin bilgilendirilmesi ve üroloji uzmanına yönlendirilmesi gerekir” görüşü yüksek oranda desteklenmiştir(106). Ersoy ve arkadaşlarının çalışmasında prostat için kan tetkiki (PSA) ölçümü yaptıranların oranı %55,4 olarak bulunmuştur(88). İçel Çepe ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada erken tanı amacıyla üroloji uzmanına başvuranların oranı ise yalnızca %25’tir(109).

Kanser taramaları ile ilgili elde ettiğimiz tüm bu sonuçlar toplumun, önerileri destekler düşüncede olsalar dahi bu önerileri uygulamaya koyma noktasında büyük eksiklikler yaşadığını göstermektedir.

Çalışmamız sadece eğitim aile sağlığı merkezlerimize başvuran hastalar üzerinde yapılmış olduğundan topluma genellenmesi konusunda bir engel oluşturmaktadır.

6.SONUÇ

Koruyucu hekimlik ve bunun önemli bir parçası olan periyodik sağlık muayeneleri, sağlığın iyileştirilmesi ve geliştirilmesinde önemli rol üstlenmektedir. Aile hekimleri sahip oldukları konum nedeni ile bu görevin merkezinde yer almaktadırlar.

Ülkemizde 2015 yılında hazırlanan Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri rehberi yeni bilgiler ışığında güncellenir ve aile hekimlerine uygulamayı teşvik edici eğitimler verilirse bu durum PSM'nin yaygınlaşmasına katkı sağlayacaktır. Mezuniyet öncesi eğitimlerde bu konuya daha fazla yer verilmesi, hekimlerin farkındalıkları daha yüksek olarak sahaya çıkmalarını sağlayacaktır.

Toplumun bu amaçla sunulan hizmetlere katılım sağlamasında rol oynayan en büyük etken farkındalık yaratmaktır. Bu farkındalık da ancak bireylerin eğitimler ile desteklenerek bilgilendirilmeleri ve kendi sağlıkları ile ilgili sorumluluklar üstlenmelerini sağlayarak gerçekleştirilebilecektir. Çalışmamızda PSM ile ilgili yeterli farkındalık ve bilgi sahibi olunmadığı, katılım oranlarının da düşük olduğu görülmüştür. Bu bağlamda ülkemizde yapılan çalışmalar yeterli olmayıp, toplumun PSM hakkında bilgi düzeyinin saptanması, görüş ve inancının anlaşılması, uygulamalara daha fazla dahil olmasını sağlayacak yöntemler geliştirilmesi, uygulamaya katılmasının önündeki engellerin belirlenmesi gibi birçok konunun aydınlatılması açısından daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir.

.

7.KAYNAKLAR

1. Öztekin Z. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ 1978-2018. 2018.
2. Scriven A, Garman S. Public health: Social context and action: McGraw-Hill Education (UK); 2007.
3. Çavmak Ş, Çavmak D. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ VE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI. Sağlık Yönetimi Dergisi. 2017;1(1):48-57.
4. Akman M. Türkiye'de birinci basamağın gücü. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2014;18(2):70-8.
5. Organization WH. Global status report on noncommunicable diseases 2014: World Health Organization; 2014.
6. Bilir N. Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: Kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları. Toplum Hekimliği Bülteni. 2006;25(3):1-6.
7. BURGUT E, ANBER N, AKPINAR E, BOZDEMİR N. Periyodik sağlık muayenesi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2007;16(1):1-15.
8. Chacko KM, Anderson RJ. The annual physical examination: important or time to abandon? The American journal of medicine. 2007;120(7):581-3.
9. Gazete R. Aile hekimliği uygulama yönetmeliği. Resmi Gazete Sayısı. 2013;28539(25.01).
10. Tanımı AHA. WONCA Avrupa 2005 Basımı Türkçe Çevirisi. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları-4, Nisan. 2011.
11. Özçakar n, Ata Ofset Tanıtım ve Matbaacılık, . Aile Hekiminin Görev Tanımı. TC Sağlık Bakanlığı Aile Doktorları İçin Kurs Notları Ankara, 2004 1.Basım. p. 17-22.
12. Mazıcıoğlu M, Muayenesi UAPS. Aile Doktorları İçin Kurs Notları 1. Aşama'da. 1. Basım. TC. Sağlık Bakanlığı, Ankara, Ata Ofset, 2004; 99-109.
13. Europe W. The European definition of general practice/family medicine. Barcelona: WONCA Europe. 2002.
14. DİKİCİ MF, KARTAL M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoğlu AS, YARIŞ F. Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2007;27(3):412-8.
15. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. The British Journal of General Practice. 2002;52(479):526.
16. Güldal D, Yıldırım E, Kuruoğlu E, Günvar T, Mevsim V. Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri hastaların beklentileri ile uyuşmakta mıdır? Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2012;16(3):107-12.
17. American Association of Family Physicians. Definition of comprehensive care. [cited 2020 08]. Available from: <https://www.aafp.org/about/policies/all/comprehensive-care-definition.html>.
18. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;196(4286):129-36.
19. Abay AR, Çölgeçen Y. Psikiyatrik Sosyal Hizmet-Koruyucu, Tedavi Edici ve Rehabilitasyon Edici Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Çalışmacıların Rolü. OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi. 2018;9(16):2147-85.
20. Teşviki ARS, Değerlendirmeler GA. İlkeler ve Bakış Açıları. Ankara, Anıl Matbaacılık. 2010.
21. Brown S, Hazlewood A. The Report of the Clinical Prevention Policy Review Committee. A Lifetime of Prevention, final report. 2009.
22. Bentzen N, Bjerre B, Peterson C, Saltman D, Sive P. Wonca International Dictionary of General. Family Practice: Wonca International Classification Committee. 1999.

23. Margarida M, Moreira A. Too Many Types of Prevention. *Euras J Fam Med*. 2015;4(3):142-4.
24. Rakel R. Textbook of Family Practice. 6th edi. Philadelphia WB Saunders Co. Elsevier; 2002. p. 3-18, 159-209, 53-61, 1587-602.
25. Kavukçu E, Akdeniz M. Dördüncül koruma: Önce zarar verme. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2017;21(2):74-81.
26. Mazıcıoğlu M, Uzun A. Aile Hekimliği Birinci Aşama Uyum Eğitimi Kurs Notları. Ankara, TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. 2014:113-35.
27. Preventive RACoGPN, Committee CM. Putting Prevention into Practice: A Guide for the Implementation of Prevention in the General Practice Setting: Royal Australian College of General Practitioners; 1998.
28. Grimm K, Diebold M. Periodic Health Examination. Textbook of Family Medicine, 8th ed Philadelphia: WB Saunders. 2011:79-99.
29. Akdeniz M, Ungan M, Yaman H. Aile Hekimliği: Çağdaş bir Sağlık Hizmeti Sunma Biçimi. *GeroFam*. 2010;1(1).
30. DİKİCİ MF, ŞAHİN MK. Periyodik sağlık muayenesinde risk değerlendirmesi. *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği-Özel Konular*. 2013;4(5):29-36.
31. Public Health Agency of Canada, Chronic Disease Risk Factors. [Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/chronic-diseases/chronic-disease-risk-factors.html>].
32. Rakel RE. Periodic Health Examination T. In: Grimm KJ DM, editor. Textbook of Family Medicine. 7th ed. Philadelphia: Elsevier Health Sciences; 2007. p. 139-58.
33. İÇDE FAA, GÜRZ AA. Periyodik Muayenede Taramalar. *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği-Özel Konular*. 2013;4(5):43-8.
34. Wilson JMG, Jungner G, Organization WH. Principles and practice of screening for disease. 1968.
35. Dreeben O. . Patient Education In Rehabilitation. Significance of Patient Education for Health Care and Rehabilitation. Birmingham, MA: Jones and Barlett; 2010. p. 3-8.
36. McWhinney I. Teaching the principles of family medicine. *Canadian Family Physician*. 1981;27:801-4.
37. Tobacco TCPGT. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update: a US public health service report. *American journal of preventive medicine*. 2008;35(2):158-76.
38. Whitlock EP, Polen MR, Green CA, Orleans T, Klein J. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*. 2004;140(7):557-68.
39. Son KY, Lee CM, Cho B, Lym YL, Oh SW, Chung W, et al. Effect of additional brief counselling after periodic health examination on motivation for health behavior change. *Journal of Korean Medical Science*. 2012;27(11):1285-91.
40. Vallis M, Piccinini-Vallis H, Sharma AM, Freedhoff Y. Modified 5 As: Minimal intervention for obesity counseling in primary care. *Canadian Family Physician*. 2013;59(1):27-31.
41. Blaney CL, Robbins ML, Paiva AL, Redding CA, Rossi JS, Blissmer B, et al. Validation of the measures of the transtheoretical model for exercise in an adult African-American sample. *American Journal of Health Promotion*. 2012;26(5):317-26.
42. Holland W. Periodic Health Examination-. Periodic health examination: history and critical assessment. 2010;15(4):16-20.

43. Foster GM. Disease etiologies in non-western medical systems. American anthropologist. 1976;78(4):773-82.
44. Schneider R. Review of the Value of Periodic Health Examinations. Trans Ass Indust Med Officers. 1961;11(1):27-36.
45. Rakel RE, Rakel RE. Textbook of family practice. The Periodic Health Examination. Grimm JK, Diebold MM.: Wb Saunders; 1984. p. 139-59.
46. BRANTIGAN CO. Periodic Health Examination. Annals of internal medicine. 1976;84(3):344-5.
47. Han PK. Historical changes in the objectives of the periodic health examination. Annals of internal medicine. 1997;127(10):910-7.
48. Canadian Task Force on Preventive Health Care [cited 2020 09]. Available from: <https://canadiantaskforce.ca/about/history/>.
49. Force UPST. About the USPSTF 2017 [Available from: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/about-uspstf>].
50. Sağlık AHUÖP. Muayeneleri ve Tarama Testleri. TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, yayın. 2015(991).
51. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. Jama. 2004;291(10):1238-45.
52. Miniño A, Arias E, Kochanek K. Deaths: Final Data For 2000. National Vital Statistics Reports National Center for Health Statistics. National Center for Health Statistics Hyattsville, Maryland; 2002.
53. Akdeniz M, Aşık Z, Yaman H. Periyodik Sağlık Muayenesi. GeroFam. 2010;1(1):69-84.
54. Force UPST. Grade definitions [cited 2020 07]. Available from: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grade-definitions#july2012>.
55. Force USPST. Recommendations [Available from: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation-topics/uspstf-and-b-recommendations>].
56. Kültürsay H. Kardiyovasküler hastalık riski hesaplama yöntemleri. Türk Kardiyol Dern Arş. 2011;39:6-13.
57. World Health Organization [cited 2020 07]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
58. Eray A, Ateş E, Set T. Yetişkin bireylerde kardiyovasküler hastalık riskinin değerlendirilmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2018;22(1):12-9.
59. TÜRK KARDİYOLOJİ DERNEĞİ [cited 2020 07]. Available from: <https://www.tkd.org.tr/kardiyobil/home/mahmut-sahin-aspirin>.
60. T.C SAĞLIK BAKANLIĞI Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü [cited 2020 07]. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bagimliliklamucadele-haberler/sigara-ve-kanser.html>.
61. Organization WH. [cited 2020 07]. Available from: https://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1.
62. Arıcı M, Altun B, Erdem Y, Derici Ü, Nergizoğlu G, Turgan Ç, et al. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. 2003.
63. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Lipid Metabolizması Bozuklukları Tedavi Kılavuzu. 2018(2):16-7.
64. Tanrıverdi MH, Çelepkolu T, Aslanhan H. Diyabet ve birinci basamak sağlık hizmetleri. Journal of Clinical & Experimental Investigations/Klinik ve Deneysel Arastirmalar Dergisi. 2013;4(4).
65. LeFevre ML. Screening for thyroid dysfunction: US Preventive Services Task Force recommendation statement. Annals of internal medicine. 2015;162(9):641-50.

66. Derhem B. Birinci basamakta tiroid disfonksiyonuna yaklaşım ve tarama. Anadolu Güncel Tıp Dergisi.1(3):72-6.
67. T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI [cited 2020 07]. Available from: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11692/obezite.html>.
68. SARGIN M. Endokrin ve Metabolik Tarama. Klinik Tıp Aile Hekimliği.9(2):22-7.
69. Tanı O, Kılavuzu T. Ankara. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. 2018.
70. Bakanlığı TS. Tüberküloz tanı ve tedavi rehberi. Ankara, Başak Matbaacılık ve Tanıtım Hizmetleri Ltd Şti. 2011;1.
71. Yağbasan D, Deniz Ö, Bilgiç H, Kibaroglu E, Ekiz K. Ankara’da bir eğitim birliğinde tüberküloz epidemiyolojisi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007;6(2):123-30.
72. International Agency for Research on Cancer 2018 [cited 08.20 08.20]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf>.
73. 2016 Yılı Türkiye Kanser İstatistikleri [cited 20 08]. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri/yillar/2016-yili-turkiye-kanser-i-istatistikleri.html>.
74. world cancer research fund
american institute for cancer research [cited 2020 08]. Available from: <https://www.wcrf.org/dietandcancer/cancer-trends/worldwide-cancer-data>.
75. world health organization Cervical cancer [cited 2020 08]. Available from: https://www.who.int/health-topics/cervical-cancer#tab=tab_1.
76. Altunok H, Atalay BI, Önsüz MF, Işıklı B. Yaşlılık döneminde önerilen tarama testleri. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2016;15(6).
77. İpek A, Gafuroğlu Ü, Bodur H, Yılmaz Ö. Osteoporoz Riskinin Değerlendirilmesi. Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi. 2012;58.
78. International Osteoporosis Foundation (IOF) [cited 2020 08]. Available from: <https://www.iofbonehealth.org/whos-risk>.
79. Özdemir H, Rezaki M. Depresyon saptanmasında genel sağlık anketi-12. Türk Psikiyatri Dergisi. 2007;18(1):13-21.
80. Alpay Y, Ağalar C. Erişkin bağışıklama. 2016.
81. ÇEVİKKALP B. EDİRNE ŞEHİR MERKEZİNDE YAŞAYAN ERİŞKİMLERİN PERİYODİK SAĞLIK MUAYENELERİ HAKKINDAKİ BİLGİ TUTUM VE DAVRANISLARI: TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2010.
82. ŞAHİN DMK. 2012-2013 YILLARI ARASINDA ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI PERİYODİK SAĞLIK MUAYENESİ POLİKLİNİĞİ’NE BAŞVURAN ERİŞKİMLERİN DEMOGRAFİK VE MEDİKAL DURUMLARI İLE KENDİ “SAĞLIK ÖZ-DEĞERLENDİRMELERİ” ARASINDAKİ İLİŞKİ: ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
SAMSUN-2014.
83. TÜİK, Sağlık Araştırması, 2019 [cited 09 2020]. Available from: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095.
84. LALE DG. ANKARA İLİ MERKEZ İLÇELERİ AİLE SAĞLIK MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN 40 YAŞ VE ÜZERİ AİLE HEKİMLERİNİN TARAMA TESTLERİNİ KENDİLERİNE YAPTIRMA DURUMLARI: ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ; ANKARA
2013.
85. KUTLU DT. EDİRNE ŞEHİR MERKEZİNDEKİ ERİŞKİMLERDE PERİYODİK SAĞLIK MUAYENELERİ VE SONUÇLARI: TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

EDİRNE-2010.

86. ALTINTAŞ DH. ANKARA'DAKİ AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA ÖNERİLEN ERİŞKİN PERİYODİK SAĞLIK MUAYENELERİ VE TARAMA TESTLERİ HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ,

ANKARA ŞEHİR HASTANESİ

ANKARA/2019.

87. Kut A, Sözen F, Aydemir S. Bir üniversite hastanesi örnekleminde hastaların periyodik sağlık muayenesi hakkındaki farkındalıkları. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2015;19(3):112-21.

88. ERSOY DE. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ ÖĞRETİM ÜYELERİNİN PERİYODİK SAĞLIK MUAYENESİ ALGILARI, BİLGİ DÜZEYLERİ VE PERİYODİK SAĞLIK MUAYENESİ YAPTIRMA DURUMLARI: ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ADANA-2016.

89. Hozawa A, Kuriyama S, Watanabe I, Kakizaki M, Ohmori-Matsuda K, Sone T, et al. Participation in health check-ups and mortality using propensity score matched cohort analyses. Preventive medicine. 2010;51(5):397-402.

90. Cherrington A, Corbie-Smith G, Pathman DE. Do adults who believe in periodic health examinations receive more clinical preventive services? Preventive medicine. 2007;45(4):282-9.

91. Idler EL. Self-assessed health and mortality: a review of studies. International review of health psychology. 1992;1(1):33-54.

92. Mossey JM, Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. American journal of public health. 1982;72(8):800-8.

93. Usman SO, Edet-Utan O, Isola IN, Suleiman A, Akintayo-Usman NO, Ojogbede AK, et al. Periodic medical check-up among residents of three Nigerian South-western States. Çağdaş Tıp Dergisi. 2016;6(3):174-82.

94. Eke C, Eke N, Joe-Ikechebelu N, Okoye S. Perception and practice of periodic medical checkup by traders in South East Nigeria. Afrimedic Journal. 2012;3(2):24-9.

95. Ilesanmi OS. Periodic medical checkup: knowledge and practice in a community in South West Nigeria. International Journal of Public Health Research. 2015;5(1):576-83.

96. Oboler SK, Prochazka AV, Gonzales R, Xu S, Anderson RJ. Public expectations and attitudes for annual physical examinations and testing. Annals of internal medicine. 2002;136(9):652-9.

97. Mehrotra A, Zaslavsky AM, Ayanian JZ. Preventive health examinations and preventive gynecological examinations in the United States. Archives of internal medicine. 2007;167(17):1876-83.

98. SÖNMEZ CI, Dinçer D, Küçükdağ HN, Başer DA, Benli AR. Periyodik Sağlık Muayenesi Hakkında Hastaların Bilgi, Tutum ve Davranışları. Journal of Anatolian Medical Research. 2018;3(1):11-22.

99. İKİŞİK DH. AKADEMİSYENLERİN SAĞLIK TARAMA

PROGRAMLARINA UYUMU: MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ İSTANBUL 2009.

100. Vuong Q-H, Nghiem K-CP, La V-P, Vuong T-T, Ho M-T, Tran K, et al. Sex differences and psychological factors associated with general health examinations participation: Results from a Vietnamese cross-section dataset. Sustainability. 2019;11(2):514.

101. Sommer I, Titscher V, Gartlehner G. Participants' expectations and experiences with periodic health examinations in Austria-a qualitative study. BMC health services research. 2018;18(1):823.

102. Hunziker S, Schl pfer M, Langewitz W, Kaufmann G, N esch R, Battegay E, et al. Open and hidden agendas of " asymptomatic" patients who request check-up exams. BMC family practice. 2011;12(1):22.
103. KURTO LU DMG. ERİ KİN HASTALARIN PERİYODİK SA LIK MUAYENELERİ İLE İLGİLİ BİLGİ D ZEYİNİN SORGULANMASI: SA LIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, HASEKİ SA LIK UYGULAMA VE ARA TIRMA MERKEZİ; İSTANBUL, 2019.
104. AYDEMİR DS. BİRİNCİ BASAMAK SA LIK HİZMETLERİ UYGULAMASINDA PERİYODİK SA LIK MUAYENESİ KONUSU HAKKINDA BİRİNCİ BASAMAK KLİNİSYENLERİNİN BİLGİ, TUTUM VE DAVRANI LARI: BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI; ANKARA – 2015.
105. Romm FJ. Patients' expectations of periodic health examinations. J Fam Pract. 1984;19(2):191-5.
106. TUGAY D. AİLE HEKİMLERİNİN PERİYODİK MUAYENE REHBERİNE YÖNELİK BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: Hacettepe Üniversitesi Ankara, 2015.
107. Miyazaki K, Sato J, Mukohara K, Kitamura K, Saito S, Ban N. Attitudes of Japanese primary care physicians toward publicly endorsed periodic health examinations: a cross sectional survey. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2007;8(2):258.
108. Prochazka AV, Lundahl K, Pearson W, Oboler SK, Anderson RJ. Support of evidence-based guidelines for the annual physical examination: a survey of primary care providers. Archives of internal medicine. 2005;165(12):1347-52.
109.  EPE D İ. AİLE HEKİMLERİNİN KENDİ PERİYODİK SA LIK MUAYENELERİNİ YAPTIRMA DURUMU: SA LIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANKARA DI KAPI YILDIRIM BEYAZIT SA LIK UYGULAMA VE ARA TIRMA MERKEZİ ANKARA/2018.
110. Sahin MK, Sahin G, Dikici MF, Igde FA, Yaris F. Women's perceptions and attitudes about cervical cancer in Turkey: Kato's device as an alternative to the Pap smear. Asian Pac J Cancer Prev. 2014;15(2):905-10.
111. Green EH, Freund KM, Posner MA, David MM. Pap smear rates among Haitian immigrant women in eastern Massachusetts. Public health reports. 2005;120(2):133-9.
112. AL AS, García V, Cadavid O, Vélez C, Díaz M, Fernández B. Health of family physicians: do we practice what we preach? Atencion Primaria. 2011;43(6):305-11.
113. Moser K, Patnick J, Beral V. Inequalities in reported use of breast and cervical screening in Great Britain: analysis of cross sectional survey data. Bmj. 2009;338:b2025.
114. Castañeda SF, Malcarne VL, Foster-Fishman PG, Davidson WS, Mumman MK, Riley N, et al. Health care access and breast cancer screening among Latinas along the California–Mexican border. Journal of immigrant and minority health. 2014;16(4):670-81.
115. Frank E, Rothenberg R, Lewis C, Belodoff BF. Correlates of physicians' prevention-related practices: findings from the Women Physicians' Health Study. Archives of family medicine. 2000;9(4):359.

8.EKLER

EK-1 ANKET FORMU

OMÜ TIP FAKÜLTESİ AZİZİYE VE PELİTKÖY EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİ'NE BAŞVURAN BİREYLERİN PERİYODİK SAĞLIK MUAYENESİ HAKKINDAKİ FARKINDALIKLARI

Değerli katılımcı; Periyodik sağlık muayenesine dikkat çekerek koruyucu hekimlik hizmetlerine katkı sağlayacağına inandığımız çalışmamıza hoşgeldiniz. Vereceğiniz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacı ile kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır. Çalışmaya katılıp katılmamanız tıbbi muayene ve tedavinizi etkilemeyecektir.

Katılımlarınız için teşekkür ederiz.

Dr.Menekşe AYDIN (drmenekseydin@gmail.com)

1.Yaşınız?

2.Cinsiyetiniz? 1.() Kadın 2.() Erkek

3.Medeni durumunuz? 1.() Evli 2.() Bekar

4.Eğitim durumunuz? 1.() Okuryazar değil 3.() Ortaöğretim mezunu

2.() İlköğretim mezunu 4.() Lise mezunu 5.() Yüksek okul/Üniversite mezunu

5.Mesleğiniz? 1.() Memur 3.() Emekli 5.() Sağlık çalışanı
2.() İşçi 4.() Öğrenci 6.() İşsiz/Çalışmıyor 7.() Diğer...

6.Kendiniz gelir düzeyinizi nasıl tanımlarsınız ? 1.() İyi 2.() Orta 3.() Kötü

7.Sağlık güvenceniz var mı? 1.() Var 2.() Yok

8.Sigara içiyor musunuz?

1.() İçmiyorum, daha önce hiç içmedim

2.() İçmiyorum, bıraktım Günde kaç adet içtiniz? ne kadar süre içtiniz?..... ay/yıl

Ne kadar süre bıraktınız?ay/yıl

31.() Evet, içiyorum Günde kaç adet?..... kaç yıldır?.....

9.Alkol kullanıyor musunuz?

1.() Evet 2.() Hayır Evet ise; ne sıklıkla alkol alırsınız? 1) Her gün (kaç bardak:.....)

2) Hafta 1 gün

3) Yalnızca hafta sonları

4) Haftada 3-5 kez

5)Diğer.....

10.Düzenli olarak spor yapıyor musunuz?

1.() Evet 2.() Hayır Evet ise; haftada gün dkyapıyorum

11.Kronik (sürekli) hastalığınız var mı ? 1.() Var 2.() Yok

12.Kronik(sürekli) hastalığınız var ise hangisi/hangileridir? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

1.() Kronik Akciğer Hastalığı (Astım/KOAH)	5.() Kronik Kalp Hastalığı
2.() Kronik Böbrek Hastalığı	6.() Kanser
3.() Tip 2 Diyabet Hastalığı (Şeker)	7.() Diğer
4.() Kronik Karaciğer Hastalığı (Alkolizm/ siroz)	

13.Birinci derece akrabalarınızda (anne- baba-kardeşler) kronik (sürekli) hastalığı olan var mı?

1.() Hayır 2.() Evet ise belirtiniz

14.Birinci derece akrabalarınızda (anne-baba-kardeşler) kanser öyküsü olan var mı ?

1.() Hayır 2.() Evet ise belirtiniz.....

15.Kendiniz sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1.() Çok iyi 2.() İyi 3.() Orta 4.() Kötü 5.() Çok kötü

16. Aile hekiminize ne sıklıkla gidiyorsunuz?

1.() Haftada bir 2.() Ayda bir 3.() Yılda bir 4.() Diğer.....

17.Daha önce periyodik sağlık muayenesi ifadesini duydunuz mu? 1.() Evet 2.() Hayır

18.Cevabınız evet ise bilgi kaynağınız aşağıdakilerden hangisi/hangileridir?

- 1.() Sağlık çalışanlarından 3.() Aile bireylerinden
2.() Kitle iletişim araçlarından (radyo/ tv...) 4.() Arkadaşlardan 5.() Diğer....

19.Sizce Periyodik sağlık muayeneleri ile ilgili bilgilendirilmeniz için hangisi daha etkili olur?(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- 1.() Poster 3.()Televizyon/radyo kamu spotları
2.() Broşür 4.()Doktor ve diğer sağlık personelleri

20.Daha önce hiç periyodik sağlık muayenesi yaptırmak için başvurduğunuz mu?

- 1.() Evet 2.() Hayır

21. 20.soruya cevabınız hayır ise; periyodik sağlık muayenesi için başvurmama nedenleriniz nelerdir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

1.() Bilgim olmadığı için	3.() Yeterli zamanım yok	5.() Hastalık çıkmasından korkuyorum
2.() Gereksiz buluyorum	4.() Ücretli olabileceğini düşünüyorum	6.() Diğer.....

22. 20.soruya cevabınız evet ise; periyodik sağlık muayenesi için başvurma nedenleriniz nelerdir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

1.() Erken teşhis sağlama	3.() Mevcut şikayetlerimin değerlendirilmesi için	5.() Yaşam tarzı danışmanlığı için(diyet,sigara,aşılama..vb)
2.() Var olan hastalığın ilerlemesini önlemesi	4.() Arkadaş/akraba tavsiyesi	6.() Diğer.....

23. Sizce periyodik sağlık muayenesi hangi sıklıkla yapılmalıdır ?

- 1.() Altı ayda bir 2.() Yılda bir 3.() Üç yılda bir 4.() Beş yılda bir

Lütfen aşağıda yer alan önermeler ile ilgili görüşünüzü belirtecek şekilde cevaplayınız (1.Katılıyorum 2.Katılmıyorum 3.Kararsızım)

	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım
24.Periyodik sağlık muayenesi hastalıkların erken dönem tespit ve tedavisinde etkilidir.			
25.Periyodik sağlık muayenesi herkese yapılmalıdır			
26.Periyodik sağlık muayenesi sağlıklıyken yapılır			
27.Periyodik sağlık muayenesi hastalık sırasında yapılır			
28.İnsanlar sağlıklarına iyi bakarlarsa Periyodik sağlık muayenesi gereksizdir			
29.Bir kişi kendini iyi hissediyor olsa bile, yılda en az bir kez rutin bir fizik muayenesi yapmalıdır			
30.Periyodik sağlık muayenesinde danışma ve rehberlik hizmetleri laboratuvar testlerinden faydalıdır			
31.Periyodik sağlık muayenesinin en değerli bileşeni laboratuvar testleridir			
32.Periyodik sağlık muayenesi yaşa ve ailenin hastalık geçmişine göre farklılık gösterir.			
33.Erkeklerin kadınlardan daha fazla tıbbi muayeneye ihtiyacı vardır			
34.Kadınlardan erkeklerden daha fazla tıbbi muayeneye ihtiyacı vardır			
35.Kanser ve kronik hastalıkların erken teşhisinde önerilen muayene ve taramalar için bilgilendirme ve yönlendirme mesajı almak muayene ve taramayı takip edip yaptırmamı sağlar			

36.Sizce doktorunuz muayene sırasında size aşağıdakilerden hangisini/hangilerini sormalı?

1.() Sigara kullanımı	4.() Egzersiz	7.() Ruh sağlığı değerlendirme
2.() Alkol kullanımı	5.() Meslek (yaptığınız iş)	8.() Emniyet kemeri kullanımı
3.() Beslenme alışkanlığı (diyet)	6.() Cinsel geçmiş	9.() Diğer....

37.Periodik sağlık muayenesinde hangi uygulamaların yapılmasını istersiniz? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

1.() Tam kan sayımı	8.() Vücut ağırlığı ölçümü	15.() Pap smear (rahim ağzı kanser taraması)
2.() Kan şekeri ölçümü	9.() Tansiyon ölçümü	16.() Prostat spesifik antijen (PSA)
3.() Kan kolesterol ölçümü	10.() Mamografi uygulaması	17.() Kemik mineral dansitometre ölçümü
4.() Kolonoskopi	11.() Gaitada (dışkı) gizli kan	18.() Ekg / Eko
5.() Danışmanlık (sigara,obezite.....vb)	12.() Aşılama	19.() Tiroid fonksiyon testi (TSH)
6.() İdrar tahlili	13.() Genetik tarama	20.() Mr / Tomografi
7.() Akciğer grafisi	14.() Endoskopi	21.() Diğer.....

**Lütfen aşağıda yer alan önermeler ile ilgili görüşünüzü belirtecek şekilde cevaplayınız
(1.Katılıyorum 2.Katılmıyorum 3.Kararsızım)**

	1.Katılıyorum	2.Katılmıyorum	3.Kararsızım
38.18 yaşından büyük kişilerin yılda bir tansiyonuna bakılmalıdır.			
39.18-65 yaş arası kişilerin yılda bir kez kilo, boy ve bel çevresi ölçümleri yapılmalıdır.			
40.18 yaşın üzerindeki cinsel aktif kişilere cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi verilmeli ve gereken testler yapılmalıdır.			
41.18 yaşın üzerindeki kişilere sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımının sağlığa zararları açısından bilgi verilmelidir.			
42.18-65 yaş arası kişiler depresyon açısından sorgulanmalıdır.			
43.20 yaş üstü kadınlar ayda bir kendi kendine meme muayenesi yapmalıdır.			
44.20-40 yaş arası kadınların meme muayenesi iki yılda bir hekim tarafından rutin olarak yapılmalıdır			
45.35 yaşın üzerindeki kişilerin 5 yılda bir kolesterol değerlerine bakılmalıdır			
46.35 yaş üzerindeki kişilere 5 yılda bir tiroid fonksiyon testleri yapılmalıdır.			
47.30-65 yaş arası kadınlara beş yılda bir rahim ağzı kanseri taraması yapılmalıdır.			
48.40-69 yaş arası bütün kadınlar iki yılda bir mamografi çektirmelidir			
49.45 yaşın üzerindeki kişilere şeker hastalığı taraması yapılmalıdır.			
50.40 yaş altı bireylerde ailede erken yaşta kalp hastalığı varsa risk saptanan gruplarda gerekli yaşam tarzı değişiklikleri ve izlemler yapılmalıdır			

51.40 yaş üstü bireylerde kalp ve damar hastalıkları açısından risk saptanan gruplarda gerekli yaşam tarzı değişiklikleri ve izlemler yapılmalıdır			
52.50 yaşın üzerindeki erkekler prostat kanseri açısından taranmalıdır			
53.50-70 yaş arası kişilere yılda bir kez kolorektal (bağırsak) kanser taraması yapılmalıdır.			
54.Tüberküloz(verem hastalığı) açısından riskli gruba giren kişiler tüberküloz açısından taranmalıdır			
55.Erişkinlere gereken aşılar yapılmalıdır.			
56.65 yaşın altında kemik hastalıkları açısından risk grubunda olan kişilere gereken testler yapılmalıdır			



EK-2 ETİK KURUL İZİNİ

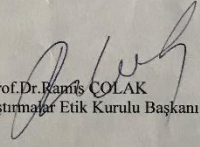
 T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/997-22 17.01.2020

Sayın Prof. Dr. Mustafa Fevzi DİKİCİ

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aziziye ve Pelit köy Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Bireylerin Periyodik Sağlık Muayenesi Hakkındaki Farkındalıkları** başlıklı OMÜ KAEK 2019/869 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 26.12.2019 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.


Prof. Dr. Ramis ÇOLAK
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ondokuz mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Tel:(0362)3121919/2782 -4576007 Omutaek@gmail.com
Eski Diş Hekimliği Fakültesi 2.Kat Atakum/SAMSUN

EK-3 SAMSUN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİNİ



T.C.
SAMSUN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

SAMSUN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - SAMSUN İDARİ
HİZMETLER BİRİMİ
16/03/2020 18:11 - 26521195 - 604.02 - E.456



Sayı : 26521195-604.02
Konu : Menekşe AYDIN'ın Uzmanlık Tezi
Onayı

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 07/01/2020 tarihli ve 61646299-49933177-605.01-E.461 sayılı yazı.

İlgi tarih ve sayılı yazı ile Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı uzmanlık öğrencisi Dr. Menekşe AYDIN'ın Prof. Dr. Mustafa Fevzi DİKİCİ danışmanlığında yürüteceği "Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aziziye Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Bireylerin Periyodik Sağlık Muayenesi Hakkındaki Farkındalıkları " konulu uzmanlık tezi için izin istenmiştir.

İlgili tez çalışması izni için Müdürlüğümüz komisyonu tarafından yapılan değerlendirmede; çalışmanın 01.01.2020-01.04.2020 tarihlerinde Ondokuz Mayıs Üniversitesi Aziziye ve Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinde yapılabilmesi uygun görülmüştür.

İl Sağlık Müdürlüğümüz ile ilgili kişi arasında imzalanan "Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü" yazımız ekinde sunulmuştur.

Gereğini arz/rica ederim

e-imzalıdır.
Dr. Öğr. Üyesi Muhammet Ali ORUÇ
İl Sağlık Müdürü

Ek: Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü

Dağıtım:
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektörlüğü
Samsun Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı

Adalet Mah.100.yıl Bulvarı No:232 İlkadım/SAMSUN

Telefon: Faks No:

e-Posta: seda.hakyemez@saglik.gov.tr İnternet Adresi: S.HAKYEMEZ

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 813721ba-22ae-4bcf-968c-a16a4f079489 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: SEDA HAKYEMEZ

HEMŞİRE

Telefon No: (0 362) 311 25 00

SAMSUN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
ARAŞTIRMA İZİNLERİ İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ

Taraflar:

Bu protokol Samsun İl Sağlık Müdürlüğü ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık öğrencilerinden Dr. Menekşe AYDIN arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın Gerçekleştirileceği Yer (Kurum/Kuruluşlar)

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Aziziye Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

Çalışmanın Adı:

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aziziye Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Bireylerin Periyodik Sağlık Muayenesi Hakkındaki Farkındalıkları

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Prof. Dr. Mustafa Fevzi DİKİCİ, Dr. Menekşe AYDIN

Protokolün Hükümleri

- Bu protokol ilimiz sınırları içinde Samsun İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak bilimsel çalışmaları kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
- Yapılacak bilimsel çalışmalar veri toplama aşamasında iken hastanelerdeki uygulanabilirliği Samsun İl Sağlık Müdürlüğü tarafından takip edilecektir.
- Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
- Veri toplama sırasında İl Sağlık Müdürlüğü Personelinin veri çalışmalarına katılması tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır.
- Çalışma üniversite veya kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası **dosya** halinde Samsun İl Sağlık Müdürlüğüne teslim edilecektir.
- Çalışmayı yapacak olan kişi/kişiler e) maddesini yerine getirmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez vs. gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- Çalışma sürecinde her tür ilaç uygulaması veya girişimsel işlem yapılacak ise ya hastanın kendisi ya da yasal vasisinden ve etik kuruldan onay alınacaktır.
- Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin ihtiyaç halinde çalışmaya dâhil edilmesi durumunda Samsun İl Sağlık Müdürlüğü bilgilendirilecektir.

Protokolün süresi:

a) **Başlangıç Tarihi** : 01/01/2020

Bitiş Tarihi : 01/04/2020

b) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

Sözleşme Şartlarına Aykırılık:

İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protokole imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Samsun İl Sağlık Müdürlüğüne; kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde yasal işlemler başlatılacaktır.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda Samsun ilindeki idari yargı mercileri yetkilidir.

İlgili protokol hükümlerini ve cezai müeyyidelerini okudum ve kabul ettim.

06/03/2020

Dr. Menekşe AYDIN
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi

10/03/2020

Dr. Hatice ÖZ
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı Yrd.

OLUR

.../03/2020

Dr. Öğr. Üyesi Muhammet Ali ORUÇ
Samsun İl Sağlık Müdürü

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 813721ba-22ae-4bcf-968c-a16a4f079489 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-4 ORJİNALLİK RAPORU

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ AZİZİYE VE PELİTKÖY EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN BİREYLERİN PERİYODİK SAĞLIK MUAYENESİ HAKKINDAKİ FARKINDALIKLARI

ORJİNALLİK RAPORU

%8

BENZERLİK ENDEKSİ

%6

İNTERNET
KAYNAKLARI

%2

YAYINLAR

%4

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

www.scribd.com

İnternet Kaynağı

%1

2

www.turkailehekderg.org

İnternet Kaynağı

%1

3

Submitted to Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

%1

4

Submitted to Cumhuriyet University

Öğrenci Ödevi

%1

5

dergipark.org.tr

İnternet Kaynağı

%1

6	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080	İnternet Kaynağı	<% 1
7	docplayer.biz.tr	İnternet Kaynağı	<% 1
8	Submitted to Canakkale Onsekiz Mart University	Öğrenci Ödevi	<% 1
9	www.diclemedj.org	İnternet Kaynağı	<% 1
10	aile.atauni.edu.tr	İnternet Kaynağı	<% 1
11	www.medikaynak.com	İnternet Kaynağı	<% 1
12	Submitted to Erciyes Üniversitesi	Öğrenci Ödevi	<% 1
13	Submitted to Okan Üniversitesi	Öğrenci Ödevi	<% 1

14	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	<% 1
15	Submitted to Inonu University Öğrenci Ödevi	<% 1
16	hkjpaed.org İnternet Kaynağı	<% 1
17	www.phdernegi.org İnternet Kaynağı	<% 1
18	es.scribd.com İnternet Kaynağı	<% 1
19	halksagligiokulu.org İnternet Kaynağı	<% 1
20	ÜSTÜ, Yusuf and UĞURLU, Mehmet. "Periyodik Sağlık Muayenesi Örnekleri". Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, 2017. Yayın	<% 1

- 21 TEKİNER, Ayşe Selda, LALE, Gülseren and PEKER CEYHUN, A. Gülsen. "Ankara Merkezinde Çalışan 40 Yaş ve Üstü Aile Hekimlerinin Kansere Taramalarını Kendilerine Yaptırma Oranları", Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2016.
Yayın <%1
- 22 www.ankaramedicaljournal.com
İnternet Kaynağı <%1
- 23 Submitted to Bozok Üniversitesi
Öğrenci Ödevi <%1
- 24 www.basharikasm.com
İnternet Kaynağı <%1
- 25 www.tahud.org.tr
İnternet Kaynağı <%1
- 26 www.ataturkhastanesi.gov.tr
İnternet Kaynağı <%1

27 belediyedanismanlik.net
İnternet Kaynağı <% 1

28 www.21psikiyatri.org
İnternet Kaynağı <% 1

29 www.jisikworld.com
İnternet Kaynağı <% 1

30 DOĞANAY, Sinem and UÇKU, Şerife Reyhan.
"Yaşlılarda kötü sağlık algısı koroner kalp
hastalığı ve ölümleri belirler mi?", Geriatri
Derneği, 2012.
Yayın <% 1

31 issuu.com
İnternet Kaynağı <% 1

32 AKTAŞ, E. Ö. and ÇAKIR, G.. "Aile hekimlerinin,
aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri:
Bir anket çalışması", Ege Üniversitesi, 2012.
Yayın <% 1

33 METE, Burak, PEHLİVAN, Erkan, TEKİN,
Cigdem, NACAR, Erkay, UNVER, Ertan and
BARAN, Ayse. "Malatya İl Merkezinde Aile
Hekimliği Hizmetinden Yararlanan ", Medicine
Science Publisher, 2015.

<% 1

34 YAVUZYILMAZ, Asuman, TOPBAŞ, Murat
ÇAN, Emine, ÇAN, Gamze and ÖZGÜN, Şükrü.
"Trabzon il merkezindeki sağlık ocakları
çalışanlarında tükenmişlik sendromu ile iş
doyumunu düzeyleri ve ilişkili faktörler", Türk
Silahlı Kuvvetleri, 2007.

<% 1

Prof. Dr. Mustafa E. DİKİCİ
Aile Hekimliği Uzmanı
Sicil No: A-3220
Diploma No: 17232/20700