



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ ÖĞRETİM
ÜYELERİNİN PERİYODİK SAĞLIK MUAYENESİ
ALGILARI, BİLGİ DÜZEYLERİ VE PERİYODİK SAĞLIK
MUAYENESİ YAPTIRMA DURUMLARI

Dr. Emrah ERSOY

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. Esra SAATÇI

ADANA-2016



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ ÖĞRETİM
ÜYELERİNİN PERİYODİK SAĞLIK MUAYENESİ
ALGILARI, BİLGİ DÜZEYLERİ VE PERİYODİK SAĞLIK
MUAYENESİ YAPTIRMA DURUMLARI**

Dr. EMRAH ERSOY

UZMANLIK TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. ESRA SAATÇI**

ADANA-2016

TEŐEKKÖR

Uzmanlık eęitimim ve tez çalıŐmam sűrecinde bilgisinden ve desteęinden her zaman yararlanabildięim, disiplinli, bir o kadar gűler yűzlű ve anlayıŐlı tez danıŐmanım ve hocam Prof. Dr. Esra SAATÇI'ya, yine eęitimime birçok anlamda katkı saęlayan deęerli hocam Prof. Dr. Ersin AKPINAR'a ve yine deęerli hocalarım Prof. Dr. Nafiz BOZDEMİR, Doç. Dr. Sevgi ÖZCAN ve Doç. Dr. Hatice KURDAK'a,

Hayatım boyunca sevgisini ve desteğini daima hissettiğim saygıdeğer anne ve babama,

Destekleri ve katkıları için, özellikle teknik desteklerinden tűrű Dr. İsmail Ekiz'e baŐta olmak űzere, Aile Hekimlięi Anabilim Dalı'nın tűm araŐtırma gűrevlileri ve personeline,

Sadece tez sűresince deęil, hayatıma dahil olduęundan itibaren sevgisini ve desteęini hiçbir zaman esirgemeyen pek kıymetli eŐim Aysun'a teŐekkűr ederim.

Dr. Emrah ERSOY

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER.....	II
TABLO LİSTESİ.....	IV
ŞEKİL LİSTESİ.....	VI
KISALTIMA LİSTESİ.....	VII
ÖZET-ANAHTAR SÖZCÜKLER.....	VIII
ABSTRACT-KEYWORDS.....	IX
1.GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Önemi ve Aile Hekimliği.....	3
2.2. Sağlığın Korunması.....	3
2.3. Hastaların Gizli Gündemi.....	5
2.4. Periyodik Sağlık Muayeneleri.....	5
2.4.1. Periyodik Sağlık Muayenesinin Tanımı.....	5
2.4.2. Tarihçe.....	6
2.4.3. Dünyada Ölüm Nedenleri.....	9
2.4.4. Türkiye’de Ölüm Nedenleri.....	10
2.5. Periyodik Sağlık Muayenesinin Bileşenleri.....	11
2.5.1. Primer Koruma.....	11
2.5.1.1. Danışmanlık.....	11
2.5.1.1.1. Yaşam Tarzı.....	11
2.5.1.1.2. Tütün Kullanımı.....	12
2.5.1.1.3. Alkol Kullanımı.....	13
2.5.1.1.4. Madde Kullanımı.....	14
2.5.1.1.5. Cinsel Davranış.....	14
2.5.1.2. Aşılama.....	15
2.5.1.2.1. Standart Aşılama.....	15
2.5.2. Taramalar.....	16
2.5.2.1 Tarama Testinin, Taranan Hastalığın ve Popülasyonun Özelliği... 16	
2.5.2.1.1. Hastalığın Özellikleri.....	16
2.5.2.1.2. Testin Özellikleri.....	17
2.5.2.1.3. Taranan Popülasyonun Özellikleri.....	17
2.5.2.2. Tarama İçin Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Ölçütleri.....	17

2.5.2.3. Kardiyovasküler Hastalıklar.....	18
2.5.2.3.1. Hipertansiyon.....	18
2.5.2.3.2. Koroner Kalp Hastalığı.....	18
2.5.2.3.3. Abdominal Aort Anevrizması (AAA)	20
2.5.2.3.4 Obezite	20
2.5.2.3.5. Lipid Hastalıkları	21
2.5.2.4. Diyabet Hastalığı.....	22
2.5.2.5. Tiroid Hastalığı.....	24
2.5.2.6. Osteoporoz.....	25
2.5.2.7. Depresyon.....	26
2.5.2.8. Kanseler	27
2.5.2.8.1. Kolorektal kanseler.....	27
2.5.2.8.2. Serviks Kanseri	28
2.5.2.8.3. Akciğer Kanseri	28
2.5.2.8.4. Meme Kanseri.....	29
2.5.2.8.5. Prostat Kanseri.....	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM	33
3.1. Araştırmanın Tipi ve Yeri.....	33
3.2. Araştırma Evreni.....	33
3.3. Örneklem Seçimi	33
3.4. Araştırmanın Uygulama Şekli ve Veri Kaynakları.....	33
3.5. Verilerin Analizi	34
3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	34
3.7. Etik Konular	34
3.8. Araştırmanın Bütçesi	34
3.9. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriteri	34
3.10. Araştırmanın Süresi	34
4.BULGULAR	35
5. TARTIŞMA.....	80
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	99
KAYNAKLAR.....	102
EKLER	113
EK-1: Bilgilendirme, Onam ve Anket Formu	113
EK-2: Etik Kurul Onay Formu	125
ÖZGEÇMİŞ.....	126

TABLO LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1. USPSTF'nin öneri kategorileri	8
Tablo 2. Amerikan Aile Hekimleri Akademisinin öneri düzeyleri	9
Tablo 3. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	36
Tablo 4. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Sigara İçme, Alkollü İçki Tüketme, Egzersiz ve Diyet Yapma Durumlarına Göre Dağılımı	37
Tablo 5. Tıp Fakültesi Katılımcılarının Sosyoekonomik Durumlarına ve Sigara İçme Durumlarına Göre Dağılımı	38
Tablo 6. Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Cinsiyetlerine ve Sigara İçme Durumlarına Göre Dağılımı.....	39
Tablo 7. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Tarama Testi Yaptırma İsteğine Göre Dağılımı	41
Tablo 8. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Bazı Taramaları Yaptırma Durumları.....	43
Tablo 9. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Bazı Tarama Testlerini Yaptırma Durumları....	45
Tablo 10. Tıp Fakültesi Katılımcılarının Yaşlarına ve Kan Basıncını Ölçtüğü Zamana Göre Dağılımı.....	46
Tablo 11. Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Yaşlarına ve Kan Basıncını Ölçtüğü Zamana Göre Dağılımı.....	47
Tablo 12. Tıp Fakültesi Katılımcılarının Cinsiyetlerine ve Beden Kitle Endeksi Hesaplama Durumlarına Göre Dağılımı.....	48
Tablo 13. Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Cinsiyetlerine ve Beden Kitle Endeksi Hesaplama Durumlarına Göre Dağılımı.....	48
Tablo 14. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Aşı Yaptırma Durumlarına Göre Dağılımı	49
Tablo 15. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Beden kitle İndeksi Ölçtürmeye Başlama Yaşı ve Beden kitle İndeksi Ölçtürme Sıklığı İle İlgili Bilgi Durumları.....	50
Tablo 16. Tıp Fakültesi Katılımcılarının BKİ Hesaplama Durumu ve Sıklığı Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı.....	51
Tablo 17. Tıp Fakültesi Katılımcılarının Beden Kitle İndeksi Hesaplama Durumu ve Hesaplamaya Başlama Yaşı Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı	51
Tablo 18. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Kan Basıncı Ölçtürmeye Başlama Yaşı ve Kan Basıncı Ölçtürme Sıklığı İle İlgili Bilgi Durumları	52
Tablo 19. Tıp Fakültesi Katılımcılarının Kan Basıncı Ölçtürme Durumlarına ve Kan Basıncı Ölçtürme Sıklığı Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı	53
Tablo 20. Tıp Fakültesi Katılımcılarının Kan Basıncı Ölçtürme Durumlarına ve Kan Basıncı Ölçtürmeye Başlama Yaşı Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı	54

Tablo 21. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Kan Lipidlerini Ölçtürmeye Başlama Yaşı ve Kan Lipidlerini Ölçtürme Sıklığı İle İlgili Bilgi Durumları	55
Tablo 22. Tıp Fakültesi Katılımcılarının Kan Lipidleri Ölçtürme Durumlarına ve Kan Lipidleri Ölçtürme Sıklığı Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı	56
Tablo 23. Tıp Fakültesi Katılımcılarının Kan Lipidleri Ölçtürme Durumlarına ve Kan Lipidleri Ölçtürmeye Başlama Yaşı Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı	57
Tablo 24. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Mamografi Çektirmeye Başlama Yaşı ve Mamografi Çektirme Sıklığı İle İlgili Bilgi Durumları.....	60
Tablo 25. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Pap-smear Yaptırmaya Başlama Yaşı ve Pap-smear Yaptırma Sıklığı İle İlgili Bilgi Durumları.....	61
Tablo 26. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Gaitada Gizli Kan Testi Yaptırmaya Başlama Yaşı ve Gaitada Gizli Kan Testi Yaptırma Sıklığı İle İlgili Bilgi Durumları.....	62
Tablo 27. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Diğer Hastalıklarının Sistemlere Göre Dağılımı	64
Tablo 28. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Kendi Sağlık Durumları Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı.....	65
Tablo 29. Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Kendi Sağlık Durumları Hakkındaki Görüşlerine ve Tarama Testi Yaptırma İsteklerine Göre Dağılımı	66
Tablo 30. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Kolesterol Düzeyleri Hakkındaki Yorumlarına Göre Dağılımı	67
Tablo 31. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Kan Basıncı Düzeyleri Hakkındaki Yorumlarına Göre Dağılımı.....	69
Tablo 32. Tıp Fakültesi Katılımcılarının Son Ölçülen Kolesterol Düzeyi ve Ölçülen Kolesterol Değeri Hakkındaki Yorumlarına Göre Dağılımı	71
Tablo 33. Tıp Fakültesi Katılımcılarının Son Ölçülen Kan Basıncı Seviyesi ve Ölçülen Kan Basıncı Değeri Hakkındaki Yorumlarına Göre Dağılımı	72
Tablo 34. Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Son Ölçülen Kan Basıncı Seviyesi ve Ölçülen Kan Basıncı Değeri Hakkındaki Yorumlarına Göre Dağılımı.....	72
Tablo 35. Tıp Fakültesi Katılımcılarının Kan Basıncını Son Olarak Ölçtüğü Süreye ve Ölçülen Kan Basıncı Değeri Hakkındaki Yorumlarına Göre Dağılımı.....	73
Tablo 36. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Kolesterolle İlgili Bazı Önermelere Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı.....	74
Tablo 37. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Kan Basıncıyla İlgili Bazı Önermelere Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı.....	75
Tablo 38. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Hiperkolesterolemi Varlığında Karşılaşılan Bazı Durumlarla İlgili Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı.....	76

ŞEKİL LİSTESİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1. Tıp Fakültesi Katılımcılarının Cinsiyete Göre Dağılımları	35
Şekil 2. Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Cinsiyete Göre Dağılımları	36
Şekil 3. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Tarama Testi Yaptırdıkları Yere Göre Dağılımı	40
Şekil 4. Katılımcıların Ailede Kansere Öyküsüne Göre Dağılımları	42
Şekil 5. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Kan Şekerini Ölçtürme Sıklığı İle İlgili Bilgi Durumları.....	57
Şekil 6. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Kan Şekerini Ölçtürmeye Başlama Yaşı İle İlgili Bilgi Durumları	58
Şekil 7. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Tiroid Fonksiyon Testi Yaptırma Sıklığı İle İlgili Bilgi Durumları	59
Şekil 8. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Tiroid Fonksiyon Testi Yaptırmaya Başlama Yaşı İle İlgili Bilgi Durumları.....	59
Şekil 9. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Kronik Hastalık Durumları	63
Şekil 10. Tıp Fakültesi Katılımcılarının Hipertansiyon Varlığında Karşılaşılan Bazı Durumlarla İlgili Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı	77
Şekil 11. Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Hipertansiyon Varlığında Karşılaşılan Bazı Durumlarla İlgili Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı	78
Şekil 12. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının İdeal Kolesterol Seviyesiyle İlgili Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı.....	79

KISALTMA LİSTESİ

AAFP: American Academy of Family Physicians
ADA: American Diabetes Association
AGLA: Swiss Atherosclerosis Association
ATA: American Thyroid Association
BKİ: Beden kitle indeksi
CYBH: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
ESC: European Society of Cardiology
ESH: European Society of Hypertension
FRAX: Fracture Risk Assessment
GGK: Gaitada Gizli Kan
HPV: Human Papilloma Virüs
KOAİ: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
PAP: Papanicolau testi
PSA: Prostat Spesifik Antijen
PSM: Periyodik sağlık muayeneleri
SMB: Swiss Medical Board
USPSTF: United States Preventive Service Task Force
WHO: World Health Organization

ÖZET

Çukurova Üniversitesi Öğretim Üyelerinin Periyodik Sağlık Muayenesi Algıları, Bilgi Düzeyleri ve Periyodik Sağlık Muayenesi Yaptırma Durumları

Amaç: Amacımız, Çukurova Üniversitesi akademisyenlerdeki periyodik sağlık muayenesi bilgi düzeylerini, algılarını belirlemek ve yaptırma durumlarını sorgulamak ve sosyodemografik faktörlerin ve sağlıkla ilgili bazı davranışların sağlık taraması yaptırma davranışlarına etkilerini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma evrenini, Çukurova Üniversitesi Tıp ve Ziraat Fakültesi öğretim üyeleri oluşturmaktadır. Dokuz sorudan oluşan sosyodemografik bilgi formu, 19 sorudan oluşan periyodik sağlık muayenesi bilgi düzeyi, 27 sorudan oluşan periyodik sağlık muayenesi algısı, 24 sorudan oluşan periyodik sağlık muayenesi yaptırma durumları anketi uygulanarak toplanan veriler kodlanarak bilgisayara girilmiş ve SPSS istatistiksel analiz programı aracılığı ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya Tıp Fakültesi'nden 143 (% 69,8), Ziraat Fakültesi'nden 62 (% 30,2) olmak üzere toplam 205 kişi katıldı. Katılımcıların yaş ortalaması $49,5 \pm 9,2$ yıl idi (min:30 max:80) ve % 56,4'ü (n=116) erkek, % 43,4'ü (n=89) kadındı. Katılımcıların % 25,3'ü (52) düzenli egzersiz yaptığını, % 38,7'si (n=24) düzenli beslendiğini belirtti. Katılımcıların % 59,5'i (n=122) tarama testi yaptırmak için istekliydi. Sağlık durumlarını 'orta' olarak değerlendirenler tarama testi yaptırmaya daha istekliydi. Katılımcıların % 76,0'sı (n=156) beden kitle endeksi, % 82,4'ü (n=169) kan lipit profili, % 94,1'i (n=193) kan basıncı ölçümü yaptırmıştı. Katılımcılar artan yaşlarıyla beraber daha sık kan basıncı ölçtürmekteydi. Kadın katılımcıların pap-smear yaptırma oranı % 52,3 (n=46), mamografi yaptırma oranları % 48,9'du (n=43). Elli yaş ve üzeri katılımcıların % 16,5'i (n=17) son 10 yılda kolonoskopi, % 19,4'ü (n=20) son bir yılda gaitada gizli kan testi yaptırmıştı.

Sonuç: Periyodik sağlık muayeneleri bilgi düzeyi ve yaptırma durumu yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum ve mevcut sağlık durumundan etkilenmektedir.

Anahtar sözcükler: Aile hekimliği, akademisyenler, Çukurova Üniversitesi, periyodik sağlık muayenesi.

ABSTRACT

Level of Knowledge and Perception About Periodic Health Examinations and Real Action For Periodic Health Examinations of Academicians in Cukurova University

Aim: Our aim is to determine level of knowledge and perception about periodic health examinations and real action for periodic health examinations of academicians in Cukurova University and also the impact of sociodemographic factors and health related behaviors on their periodic health examinations behaviours.

Material and Methods: Our sample was academic staff of Faculty of Medicine and Faculty of Agriculture in Cukurova University. Participants completed sociodemographic questionnaire, questionnaire for knowledge, perception and real action of periodic health examinations. Data analyzed using SPSS statistical analysis program.

Results: Of participants, 143 (69.8%) were from Faculty of Medicine, 62 (30.2%) were from Faculty of Agriculture (205). The mean age was 49.5 ± 9.2 years (min: 30 max: 80). Of participants, 56.4% (n=116) were male, 25.3% (n=52) having regular exercise, 38.7% (n=24) having regular diet, 59.5% (n=122) were willing to undergo screening test. Participants who evaluated their overall health status as 'moderate' were more willing to undergo screening test, 12.1% (n=25) didn't believe in screening, 76.0% (n=156) measured body mass index, 82.4% (n=169) blood lipid levels, 94.1% (n=193) blood pressure. Of female participants 52.3% (n=46) had PAP-smear, 48.9% (n=43) mamography. Of 50 years and older respondents, 16.5% (n=17) had colonoscopy in the past 10 years and 19.4% (n=20) had fecal occult blood test in the past year.

Conclusion: Knowledge and behavior of periodic health examinations are affected by age, gender and socioeconomic status, perception about periodic health examinations, health concerns and current state of health.

Key Words: Academician, Cukurova University, family medicine, periodic health examination.

1.GİRİŞ

Periyodik sağlık muayeneleri (PSM) son yıllarda giderek önem kazanmakta ve günümüzde birinci basamak kuruluşlarına gittikçe artan başvuru nedenleri arasında yer almaktadır. PSM'nin amacı, risk faktörlerini ve hastalıkların erken bulgularını tanımlamak ve erken müdahale ile gelecekte oluşabilecek hastalıklardan da korumaktır. Bu nedenle her PSM hastanın yaşı ve cinsiyetine göre belirlenmiş uygun ve etkili danışmanlık, bağışıklama ve fizik muayeneyi içermelidir. Ancak hastayı taramaya gerek olup olmadığı ve en uygun tarama yöntemini seçme konusu aile hekimleri için zorlayıcı olabilir. (1)

PSM, bireylerin sağlıklarının korunmasına katkıda bulunmak amacıyla; tarama, muayene, laboratuvar testleri, kemoprofilaksi, danışmanlık ve sağlık eğitimi verilerek yapılır. Aile hekimliği, hasta-hekim ilişkisinin sürekliliğinin ön planda olduğu özellikle sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetleri öncelikli olarak ele alan bir disiplindir. Bu nedenle aile hekimliği PSM uygulamalarının odağında yer almaktadır. (2)

Günümüz sağlık bakımının temel amacı; tedaviden çok, insanların sağlığını korumada onlara danışmanlık yapmak ve sağlık risklerinden kaçınmada yardımcı olmaktır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan koruyucu hizmetler; hastalık riski taşımayan bireylerin bu risklerden uzak tutulması, risk altındaki bireylerin risklerinin azaltılması, mevcut hastalıkların erken tanı ve tedavisi ile kronik hastalıkların kalıcı hasar oluşturmalarının önlenmesini içerir. Bu temel amaçlara çeşitli ulusal ve uluslararası kuruluşlarca standartları belirlenmiş periyodik sağlık muayeneleri yoluyla ulaşılır. (3)

Bir PSM, genel sağlık durumunu belirleme ihtiyacı üzerine kurulmuş sağlık hizmeti olarak tanımlanmıştır ve gelecekte oluşabilecek hastalıklardan korunmak semptomların tedavisinden daha önemli hal almıştır. (4)

Gelişmiş ülkelerde sağlıklı yaşam standardının yüksek olması bir amaç olmaktan çıkmış, bu ülke insanları için bir hak haline gelmiştir. Bunun için, pek çok insan herhangi bir rahatsızlığı olmaksızın PSM için hekime başvurur hale gelmiştir. Böylece, PSM için hekime başvuranların sayısı gün geçtikçe artmaktadır. (2) 2002 – 2004 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) her yıl yaklaşık 44 milyon kişi PSM

için başvuruda bulunmuştur. (5) Kanada'da 'genel tıbbi muayene' yine yılda yaklaşık 10,5 milyon muayeneye hipertansiyondan sonra en sık ikinci başvuru nedenidir. (6)

Koruyucu hekimliğin, tedavi edici hekimlikten daha ucuz olduğu düşünülürse bu artışı doğal karşılamak gerekir. PSM' de hekim hastanın zarardan çok fayda göreceğinden emin olmalıdır. Zararlı olma potansiyelinin yanında, maliyet baskısı da vardır. Bu durumda, PSM için akılcı bir değerlendirme yapılması zorunlu hale gelmektedir. (7)

Aile hekimleri, kendilerine bağlı popülasyona sağlıklarını koruma ve geliştirme konusunda yardımcı olmada eşsiz bir konuma sahiptirler. Aile hekimi her bir kişiyi yılda 3-4 kez görür. (8) Türkiye'de 2014 yılı için birinci basamak kuruluşlarında kişi başı hekime müracaat sayısının 2,8 olduğu bildirilmektedir. Bundan dolayı aile hekimleri sağlık danışmanlığı ve hastalıkların erken tanısında önemli fırsatlar elde ederler. (9)

Bu çalışmada amacımız, Adana ili Çukurova Üniversitesi akademisyenlerdeki yaş gruplarına ve cinsiyetlerine göre önerilen PSM bilgi düzeylerini ve algılarını belirlemek ve PSM yaptırma durumlarını sorgulamak ve yaş, eğitim, cinsiyet gibi sosyodemografik faktörlerin ve sağlıkla ilgili bazı davranışların akademisyenlerin sağlık taraması yaptırma davranışlarına etkilerini belirlemektir. Ayrıca elde edilecek veriler doğrultusunda bu konularda danışmanlık ve tedavi hizmeti alabilmeleri için tarafımızdan uygun danışmanlık ve yönlendirmelerin yapılmasıdır. Bu çalışma sonucunda akademisyenlerin PSM ile ilgili farkındalıklarının ve PSM yaptırma durumlarının artacağı ön görülmektedir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Önemi ve Aile Hekimliği

Koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi tanı ve tedaviye yönelik sağlık hizmetleri ile karşılaştırıldığında belirgin şekilde artmıştır. Hastalıklardan korunma kavramı yerine sağlıklı kalma ve sağlığın geliştirilmesi kavramlarının ön plana çıkmasına paralel olarak tıp disiplinleri arasında aile hekimliği, bireye yönelik biyopsikososyal, kültürel ve varoluşsal yaklaşım ile koruyucu hizmetlerin yürütülmesinde belirgin şekilde ön plana çıkmıştır. Sağlıklı kalma ve sağlığı geliştirme kavramları ise bireysel özellikler, yaş cinsiyet, risk grupları açısından yeniden ele alınmaya başlanmıştır.

21. yüzyılın başında olduğumuz bu tarihlerde, koruyucu hizmetler ve sağlığın korunması aile hekimliği uygulamalarının tam merkezinde yer almaktadır; bu alanlar aile hekimliği disiplinini tanımlayan ve onu diğer uzmanlık dallarından ayıran özelliklerdir. Aile hekimi, polikliniğinde her yaşta bireylerle karşılaşacağından her yaşa uygun PSM kılavuzlarından haberdar olup uygulayabilmesi gerekir. Bütün aile fertlerinin gereksinimlerine uygun koruyucu sağlık hizmetlerini, her bir birey için birçok risk faktörünü gözden geçirerek sunabilmek ancak bütüncül ve kapsamlı bir yaklaşımla mümkündür. Tıp eğitimi ve araştırmalar daha çok hastalığın tanımı ve tedavisi üzerine yoğunlaşmışken primer korunmaya daha az zaman ve kaynak ayrılmaktadır. Böyle bir odaklanma, hekimleri daha çok hastalık belirtileriyle ilgilenmeye yöneltebilir. Oysa primer korunma, kişilerin sağlıklı kalma sürelerine katkıda bulunarak hastalığın ortaya çıkmasını geciktirir, yaşam kalitesini artırır ve yaşam süresini uzatır. Bu nedenlerle her hasta ziyareti, koruyucu sağlık hizmetleri, danışmanlık ve sağlık eğitimi açısından bir fırsat olarak değerlendirilmelidir. Hastalar düzenli aralıklarla risk faktörleri açısından değerlendirilmeli ve tanımlanmış risk faktörleri açısından tarama testlerinden geçirilmeli, danışmanlık ve eğitim verilmelidir.

(10)

2.2. Sağlığın Korunması

Koruyucu sağlık hizmetleri; primordiyal, primer (birincil), sekonder (ikincil), tersiyer (üçüncül) ve quaternary (dördüncül) koruma olarak beşe ayrılır.

Primordiyal korunmanın amacı, hastalık riskinin artmasına katkıda buldukları bilinen sosyal, ekonomik ve kültürel paternlerin ortaya çıkmasından ve belirginleşmelerinden kaçınmaktır. Primordiyal korunma, gıdalar ve beslenme ile ilgili olan ulusal politika ve programları, sigara içiminin engellenmesini, düzenli fizik aktiviteyi teşvik eden kapsamlı programları içermelidir. (11)

Birincil korunmada amaç; nedenlerini ve risk faktörlerini gözden geçirerek hastalığın insidansını sınırlandırmaktır. Birincil korunma müdahaleleri çeşitli yaş dönemlerine göre farklılık göstermektedir. Erişkin dönemde bireyin yaşadığı çevreye yönelik birincil korunma yaklaşımı daha ön plandadır. Fizik çevrenin düzenlenip olumlu hale getirilmesi, temiz su sağlanması, gürültü kontrolü gibi müdahaleler birincil korunma kapsamındadır. (12) Genel olarak, birincil korunma, sağlıksız beslenme alışkanlıklarını engelleyen, obeziteyi azaltan, fizik aktiviteyi teşvik eden ve sigara içmeyi kontrol altına alan gayretleri içermektedir. Sıklıkla birbirini tamamlayan iki stratejiyi kapsamaktadır. Ya ortalama riski düşürmek amacıyla tüm topluma (toplum stratejisi) ya da özel maruziyeti sonucu yüksek risk taşıyan kişilere (yüksek risk stratejisi) odaklanabilir. (11)

İkincil korunma; çoğunlukla erken tanı ve tarama programlarını kullanarak, henüz hastalığa ait belirti ve bulguların ortaya çıkmadığı asemptomatik kişileri tespit edip istenmeyen etkilerin ortaya çıkmasını önlemeyi amaçlamaktadır. Hipertansiyon için kan basıncı ölçümü, glokom için göz içi basıncı ölçümü, diyabet için kan şekeri ölçümü bu amaçla uygulanan ikincil korunma yaklaşımlarına örnektir. Hastalığın ortaya çıkışı ve normal tanı zamanı arasındaki zaman diliminde uygulanır ve hastalık prevalansını azaltmayı hedefler. İkincil korunma; sadece, doğal seyirleri içinde, kolaylıkla tanı konmasına ve tedavi edilmelerine imkân sağlayabilen bir erken döneme sahip olan, bu nedenle de daha ciddi bir evreye geçişi durdurulabilecek hastalıklar için uygulanabilir. Toplum bilgilendirerek henüz hastalık belirti ve bulguları ortaya çıkmadan kişilerin sağlık kuruluşlarına başvurmalarını sağlamak “erken tanı” ve uygun bir inceleme yöntemi varsa sağlıklı görünen, fakat risk altındaki kişilere bu yöntemin uygulanmasıyla hastalığın erken dönemde saptanması “tarama” olarak tanımlanabilir. Erken tanı ve tarama programları, erken tedavi imkanını da beraberinde sunmaktadır. (13)

Üçüncül koruma ise hastalığa bağlı olarak gelişebilecek komplikasyonların, sakatlık ve kalıcı bozuklukların en aza indirgenmesini ve rehabilitasyonu içermektedir.

(14) Üçüncül korunma bireylerin yaşam kalitelerini arttırmak için hasta olan kişilerin sekellerini en aza indirmeyi amaçlar. Üçüncül korunmada artık hastalık vardır ve hastalığın ilerlemesinin önlenmesi, semptomlarının hafifletilmesi ve bu sayede bireyin kendi bakımının sağlanması ve topluma kazandırılması amaçlanır. Üçüncül koruma, tıbbi ve sosyal rehabilitasyon başlıklarını içerebilir. (12) Sakat kalmayı azaltabilmeyi, sağlıklı olma halinden uzaklaşma nedeniyle ortaya çıkan acı çekmeyi en aza indirmeyi; tedavi imkânı olmayan durumlarda ise, hastanın bu duruma uyumunu hızlandırmayı içermektedir. Üçüncül korunmayı, tedaviden ayırmak çoğunlukla zordur. Çünkü kronik hastalıkların tedavisinin öncelikli hedeflerinden biri nükslerin önlenilmesidir. (11)

Dördüncül koruma ise sağlık hizmeti sunum sistemi içinde gereksiz ve aşırı müdahalelerin önlenmesine yönelik sağlık aktivitelerini içerir. (15)

2.3. Hastaların Gizli Gündemi

Hasta, PSM için hekime başvurduğunda hekim, bu başvurunun sebebinin asemptomatik bir hastalığın saptanması olduğunu düşünebilir. Ancak prospektif bir çalışmada, koruyucu hizmet almak üzere PSM talebinde bulunan hastaların çoğunluğunun asemptomatik hastalardan oluşmadığı; aksine özellikli semptomları ve buna bağlı kaygıları olduğu gösterilmiştir. (16)

Hastalar olağan bir görüşmede hekimlere kaygı ve isteklerini anlatırken PSM için gelen hastaların yaklaşık üçte birinde bir veya daha fazla gizli gündem olduğu saptanmıştır. (16) Bu durum göz ardı edilirse hasta memnuniyetinde azalma, sağlık kurumlarına başvuru sayısında artma, malpraktis davalarında artma, başvuru alan hekim sayısında ve uygulanan tedavi yaklaşımlarının değişikliğinde artma olmaktadır. (17) (18) (19) (20) (21)

Davranışsal ve sözel ipuçları hakkında uyanık olmak ve hastaların gizli gündemlerinin farkında olmak, hasta-hekim iletişiminin gelişmesinde önemlidir.

2.4. Periyodik Sağlık Muayeneleri

2.4.1. Periyodik Sağlık Muayenesinin Tanımı

Periyodik sağlık muayenesi, henüz bir hastalık belirtisi göstermeyen sağlıklı kişilerin, tarama testleri ve fizik muayene ile danışmanlık ve sağlık eğitimi yoluyla

sağlıklarının korunmasına katkıda bulunmak amacıyla yapılan düzenli sağlık kontrolüdür. Her başvuran için, risk faktörlerine göre biçimlendirilmiş, kanıta dayalı olarak yapılandırılmış, spesifik, etkin, uygulanabilir ve kabul edilebilir bir izlem programıdır.

Bu izleme, hem birey için gerekli görülen uygulamaların güvenceye alınması hem de sık karşılaşılan gereksiz test ve müdahalelerin önüne geçilmesi hedeflenmektedir. Bu amaç doğrultusunda, bireylere, cinsiyet ve yaş gruplarına uygun olarak, o toplumda mortalite ve morbiditeyi en fazla etkileyen hastalıkların risk faktörlerine yönelik, kanıta dayalı muayene ve tarama testlerinin uygulanmasını, danışmanlık ve hasta eğitimi hizmetlerini ve bağışıklamayı içeren bir hizmet sunumunu içermektedir. (10)

Aile hekimliği, sağlık hizmeti sunum sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir. Sağlığı geliştirici, hastalıklardan koruyucu, iyileştirici, esenlendirici ve destekleyici bakımı sunan aile hekimleri bu istemi karşılamak için çok uygundur. Periyodik sağlık muayenesi (PSM) sağlığı geliştirme ve hastalıkları önleme bağlamında birinci basamak uygulamalarının önemli bir bileşenidir. (22)

2.4.2. Tarihçe

19. yüzyılda İngiltere’de kitle taramanın babası olarak anılan İngiliz hekim Horace Dobell, sağlıklı insanlara periyodik olarak muayene yapılma konusunu gündeme getirmiş ve PSM’nin fizyolojik durumdaki en erken defektleri tanımlamanın ve tedavi etmenin yolu olabileceğini önermiştir. Ancak tıp uygulamalarındaki gelişmeler PSM’nin öneminin anlaşılması için daha çok çalışma yapılmasının şart olduğunu göstermiştir. (23)

Hayat sigorta şirketleri birdenbire sigortaya başvuranların mali risklerini belirlemek amacıyla tıbbi öykü ve tanılara yönelmişlerdir. (24) Hayat sigorta şirketlerinin, ilk kez sigorta talebinde bulunanlara yönelik bir kez genel muayene; mevcut poliçe sahiplerinin ölüm risklerini azaltma amacıyla periyodik olarak muayene olmaları yönünde ticari amaç öncelikli olmak üzere ilgileri artmıştır. (25) Hayat sigorta şirketlerinin kâr motifleri PSM algılarını etkilemiş ve başvuranların ve poliçe

sahiplerinin fiziksel sorunlarıyla ilgili muayenelere odaklanmalarına neden olmuştur. Bunun sonucunda, ayrıntılı bir tıbbi öyküyle beraber tam bir fizik muayene, kan ve idrar tetkikleri, tıbbi görüntüleme ve elektrokardiyogram yapılması tavsiye edilmiştir. (26)

1921'de Metropolitan Life Insurance Company tarafından yapılan kontrollü olmayan bir çalışmada, PSM yapılan poliçe sahiplerinde takip eden beş yılda beklenen ölüm oranının % 28 oranında azaldığı bildirilmiştir. (27)

1922'de American Medical Association PSM'yi resmen desteklemiş ve önerilen muayeneleri, sonuçlarını ve yorumları içeren ayrıntılı bir kılavuz yayınlamıştır. (28)

Ancak, kamunun PSM'yi kabullenmesi artarken sağlık çalışanları PSM'nin bireyselleştirilmiş check-up muayenesine karşı değerini sorgulamaya başlamışlardır. Çok sayıda laboratuvar testi yapılması gereken yıllık muayenelerin yerine daha seçici ve bireysel risk profiline göre hazırlanmış kanıta dayalı yaklaşım geliştirilmiştir. 1968'de DSÖ (WHO) taramayla ilgili bir yayın ile devreye girmiş ve bir tarama testinin sahip olması gereken 10 ilkeyi belirlemiştir. (29) (sayfa 17)

1971'de Frame ve Carson tarama ölçeklerinin doğruluğunu değerlendirmişlerdir. Bu ölçeklerin 36 tıbbi durum göz önüne alınarak hastalığın ilerlemesi ve mortalite üzerindeki değiştirici etkisini değerlendiren bir çalışma yapmışlardır. (30)

1979'da The Canadian Task Force, 78 tıbbi durumu değerlendirmiş ve tarama ölçütlerinin, hastalığa spesifik mortalite ve morbiditeyi azaltmadaki etkinliğini ve bu etkinliği gösteren mevcut kanıtların gücünü incelemiştir. (31)

1981'de Amerikan Aile Hekimleri Akademisi (AAFP) bu tartışmaya yıllık rutin muayenelerin yerine daha seçici koruyucu yaklaşımların yapılması önerisini getirerek katılmıştır. (32)

Son olarak 1984'de US Preventive Service Task Force (USPSTF), US Department of Health and Human Studies tarafından oluşturulan bir heyet, 60 tıbbi durumda net kanıt kuralları ve kriterler kullanarak spesifik önleyici müdahaleler geliştirmeye başlamıştır. İlk önerilerini 1989'da yayınlamıştır ve güncellemeye devam etmiştir. (33)

American Diabetes Association (ADA), the American Thyroid Association (ATA), the European Society of Cardiology (ESC), the European Society of Hypertension (ESH), the Swiss Atherosclerosis Association (AGLA) gibi başka komiteler de özel tıbbi alanlara ilişkin kılavuzlar yayınlamakla yükümlüdür. (1)

Tablo 1’de U.S. Preventive Services Task Force’nin (USPSTF) öneri kategorileri gösterilmektedir. (34) Tablo 2’de ise Amerikan Aile Hekimleri Akademisi (AAFP) öneri düzeyleri görülmektedir. (35)

Tablo 1. USPSTF’nin öneri kategorileri

Düzye	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 düşük olduğuna dair en azından orta derecede kesinlik var.	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.Amerikan Aile Hekimleri Akademisinin öneri düzeyleri

A Öneri: Net yararın belirgin olduğu kesin.
B Öneri: Net yararın orta derecede olduğu kesin ya da net yararın orta derecede veya belirgin olduğu orta derecede kesin.
C Öneri: Rutin kullanım karşıtı öneri. Hizmetin bazı bireylere kullanımıyla ilgili düşünceler olabilir. Net yararın düşük olduğuna dair en azından bazı deliller var.
D Öneri: Hizmetin kullanımına karşı. Yarar olmadığını veya zararın ağır bastığını gösteren iyi ya da orta düzeyde kanıtlar.
I yetersiz kanıt: Kanıt yok ya da kalitesiz veya sonuçlar çelişkili ve yarar-zarar dengesini belirleyemiyor
I-HB: Davranış istenir; ancak hekimin önerisinin ya da danışmanlığının faydası belirsizdir

2.4.3. Dünyada Ölüm Nedenleri

Ölüm nedenleri açısından kronik hastalıkların etkisi gittikçe artmaktadır. Bunlardan kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, diyabet ve kronik akciğer hastalıkları başı çeken hastalıklar olmuştur. Dünyada iskemik kalp hastalığı, inme, alt solunum yolları enfeksiyonları ve kronik obstrüktif akciğer hastalıkları son on yılda en sık ölüm nedenleri arasında yer almıştır.

Dünyada 2012 yılında tahmini olarak 56 milyon kişi hayatını kaybetmiştir. Bu ölümlerin 17.5 milyonu kardiyovasküler hastalara bağlı olup bunun 7.4 milyonu iskemik kalp hastalığına, 6.7 milyonu inmeye bağlı gerçekleşmiştir. Akciğer kanseri 2000 yılında 1.2 milyon ölüme (% 2,2) neden olurken 2012 yılında artarak 1.6 milyon (% 2,9) ölüme neden olmuştur. Benzer bir şekilde diyabet 2000 yılında bir milyon (% 2) ölüme sebebiyet verirken 2012 yılında 1,5 milyon (% 2,7) ölüme neden olmuştur.

Tütün kullanımı dünyada en sık öldüren hastalıklardan kardiyovasküler hastalık, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve akciğer kanseri olmak üzere birçok hastalığın nedenlerindedir ve dünyada her 10 yetişkinden birinin ölümünden sorumlu

olduğu düşünölmektedir. Tütün kullanımı çoğunlukla ölüme neden olan hastalıklar içerisinde saklanmış bir risk faktörüdür. (36)

2.4.4.Türkiye’de Ölüm Nedenleri

Türkiye’de ölüm nedenleri incelendiğinde, 2013 yılında ilk üç hastalık grubunun sıralaması, 2014 yılında da değişmemiştir. Ölüm vakalarının 2013 yılında % 39,6’sını, 2014 yılında ise % 40,4’ünü dolaşım sistemi hastalıkları oluşturmuştur. İkinci sırada 2013 yılında % 21,2 oranında gerçekleşen iyi huylu ve kötü huylu tümörlerden ölümler, 2014 yılında % 20,7 olarak hesaplanmıştır. 2014 yılında ölüm sıralamasında % 10,7 ile solunum sistemi hastalıkları, % 5,1 ile endokrin, beslenme ve metabolizmayla ilgili hastalıklar, % 4,3 ile dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler, % 4,4 ile sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları ve % 14,4 ile diğer nedenleren sık ölüm nedenleri olarak sıralanmıştır.

Dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle gerçekleşen ölümlerin 2014 yılında % 39,6’sı iskemik kalp hastalığından, % 24,7’si ise serebrovasküler hastalıklardan kaynaklanmıştır.

2014 yılında kötü huylu tümörlere bağlı ölümlerin % 31,1’i, 2013 yılında ise % 31,3’ü larynx ve trakea/bronş/akciğerin kötü huylu tümöründen kaynaklanmıştır.

Yine 2014 yılında kötü huylu tümörlere bağlı ölümlerden yaklaşık % 5’i memenin kötü huylu tümöründen, yaklaşık % 0,7’si serviks uterinin kötü huylu tümöründen, yaklaşık % 5’i prostatın kötü huylu tümöründen kaynaklanmıştır.

2014 yılı endokrin, beslenme ve metabolizmayla ilgili hastalıklara bağlı ölümlerden yaklaşık % 82’sine diyabet hastalığı neden olmuştur. Bütün ölüm nedenleri arasında diyabet hastalığı yaklaşık % 4,5 oranla yer almıştır.

Ölüm nedeni istatistikleri yaş gruplarına göre incelendiğinde; 2014 yılında dolaşım sistemi hastalıklarının en çok 75-84 yaş grubunda, iyi huylu ve kötü huylu tümörlerin ise en fazla 65-74 yaş grubunda görüldüğü tespit edilmiştir. (37)

2.5. Periyodik Sağlık Muayenesinin Bileşenleri

Daha önceden de tanımlandığı gibi PSM'deki amaç, risk faktörlerini ve hastalıkların erken işaretlerini tanımlamaktır. Ayrıca ileride meydana gelebilecek hastalık ve komplikasyonlardan korumaktır. Bu nedenle PSM, hastanın yaşına ve cinsiyetine göre biçimlenmiş danışmanlık, aşılama ve fizik muayeneyi içermelidir. Diğer bir önemli bileşen ise eşlik eden hastalık(ör: hipertansiyon vb...) bağlamında veya pozitif aile öyküsüyle (ör: birinci derece akrabada erken gelişen koroner hastalık vb...) ilgili olarak hastada bilinen risk faktörlerine yönelik vaka bazlı taramayı içermesidir. (1)

2.5.1. Primer Koruma

Danışmanlık ve aşılama primer korumanın köşe taşlarıdır. Aslında sekonder ve tersiyer korumaya kıyasla primer korumada yapılan girişimler zararsızdır ve daha maliyet etkindir. Bundan dolayı kanıta dayalı primer koruma bütün hastalar için PSM'nin bir parçası olmalıdır. (38)

2.5.1.1. Danışmanlık

2.5.1.1.1. Yaşam Tarzı

Her ne kadar sağlıklı bir yaşam tarzı kardiyovasküler hastalıkların insidansında azalmaya ilişkin olsa da birinci basamak sağlık kuruluşlarında hastalara uygulanan davranışsal danışmanlığın sağlık açısından sınırlı bir katkısı vardır. USPSTF; hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi ve kardiyovasküler hastalığı olmayan erişkinlerde kişiye göre karar verilmesini önermektedir (C düzeyi). (39) Bu nedenle USPSTF beslenme bozukluğu ile ilişkili kronik hastalığı olan ve kardiyovasküler risk faktörü taşıyanlara kardiyovasküler hastalıklara karşı koruma amacıyla sağlıklı beslenme ve egzersiz içeren yoğun bir danışmanlık önermektedir (B düzeyi). (40)

USPSTF fazla kilolu veya obez olanlara ve ilaveten kardiyovasküler risk taşıyanlara kardiyovasküler hastalıklara karşı koruma amacıyla sağlıklı beslenme ve egzersiz içeren yoğun bir danışmanlık önermektedir. (40)

AAFP'de bu konuyla ilgili güncel öneriler USPSTF ile aynıdır. (41)

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzunda da öneriler benzerdir. Yine bu kılavuzda kardiyovasküler olaylardan korumak için kardiyovasküler risk değerlendirmesi yapılarak, risk saptanan gruplarda gerekli yaşam tarzı değişiklikleri önerilmesi vurgulanmaktadır. Kardiyovasküler risk saptanmayanlarda ise bir öneride bulunulmamıştır. (42)

2.5.1.1.2. Tütün Kullanımı

Hastaların sigara bırakma davranışlarında hekimlerin stratejik olarak önemli pozisyonda buldukları gösterilmiştir. (43)

Dünyada tütün kullanımı azaltılmış olsa da önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Örneğin İsviçre’de her yıl tütün kullanımı ile ilişkili 9.000 ölüm bildirilmiştir. (44) (45) Bu nedenle hekimler her bireyin tütün kullanım durumunu sorgulamalı, sigara bırakmayı tavsiye etmeli, tütün kullanan bütün hastalarına tütünü bırakması için danışmanlık yapmalı ve bıraktırmak için medikal tedavi uygulamalıdır. (A düzeyi) (46)

Gebelerde de tütün kullanım durumu sorgulanmalı, kullanıyorsa bıraktırma amacıyla tavsiyede bulunulmalı ve danışmanlık uygulanmalıdır. (A düzeyi) Gebelerde farmakoterapi konusunda ise mevcut veriler yetersizdir. (I düzeyi) (47)

Meta-analizler, danışmanlık sayısı ve süresiyle bırakma oranı arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir. (48)

AAFP’de de bu konuyla ilgili güncel öneriler USPSTF ile aynıdır. (35)

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzunda ise 18 yaş ve üzeri grupta tütün ürünü kullanım ve tütün dumanından pasif etkilenim durumu sorgulanması önerilmiştir. Tütün ürünü kullanan veya pasif etkilenime maruz kalan kişi; tütün ürünü kullanımı ve pasif etkilenimin sağlığa zararları ve olası etkileri konusunda bilgilendirilmelidir. Kullanımının olması halinde bağımlılık düzeyine göre tedavi algoritmaları doğrultusunda müdahale edilmelidir. Gebelere de tütün ürünü kullanımı ve pasif etkilenimin bebek ve anne sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri konusunda bilgi verilmesi şeklinde öneride bulunulmuştur. (42)

Hastalara sigara bırakmada yardım etmek için yapılan müdahaleler 5A olarak özetlenebilir. Beş basamaklı algoritma olan 5 A; sırasıyla sigara içme alışkanlıkları hakkında sorgulama(ask), sigara bırakmayı önerme(advise), sigara bırakmak için ne kadar hazır olduğunu belirleme(assess), sigara bırakma girişimlerini destekleme(assist), sigara bırakmadan sonraki danışmanlık oturumlarını planlama(arrange) şeklindedir. (48) Bu algoritma fiziksel inaktivite, alkol kullanımı, madde kullanımı gibi diğer yaşam tarzı konularında da uygulanabilir. (1)

2.5.1.1.3. Alkol Kullanımı

Alkol kullanımı da en sık önlenemez mortalite ve morbidite nedenleri arasındadır. (49) Sistemik yayınlar, danışmanlığın alkol kullanan hastalardaki etkinliğini göstermiştir. (50) (51) Ayrıca bu müdahalelerin maliyet etkin olduğu da aşikardır. (52) Bu sebeplerden dolayı USPSTF, hekimlerin 18 ve üzeri yaşta bütün hastalarında alkol kullanımını ve kullanım varsa miktarını sorgulamalarını ve riskli alkol tüketimi olanlara alkol kullanımını azaltmak için kısa davranışsal danışmanlık oturumları sağlamalarını önermektedir.(B düzeyi) (53)

AAFP'de de bu konuyla ilgili güncel öneriler USPSTF ile aynıdır. (35)

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzu'nda da benzer şekilde 18 yaş ve üzeri bireylerde alkol kullanım durumunun sorgulanması önerilmektedir. Özellikle alkol kullanımına bağlı fiziksel, psikolojik ve sosyal sorun yaşadığı düşünülen bireylere; alkol kullanımının zararları ve kullanıma devam etmesi halinde karşılaşılabileceği muhtemel sağlık riskleri hakkında bilgi verilmeli ve tedavi olmaları için ilgili merkezlere yönlendirilmelidir. Ayrıca bu kılavuzda 15-49 yaş grubu doğurganlık çağındaki kadınlara alkolün gebeliğe, emzirmeye ve kadın sağlığına olumsuz etkileri konusunda bilgi verilmesi, kullananların karşılaşılabilecekleri muhtemel sağlık riskleri hakkında bilgilendirilmesi ve tedavi olmaları için ilgili merkezlere yönlendirilmesi gerektiği ilaveten vurgulanmıştır. (42)

Sorgulama için çeşitli yöntemler bulunmaktadır. Bunların en temelini oluşturan 10 maddelik AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) anketi sağlıksız alkol kullanımını taramak için en iyi sensivite ve spesifiteye sahiptir. (54) Başka bir anket

örneği de sağlıksız alkol tüketiminin taramasında daha az sensitif olan CAGE (Cut-down, Annoyed, Guilty, Eyeopener) anketidir. (55)

2.5.1.1.4. Madde Kullanımı

USPSTF ve AAFP, ergenlerde, erişkinlerde ve gebelerde yasadışı uyuşturucu madde kullanımı için yapılacak taramayla ilgili kanıtların yetersiz olduğunu belirtmiştir.(I düzeyi) (56) (35)

Bunun aksine, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzu'nda 18 yaş ve üzeri grupta uyuşturucu madde kullanım durumu sorgulanmalı ve bireylere uyuşturucu madde kullanımının zararları ve karşılaşabilecekleri sağlık riskleri hakkında bilgi verilip tedavi olmaları için motivasyonel görüşme yapılmalı ve ilgili merkezlere yönlendirilmeli şeklinde belirtilmiştir. Ayrıca uyuşturucu bağımlılığı nedeniyle tedavi olmuş kişilerle yılda en az beş kez motivasyonel görüşme yapılması önerilmiştir. (42)

2.5.1.1.5. Cinsel Davranış

Cinsel yolla bulaşan hastalıkların morbiditeyle ilişkili ve potansiyel komplikasyonları olması nedeniyle USPSTF ve AAFP cinsel aktif her ergene ve CYBH açısından artmış riski olan erişkinlere yüksek yoğunlukta davranışsal danışmanlık yapılmasını önermektedir.(B düzeyi) (57) AAFP ise cinsel aktif olmayan ve CYBH ilgili riski artmamış olan erişkinlerde kanıtların yetersiz olduğunu (I düzeyi) bildirmiştir. (35)

Meta-analizler, yüksek yoğunlukta danışmanlığın, cinsel yolla bulaşan hastalıklarda % 30'a kadar azalma sağlandığını göstermiştir. (58) (59)

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzu'nda ise bazı farklılıklar mevcuttur. Kılavuzda 18 yaşın üzerinde ve cinsel aktif kişilerde kişiden talep gelmesi durumunda veya risk faktörlerinin varlığında gerekli bilgilendirme yapıp kişinin onayı alınarak Hepatit B, Hepatit C, HIV, gonore ve klamidya enfeksiyonları için tarama yapılması önerilmektedir. (42)

2.5.1.2. Aşılama

2.5.1.2.1. Standart Aşılama

Klinisyenler PSM’de standart bir aşı takvimi geliştirmeli ve gerektiğinde tekrar aşılamaya yapmalıdır. İsviçre Halk Sağlığı Federal Bürosu kılavuzu temel alınarak, 25-29 yaşlar arası her bireye veya endemik bölgeye seyahat etmeyi düşünenlere difteri, tetanoz ve boğmaca aşıları yapılmalıdır. (44) Daha sonrasında ise 45 yaşında tetanoz ve difteri aşısı tekrar yapılmalı ve 65 yaş üzeridekilerde 10 yılda bir tekrarlanmalıdır. Poliomiyelit, hepatit B ve kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşıları da gerekli görülürse yapılmalıdır. (1) AAAP, kontraendikasyon olmadığı sürece, kendi önerileri kullanılarak erişkinlerde aşılamayı önermektedir. (A düzeyi) Erişkinde önerilen aşılar İnfluenza (yılda bir doz), Tetanoz-Difteri-Boğmaca (Td/Tdap) (Td ve Tdap yapılır, 10 yılda bir Td tekrarı), Su çiçeği (4-8 hafta arayla iki doz), HPV (3 doz, sırasıyla 0 hafta, 4-8 hafta, 24 hafta), Kızamık-Kabakulak-Kızamıkçık (KKK) (bir veya 4-8 hafta arayla iki doz), pnömokok 13-valanlı konjuge aşı (PCV 13) (65 yaşından sonra bir doz), pnömokok polisakkarit (PPSV 23) (65 yaşından sonra bir doz), Hepatit A (6 ay arayla iki veya üç doz), hepatit B (0, 1, ve 6. Ayda üç doz), Meningokok 4-valanlı konjuge aşı (MenACWY) veya meningokok polisakkarit (MPSV 4) (bir veya daha fazla doz), Meningokokal B (iki veya üç doz), Hemofilus influenza tip B(Hib) (bir veya üç doz) şeklindedir. (60)

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzu’nda erişkinlerde aşı ile önlenbilir hastalıklardan korunma amaçlı olarak “Genişletilmiş Bağışıklama Programı” kapsamında aşı uygulamaları yapılmasının önemli olduğu vurgulanmıştır. Risk gruplarına tetanoz-difteri (Td) (primer doz 0,1 ve 6. ayda, tamamlandıktan sonra 10 yılda bir rapel), hepatit B (0, 1 ve 6. ayda üç doz), meningokoksik menenjit (bir doz veya daha fazla), pnömokok (65 yaş üzeri bir doz), influenza (yılda bir doz), hepatit A (6 ay ara ile iki doz), suçiçeği (bir ay ara ile iki doz) ve KKK (bir veya iki doz) aşıları yapılmalıdır. Gebelere bir ay ara ile uygulanmakta olan iki doz Td aşısı beş doza tamamlandığında doğurganlık çağı boyunca tetanozdan koruyacaktır. (42)

İsviçre Halk Sağlığı Federal Bürosu bütün kızlara 15 ile 19 yaşlar arasında tekrar aşılamaya yapılma koşuluyla 11 ile 14 yaş arasında HPV aşısı yapılmasını önermektedir.

(44) Australian National HPV Vaccination Program Register yakın zamanda genç erkeklerin de HPV'ye karşı bağışıklanması gerektiğini önermiştir. (61) AAFP'de cinsel olarak aktif olup hiç aşı yapılmamış veya aşısı eksik olan erkeklere 26 yaşına kadar HPV aşısı önermektedir. (60) T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2015 yılı Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzunda ise erişkin kadın veya erkeklere yönelik HPV aşısıyla ilgili öneride bulunulmamıştır.

2.5.2. Taramalar

Tarama testleri asemptomatik bireylerde bir hastalık saptamak üzerine tasarlanmışlardır. DSÖ'ne göre tarama testleri belirlenmiş ilkelere bağlı olmalıdırlar. Taranan durum yaygın bir sağlık sorunu olmalı ve onaylanmış tarama testinin bu sorunu erken tespit edebileceği uzun bir latent periyodu içermelidir. Tarama testleri hem ekonomik açıdan makul olmalı hem de toplum için kar ve zarar oranları kabul edilebilir düzeyde olmalıdır. Sonuç olarak tespit edilen hastalığın da tedavi edilebilir olması gerekmektedir. (29)

2.5.2.1 Tarama Testinin, Taranan Hastalığın ve Popülasyonun Özelliği

Periyodik sağlık muayenelerinin istenilen amaca ulaşabilmesi, araştırılan hastalıkların özelliklerine, uygulanan tedaviye, mevcut tarama testlerinin ve taranan hastaların özelliklerine bağlıdır (62)

2.5.2.1.1. Hastalığın Özellikleri

- a. Yaşam kalitesi veya süresi üzerine önemli etkisi olmalı,
- b. Hastalığın prevalansı yeterli düzeyde olmalı, prevalansı çok düşük olan hastalıklara yönelik PSM anlamlı değildir.
- c. Yeterli tedavi için uygun koşullar olmalı,
- d. Asemptomatik dönem sırasındaki tanı ve tedavi, morbidite ve mortaliteyi önemli oranda azaltabilmeli,
- e. Hastalığın saptanabilmesi için presemptomatik bir dönemi (AIDS, sifilis, serviks kanseri, meme kanseri) ve kabul edilebilir bir tedavisi olmalı,

f. Asemptomatik periyottaki tedavi, semptomlar ortaya çıkıncaya kadar geciken tedaviden daha iyi sonuç vermelidir.

2.5.2.1.2. Testin Özellikleri

- a. Asemptomatik dönem sırasında hastalığın tanısında yeterli duyarlılığa,
- b. Kabul edilebilir pozitif kestirim değerini sağlayan yeterli özgüllüğe sahip olmalı,
- c. Hastalara uygulanabilir olmalı,
- d. Testin güvenilirliği ve maliyeti bilinme,
- e. Tarama testi hastalar tarafından kabul edilir olmalıdır.

2.5.2.1.3. Taranan Popülasyonun Özellikleri

- a. Hastalık prevalansı kişilerde yeterli düzeyde olmalıdır,
- b. Kişiler daha sonraki tanısal testleri ve gerekli tedaviyi kabul edebilir olmalıdırlar. (2)

2.5.2.2. Tarama İçin Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Ölçütleri

1. Araştırılan durum, önemli bir sağlık sorunu olmalıdır.
2. Tanımlanan hastalığa sahip hastalar için kabul edilmiş bir tedavi bulunmalıdır.
3. Tanı ve tedavi tesisleri mevcut olmalıdır.
4. Asemptomatik dönem veya erken bulgu aşaması tanınabilir olmalıdır.
5. Uygun bir test veya muayene yöntemi bulunmalıdır.
6. Test, toplum tarafından kabul edilebilir olmalıdır.
7. Hastalığın asemptomatik halden açık hastalık haline gelişi de dâhil olmak üzere, doğal gelişim tarihçesi yeterince anlaşılmış olmalıdır.
8. Kimlerin hasta olarak kabul edileceği konusunda üzerinde anlaşılmış bir politika bulunmalıdır.
9. Olgu bulma maliyetleri (hastaların tanısı ve tanı alan hastaların tedavisi dâhil olmak üzere), bir bütün olarak sağlık bakımının olası masraflarına kıyasla ekonomik açıdan dengelenmiş olmalıdır.
10. Olgu bulma, bir “tek seferlik” proje değil, sürekli bir süreç olmalıdır.

(13) (29)

2.5.2.3. Kardiyovasküler Hastalıklar

2.5.2.3.1. Hipertansiyon

Hipertansiyon sistolik kan basıncını 140 mmHg üzeri ve/veya diyastolik kan basıncının 90 mmHg üzeri olması olarak tanımlanabilir. (63)

Kontrollü seyreden hipertansiyonun kalp yetmezliği riskini % 50, serebrovasküler olay (SVO) riskini % 40, miyokard enfarktüsü (MI) riskini % 25 azalttığı göz önüne alınarak 18 yaş ve üzeri için rutin olarak kan basıncı takibi yapılması; yükseğe kontrol altına alınması önerilmektedir.(A düzeyi) (64) (65)

AAFP'nin bu konuyla ilgili güncel önerileri USPSTF ile aynıdır. (35)

Kan basıncı ölçümlerinin hangi sıklıkla yapılması konusu ise tam olarak net değildir. Uzman görüşüne göre eğer sistolik kan basıncı (SKB) 120 mmHg'nın altı ve diyastolik kan basıncı (DKB) 80 mmHg'nın altı ise iki yılda bir; eğer SKB 120-139 mmHg ve DKB 80-89 mmHg ise yılda bir kez kan basıncı ölçümü yapılmalıdır. (65)

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzunda 18 yaşından büyük yetişkinlerde başvuru sebebinden bağımsız olarak hipertansiyon tanısının erken tespiti ve kardiyovasküler olayların önlenmesi amaçlı yılda en az bir kez arteriyel kan basıncı ölçülmesi önerilmiştir. (42)

2.5.2.3.2. Koroner Kalp Hastalığı

AAFP ve USPSTF kardiyovasküler olaylar için düşük risk taşıyan asemptomatik erişkinlerde koroner kalp hastalığı (KKH) için istirahat halinde veya eforlu elektrokardiyografi (EKG) ve kardiyak bilgisayarlı tomografi (BT) önerilmemektedir. (D düzeyi) Kardiyovasküler olaylar için orta ve yüksek risk taşıyan hastalarda ise taramayla ilgili kanıtlar yetersizdir.(I düzeyi) (66)

AAFP ve USPSTF geleneksel olmayan risk faktörlerini kullanarak koroner kalp hastalığı risk değerlendirmesiyle ilgili güncel kanıtların yetersiz olduğunu belirtmiştir. (I düzeyi) Geleneksel olmayan risk faktörleri yüksek-sensitif C-reaktif protein (hs-CRP), ayak bileği-kol indeksi (ABI), lökosit sayısı, açlık kan glikoz düzeyi, periodontal

hastalık, karotis intima-media kalınlığı (karotid IMT), elektron ışınli bilgisayarlı tomografi (EBCT) ile skorlanmış karotis arter kalsifikasyonu (CAC), homosistein düzeyi ve lipoprotein (a) düzeyi olarak sayılabilir. (67)

Klinisyenler hastalardaki risk düzeyini belirlemek için 10 yıllık risk değerlendirmesi sağlayan Framingham ölçeği (% 20 üzeri yüksek risk, % 10-% 20 orta risk, % 10 altı düşük risk) veya Swiss Atherosclerosis Association (AGLA) risk ölçeğini kullanabilirler. (68)

Swiss Medical Board (SMB) son zamanlarda koroner arter hastalığında tarama ile ilgili orta ve yüksek risk taşıyan hastalarda tıbbi görüntüleme isteniyorsa invazif koroner anjiyografi yerine kardiyak BT yapılabileceğini dikkate almaktadır. (69)

Ancak hekimler de hastalar da kardiyak BT yapıldığında kardiyak ve ekstra kardiyak yapıları görüntüleyebildiği için tesadüfi başka bulgular tespit edilebileceğini göz ardı etmemelidirler. Klinikte hastaların çoğunluğunda özellikle şüpheli pulmoner nodüller ekstra kardiyak yapılarda tesadüfi tespit edilen başlıca bulgudur. Bu tesadüfi bulgular daha sonraları bronkoskopi veya iğne biyopsi gibi invaziv işlemler gerektirebilir. Gelecekteki hedeflerden birisi de tespit edilen ekstra kardiyak bulguların hastalar ve sağlık hizmeti sunum sistemine etkisini uzun vadeli randomize kontrollu çalışmalarla göstermeye çalışmak olacaktır. (70)

USPSTF 45-79 yaş arası erkeklerde gastrointestinal kanama riski göz önüne alınarak MI riskinde azalmaya bağlı potansiyel faydası olduğu için aspirin önermektedir (A düzey). USPSTF 55-79 yaş arası kadınlarda gastrointestinal kanama riski göz önüne alınarak iskemik inme riskinde azalmaya bağlı potansiyel faydası olduğu için aspirin önermektedir (A düzeyi). Seksen yaş ve üzeri kadın veya erkeklerde ise aspirinin kullanımı konusunda kanıtlar yetersizdir. (I düzeyi) Elli beş yaş altı kadınlarda iskemik inmeyi önlemek için ve 45 yaş altı erkeklerde MI'ı önlemek için ise aspirin önerilmemektedir. (D düzeyi) (71) AAFP'de bu konuyla ilgili öneriler benzerdir. (35) Ayrıca AAFP kardiyovasküler riski değerlendirme amacıyla genomik profillemeye testi ile değerlendirme önermemektedir. (72)

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Kılavuzu'nda 40 yaş altı bireylerde ailesinde erken yaşta aterosklerotik hastalık öyküsü varsa, 40 yaş üstü bireylerde ise başvuru sebebinden bağımsız olarak bir kez kardiyovasküler risk değerlendirmesi yapılmasını önerilmektedir. Risk saptanan

gruplarda gerekli yaşam tarzı değişiklikleri ve önerilen izlemlerin yapıldıktan sonra ilgili uzmanlık dalına yönlendirilmesi önerilmiştir.

Aynı kılavuzda 45-65 yaş grubu erkeklerde ve 55-65 yaş grubu kadınlarda kardiyovasküler olaylardan (miyokard enfarktüsü v.b.) korunmada çoğul risk faktörleri gözetilerek (kanama bozukluğu, karaciğer hastalığı, renal yetmezlik, trombositopeni, eş zamanlı antikoagülan tedavi) ve gastrointestinal yan etkiler dikkate alınarak günlük 81 mg aspirin kullanımı önerilmektedir. Yine bu kılavuzda 65-80 yaş arası erkeklerde ve kadınlarda ise kardiyovasküler olayların önlenmesi amacıyla çoğul risk faktörleri (kanama bozukluğu, karaciğer hastalığı, renal yetmezlik, trombositopeni, eş zamanlı antikoagülan tedavi) gözetilerek ve gastrointestinal yan etkiler dikkate alınarak günlük 81 mg aspirin kullanımı önerilmektedir. Ancak 80 yaş üzeri kişilerde aspirin koruyuculuğu için yeterli delil olmadığı tespit edilmiştir. (42)

2.5.2.3.3. Abdominal Aort Anevrizması (AAA)

AAFP ve USPSTF ye göre 65 ve 75 yaşları arası sigara içmiş olan erkek hastalar abdominal aort anevrizma için bir kez ultrasonografi ile taranmalıdır. (B düzeyi) Aynı yaşlar arası olup hiç sigara içmemiş erkekler için ise öneriler net değildir. (C düzeyi) Sigara içmiş 65-75 yaş arası kadınlarda ise AAA taraması için kanıtlar yetersizdir. (I düzeyi) Sigara içmemiş kadınlarda ise tarama önerilmemektedir. (D düzeyi) (73)

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2015 yılı Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzunda abdominal aort anevrizmasıyla ilgili bir öneri bulunmamaktadır.

AAA için cerrahi endikasyon abdominal aort çapının 5,5 cm ve üzerinde olmasıdır. AAA için ultrason abdominal aortanın çapı 3 ile 3.9 cm arası ise 2-3 yılda bir; 4 ile 5.4 cm arası ise altı ayda bir tekrarlanmalıdır. (74) (75)

2.5.2.3.4 Obezite

Obezitenin prevalansı Avrupa'da son on yıl içerisinde gerek yetişkinlerde gerekse çocuklarda % 10 ile % 40 arasında artış göstermiştir. (44)

Obezite; başta kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklar olmak üzere aynı zaman da kanser ve DM riskini arttırmasıyla ilişkili olan, BKİ'nin erişkinlerde 30 kg/m² üzeri olması çocuklarda ise yaşa ve cinsiyetine özel belirlenen BKİ'nin 95 persentil ve

üzeri olması olarak tanımlanabilir. Altı yaşından itibaren her bireyde obezite taraması için BKİ hesaplanarak sistematik bir şekilde takip edilmelidir. (B düzey) (76) (77) BKİ ölçümlerinin ne sıklıkla yapılacağı ise netlik kazanmamış bir husustur.

BKİ 30 kg/m² üzeri olan hastalara glukoz toleransı testi yapılması, kilo verdiğini ve kardiyovasküler riski azalttığı gösterilen yoğun bir davranışsal danışmanlık olan 'multimodal danışmanlık' önerilmektedir.(B düzeyi) (77) Bu yoğun multikomponent davranışsal danışmanlık; kilo verme hedefi belirleme, beslenmeyi düzenleme, fiziksel aktiviteyi artırma, engelleri belirleme ve aşma, kendini izleme ve bu yaşam tarzı değişikliklerini devam ettirmek için strateji geliştirme gibi davranışsal yönetim faaliyetleri (ilk yılda 12-26 seans) içermektedir.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzunda 18-65 yaş grubu yetişkinlerde obezitenin önlenmesi ve metabolik sendromun değerlendirilmesi amacıyla yılda bir kez ağırlık, boy, BKİ ve bel çevresi ölçümleri önerilmektedir. Bel çevresi değerlerinin kadınlarda <80 cm, erkeklerde <94 cm olması hastalık riskinin en aza indirilmesi için önerilmektedir. Bu ölçümlere ek olarak glukoz ölçümü (plazma glukozu), total kolesterol, HDL, LDL kolesterol ve trigliserid ölçümü, ALT ve kreatinin ölçümü, TSH ölçümü yapılmalıdır. Bu ölçümler sonrasında kişiye, gerekli görülen durumlarda sağlıklı beslenme, psikososyal destek (davranış tedavisi) ve fiziksel aktivite danışmanlığı verilmelidir. (42)

Obez hastanın izleminde hastanın yaşam biçimi değişikliklerinin değerlendirilmesi için birinci ayda kontrole gelmesi önerilir. Hastanın bu süre içinde başarılı olduğu yönleri saptanır. Odaklanması gereken noktanın erken devrede kilo vermek değil, sağlıklı yaşam biçiminin sürdürülmesi olduğu vurgulanmalıdır. İlk yıl ayda bir, sonraki yıllarda altı ayda bir takip yapılmalıdır. Takipler genel muayene şeklinde olmalı, ilk kontrolde normal olmayan laboratuvar tetkikleri tekrarlanarak değerlendirilmelidir. (78)

2.5.2.3.5. Lipid Hastalıkları

AAFP ve USPSTF tarafından yüksek kolesterol ve dislipidemi için tarama erkeklerde 35 yaş ve üzerinde (A düzey); kadınlarda ise kardiyovasküler risk taşıyanlar için 45 yaş ve üzerinde 5 yılda bir yapılması önerilmektedir. (A düzeyi) Koroner kalp

hastalığı için artmış riski olan 20-35 yaş arası erkeklerde ve 20-45 yaş arası kadınlarda lipid bozuklukları açısından tarama önerilmektedir. (B düzeyi) Kardiyovasküler risk taşımayan kadınlarda ve yine risk taşımayan 20-35 yaş arası erkeklerde ise öneriler net değildir.(C düzeyi) (79) (35)

Diğer taraftan ise lipid bozukluklarıyla ilgili tarama kılavuzlarında uzman gruplar arasında görüş ayrılıkları vardır. Swiss Atherosclerosis Association (AGLA) cinsiyeti ne olursa olsun 40 yaş ve üzeri tüm bireylerde lipid profili taraması önermektedir. AGLA'ya göre 10 yıllık kardiyovasküler riski % 10'un altında olan düşük riskli hastalarda beş yılda bir; 10 yıllık kardiyovasküler riski % 10-% 20 arasında olan orta riskli hastalarda ise 2-5 yılda bir lipid profili taraması yapılmalıdır. Lipid profili ölçümleri; 10 yıllık kardiyovasküler riski % 20'nin üzerinde olan, tanı almış koroner arter hastalığı olan, ateroskleroza olan, inme, koroner arter hastalığı ve nefropati-glomerüler filtrasyon hızı <60 ml/min/1.73 m² gibi end organ hasarı olan, diyabeti olan riskli veya yüksek riskli hastalarda daha sıklıkla yapılmalıdır. (68)

ESC ise lipid bozuklukları için asemptomatik olsa bile erkeklerde 40 yaş ve üzeri; kadınlarda ise 50 yaş ve üzeri veya post menapozal dönemde tarama önermektedir. (80)

Farklı çalışmalar HDL kolesterolü düşük veya total kolesterolü yüksek olup statin alan hastalarda kardiyovasküler hastalık gelişme riskinde % 30 azalma göstermiştir. (81) Ayrıca hekimlerin, her hangi bir meta-analizde statin tedavisinin tüm mortalite nedenleri üzerine faydasını gösteren bir kanıt olmadığını farkında olmaları gerekir. (82)

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzunda ise diğer kılavuzlardan farklı olarak hiperlipidemi, kardiyovasküler olay, diabetes mellitus ve komplikasyonlarının gerek erken tanısı gerekse yan etkilerinin önlenmesi amacıyla 35 yaşından büyük tüm kişilerde beş yılda bir serum lipid profili taramasının yapılması (en az 12 saat açlıktan sonra) önemlidir. Risk faktörü olanlarda ise taramaya 18 yaşından itibaren başlanması önerilmektedir. (42)

2.5.2.4. Diyabet Hastalığı

USPSTF ve AAFP'ye göre fazla kilolu veya obez olan 40-70 yaş arası erişkinlerde normal olmayan kan glukozu düzeyi kardiyovasküler olay riskini arttırdığı

için tarama önerilmelidir.(B düzeyi) Klinisyenler, kan glukozu normal olmayan bu bireylere sağlıklı beslenme ve egzersiz alışkanlığı kazandırmak üzere davranışsal tedavi yapmalıdırlar. (83)

Kan basıncı devamlı olarak 135/80 mm Hg ve üzeri olan erişkinlerde tip 2 DM için tarama önerilmektedir.(A düzeyi) USPSTF kan basıncı 135/80 mm Hg'nin altında olan erişkinlerde ise uzun dönem verileri halen belirsiz olduğundan tip 2 DM için sistematik bir tarama yapılması gerekliliği hakkında kanıtların yetersiz olduğunu belirtmiştir.(I düzey) (84)

Ancak American Diabetes Assosiation (ADA); diabetes mellitus için BKİ 25 kg/m² ve üzeri olup diyabet için en az bir risk faktörü (fiziksel inaktivite, aşırı obezite, yüksek riskli etnik köken, hipertansiyon, düşük HDL kolesterol veya yüksek trigliserid düzeyi, hemoglobin A1c (HbA1c) % 5,7 ve üzeri olması, bozulmuş açlık glikozu, polikistik over sendromu tanılı veya gestasyonel diyabetli kadınlar, kardiyovasküler hastalıklar için pozitif öykü, birinci derece akrabada diyabet öyküsü) olan herhangi bir yaştaki asemptomatik erişkinlerde veya 45 yaş ve üzeri tüm bireylerde üç yıl ara ile tarama önermektedir.(B düzey) (85)

AAFP asemptomatik kişilerde insülin bağımlı DM için immun marker taraması önermemektedir. (35)

Diabetes mellitus için onanmış tarama testleri hemoglobin A1c (% 5,7 in altı ise normal), açlık kan şekeri (5,6 mmol/l-100mg/dl altı ise normal), oral glikoz tolerans testidir. (2. saatte ölçülen plazma glikozu 7,8 mmol/l-140mg/dl altında ise normal) (85)

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzunda 45 yaşın üzerinde herkese ve ayrıca aşağıdaki risk faktörlerini barındıran kişilere yaştan bağımsız olarak diabetes mellitus taraması önerilir. Bu risk faktörleri;

- BKİ ≥ 25 kg / m² (bel çevresi kadında >88 cm, erkekte >102 cm)
- Fiziksel inaktivite
- Birinci derece yakınında DM öyküsü
- 4.1 kg'ın üstünde bebek doğurma öyküsü
- Gestasyonel DM öyküsü
- Hipertansiyon (KB> 140/90 veya HT için tedavi alan),
- HDL<35 mg/dl veya TG>250 mg/dl

- Polikistik over öyküsü
- Daha önce bozulmuş glukoz toleransı veya bozulmuş açlık glukozu öyküsü
- Kardiyovasküler hastalık
- İnsülin rezistansı ile ilgili klinik durumları olan (örn: akantosis nigrikans) kişiler şeklindedir.

Tarama için yine AAFP ve USPSTF tarafından belirtildiği gibi açlık plazma glukozu, HbA1c veya OGTT tetkiklerinin kullanılması uygundur. Test normal ise üç yılda bir tekrar edilmelidir. (42)

2.5.2.5. Tiroid Hastalığı

AAFP ve USPSTF’de asemptomatik erişkinlerde ve gebe olmayanlarda tiroid disfonksiyonu için taramayla ilgili veriler yetersizdir. (I düzeyi) (86)

Tiroid disfonksiyonu ile ilgili tarama dünya genelinde çelişkili bir konudur. American Thyroid Association (ATA) 35 yaş üzeri asemptomatik olsa bile bütün hastalara beş yılda bir tiroid stimüle edici hormon (TSH) bakılmasını önermektedir. (87)

Özellikle subklinik ve aşikâr hipotiroidizm (prevelansı sırasıyla % 4 ve % 2) olmak üzere tiroid disfonksiyonunun prevelansı yüksek olmasına rağmen USPSTF asemptomatik erişkinlerde herhangi bir tarama önerisiyle ilgili veya TSH’ya alternatif bir tarama önerisiyle ilgili mevcut kanıtların yetersiz olduğunu belirtmektedir. (I düzey) (88) (89) (90)

Ancak son zamanlarda subklinik olsa bile tiroid disfonksiyonunun olumsuz klinik sonuçlarla ilgili olabileceği gösterilmiştir. TSH değeri 10 ve üzeri olduğunda subklinik hipotiroidinin koroner kalp hastalığı ve kalp yetmezliği gelişme riskinin artmasıyla ilişkili olabileceği bildirilmiştir. (91) (92)

TSH değerinin 5 ile 10 arası olduğu subklinik hipotiroidi vakalarında tüm nedenlere bağlı ölümlerde bir miktar azalma gözlenmiştir. (93)

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri kılavuzunda ise tiroid fonksiyon anomalilerinin erken tanısı amacıyla ailesinde tiroid hastalığı öyküsü bulunanlara ilk muayenede olmak üzere ve 35 yaşın üzerindeki tüm erişkinlere beş yılda bir TSH bakılması önerilmiştir. (42)

Yine de asemptomatik kişilerde sistematik bir taramanın faydalarını açığa kavuşturmak için daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

2.5.2.6. Osteoporoz

Kemik dansitometri (DEXA) ile osteoporoz taraması 65 yaş ve üzeri her kadına (B düzey) ve daha genç olup spontan kırık gelişme riski artmış olan kadınlara önerilmektedir. (B düzeyi) Risk faktörü olmayan asemptomatik erkeklerde osteoporoz için rutin bir tarama önerilmemektedir.(I düzey) (94)

USPSTF'ye göre osteoporozda kalsiyum ve vitamin D desteğinin primer koruma için etkinliğini gösteren kanıtlar şu anda yetersizdir.(I düzey) (95) 65 yaş ve üzeri olup düşme riski artmış olan yaşlılarda düşme ve çarpmalara karşı korumak için egzersiz veya fizik tedavi ve D vitamini desteği önerilmektedir.(B düzeyi) (96)

Premenopozal kadınlarda ve erkeklerde D vitamini ve kalsiyum destek tedavisinin kırıklara karşı korumada etkinliğiyle ilgili kanıtlar yetersizdir. (I düzeyi) (97)

Asemptomatik erişkinlerde D vitamini eksikliği için tarama yapılması hususunda mevcut veriler yetersizdir. (I düzeyi) (98)

AAFP'nin önerisi de USPSTF ile aynıdır. (35)

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzunda ise öneriler AAFP ve USPSTF'ye göre farklılıklar içermektedir. 65 yaş altında olup aşağıdaki risk faktörlerini barındıran erişkinlerde en az bir kez biyokimyasal testlerin yapılmasının sağlanması (iyonize kalsiyum, tam kan sayımı, kreatinin, alkalen fosfataz, TSH, 25-hidroksivitamin D3 ölçümleri) önerilmektedir. 65 yaş üstü tüm kişilerde ise yılda bir kez biyokimyasal testlerin yapılmasının sağlanması (iyonize kalsiyum, tam kan sayımı, kreatinin, alkalen fosfataz, TSH, 25-hidroksivitamin D ölçümleri ve vertebral kırığı olanlarda protein elektroforezi) önerilmiştir. Kılavuzda ayrıca 65 yaş üstü kadınlara ek olarak 70 yaş üstü erkeklerde de hayatlarında en az bir kez DEXA ölçümü yaptırmalarının önerilmesi dikkat çekmektedir. (42)

Ayrıca bütün yaş gruplarında kemik sağlığının korunması amacıyla sigara kullanımının ve aşırı alkol alımının önlenmesi, diyetle yaşa göre yeterli miktarda kalsiyum ve D vitamini alınmasının sağlanması, yeterli güneş ışığına maruz kalma hakkında ve günlük fiziksel egzersizler (tempolu yürüme, hafif koşu gibi yük bindirici ve kas güçlendirici egzersizler) hakkında bilgilendirme yapılması, ev, iş ve trafik

kazalarından, özellikle 65 yaş ve üzerinde düşme ve çarpmalardan korunma yolları hakkında bilgi verilmesi önerilir. (42)

Osteoporoz için 10 yıllık risk; yaş, BKİ, aile öyküsü, tütün ve alkol kullanımı gibi klinik veriler baz alınarak FRAX-skoru (Fracture Risk Assessment) kullanılarak değerlendirilebilir. (99)

Düzenli egzersiz ve sağlıklı beslenme temelli yaşam tarzı danışmanlığı kemik kaybını önlemek için tüm postmenopozal kadınlara önerilmelidir. Oysaki vertebra veya kalça kırığı öyküsü olan, DEXA’da femoral veya omurga T-skoru -2,5 veya daha düşük olan; yine yükselmiş FRAX-skoru ile beraber T-skoru -1 ve -2,5 arası olan 50 yaş ve üzeri kadınlarda ilaç tedavisi endikasyonu vardır. (100)

2.5.2.7. Depresyon

Birinci basamağa kayıtlı bütün hastalar depresyon açısından taranmalıdırlar.(B düzeyi)

Depresyon için birçok tarama yöntemi vardır. Ama depresyon taraması için ‘son iki hafta içerisinde kendinizi umutsuz, depresif veya çökkün hissettiniz mi?’ ya da ‘son iki hafta içerisinde daha önce zevkle yaptığınız şeylerden zevk almanızda azalma oldu mu?’ gibi iki basit soru daha kompleks olan anketler kadar etkili olabilir. (101)

AAFP ve USPSTF’ye göre ise 18 yaş ve üstünde olan bireylere; doğru tanı, etkili izlem ve tedaviyi sağlamak için personel destekli depresyon bakım hizmetleri sağlanabilecek bir fırsat varsa depresyon taranması önermektedir.(B düzey) Eğer bu olanak yoksa tarama kararı kişiselleştirilmelidir.(C düzeyi) (102) (35)

Depresyon taraması için T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzunda ise öneriler AAFP ve USPSTF’ye göre farklılıklar içermektedir. Kılavuzda 18-65 yaş aralığındaki yetişkinlerde kişinin şikâyeti veya hekimin öngörmesi durumunda “Son iki hafta içinde hemen her gün kendinizi çökkün ya da umutsuz hissettiğiniz oldu mu?” ve “Son iki haftadır ilgi kaybı ya da hayattan zevk alamama gibi yakınmalarınız oldu mu?” sorularının yöneltilerek depresyon sorgulamasının yapılması önerilmektedir. (42)

2.5.2.8. Kanserler

2.5.2.8.1. Kolorektal kanserler

AAFP ve USPSTF'de 50 yaş ve 75 yaşlar arası her kadın ve erkek kolorektal kanser açısından taranmalıdır.(A düzey) 85 yaş ve üzeri insanlar için kolorektal kanser taraması net bir şekilde önerilmemektedir (D düzeyi). 75 ve 85 yaş arasındakiler için ise tarama yapılıp yapılmaması bireysel olarak değerlendirilmelidir.(C düzey) (103) (35)

USPSTF; yılda bir GGK bakılması, 10 yılda bir kolonoskopi veya beş yılda bir sigmoidoskopiyle beraber üç yılda bir GGK bakılması şeklinde üç prosedür önermektedir. Tek başına kolonoskopi en yüksek sensitivite ve spesifiteye sahip olsa da yıllık bakılan GGK testi belirgin bir şekilde mortaliteyi azaltmaktadır. (104)

Kolonoskopiye bağlı olarak gelişen ciddi komplikasyon oranı onbinde 25 vakada bildirilmiştir. (105)

Dahası, şu an için fekal DNA testi ve bilgisayarlı tomografik kolonografi ile ilgili kanıtlar yetersizdir.(I düzey) (103)

Ayrıca AAFP'de ek olarak kolorektal kanseri tanısı konmuş olan hastalara ilişkili mortaliteyi ve morbiditeyi azaltmak için Lynch sendromu için genomik test yapılması önerilmiştir. İlâveten genetik test, Lynch sendromu tanısı almış hastaların birinci derece yakınlarına uygulanmalı ve pozitif olanlara kolorektal kanser taraması yapılmalıdır. (35)

İsviçre'de yapılan bir çalışmada, kolonoskopiyle yapılan taramalarda kolorektal kanser insidansının ve ayrıca kolorektal kanserle ilişkili ölümlerin belirgin bir şekilde azaldığı gösterilmiştir. (106)

USPSTF ve AAFP kolorektal kanserden koruma amacıyla rutin aspirin veya NSAİİ kullanımını önermemektedir.(D düzey) (107) (35)

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzu'nda ise öneriler AAFP ve USPSTF'ye benzer olmakla beraber bazı farklılıklar da içermektedir. Kılavuzda iki tarama testi, yani GGK ve kolonoskopi kullanılarak tarama önerilmiş ve 50-70 yaş grubundaki her bireye kolorektal kanserin erken tanısı amacıyla monoklonal antikorlar kullanılarak yılda bir gaitada gizli kan testi yapılması ve on yılda bir gaitada gizli kan testinin yanısıra kolonoskopi yapılması önerilmiştir. Ayrıca birinci derece akrabalarında kolorektal kanser veya adenomatöz polip öyküsü olanlarda taramaya 40 yaşında

başlanması, birinci derece akrabalarında erken yaşta kolorektal kanser ortaya çıkanlarda taramanın 40 yaşından bağımsız olarak kanserin çıkış yaşından beş yıl önce başlatılması uygun görülmüştür. (42)

2.5.2.8.2. Serviks Kanseri

Serviks kanseri dünya genelinde kadınlarda görülen üçüncü en sık kanser nedenidir. (108)

Farklı gözlemsel çalışmalarda, servikal sitoloji testinin servikal kansere bağlı ölüm oranlarında % 60'a kadar azalma sağladığı ve daha iyi kür oranlarıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir. (109) (110) Bu nedenle USPSTF, servikal kanser için yapılan taramanın 21 yaşından itibaren 65 yaşına kadar üç yılda bir PAP-smear testi ile yapılmasını önerilmektedir.(A düzey) Tarama aralıklarıyla ilgili bu öneriye ek olarak; 30 ve 65 yaş arası kadınlarda daha uzun bir aralık talep ediliyorsa beş yılda bir sitoloji ve HPV testi kombine yapılarak yapılmalıdır.(A düzey) Ancak 21 yaş altı kadınlarda ve yeteri kadar test yapılmış ve servikal kanser için risk saptanmamış 65 yaş üzeri kadınlarda serviks kanseri için tarama önerilmemektedir. (D düzey) Ayrıca 30 yaş altı kadınlarda HPV testi, tek başına veya sitoloji ile kombine olarak, önerilmemektedir.(D düzeyi) (111)

Serviksi de alınmak şartıyla histerektomi yapılmış ve yüksek düzey prekanseröz lezyonu (CIN 2-3) veya kanser öyküsü olmayan kadınlara servikal kanser için rutin tarama önerilmez. (D düzeyi) (111)

AAFP de de öneriler benzerdir. (35)

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzu'nda Pap smear testi ve HPV testinin kombine yapılması şart koşulmamıştır. 30-65 yaş arası kadınlarda serviks kanseri ve prekanseröz lezyonları önleme ve erken tanı amaçlı her beş yılda bir Pap smear testi veya HPV testi yapılmalı şeklinde önerilmiştir. (42)

2.5.2.8.3. Akciğer Kanseri

Akciğer kanserinin, ABD'de kansere bağlı ölümlerin başlıca nedeni olması ve ileri evrede teşhis edildiğinde iyi sonuçlar alınmaması nedeniyle USPSTF yakın zamanda tarama ile ilgili önerilerini güncellemiştir. (112) (113)

2013 yılından itibaren akciğer kanseri taraması için 30 paket yıl sigara içme öyküsü (halen içiyor olan veya son 15 yıl içerisinde bırakmış olan) olan 55 ile 80 yaşlar arası hastalarda yıllık olarak düşük-doz bilgisayarlı tomografi yapılması önerilmektedir.(B düzeyi) (112)

Sigarayı 15 yıldan önce bırakmış olan hastalar için veya sınırlı yaşam süresi beklenenler için veya küratif akciğer cerrahisi için kontraendikasyonu olanlar için tarama durumu belirtilmemiştir ya da yapılmakta olan taraması varsa devam edileceği konusu belirsizdir. (112)

Geniş kontrollü randomize çalışmaları kapsayan yayınlar, yüksek riskli kişilerde akciğer kanseri taraması için yıllık düşük-doz BT'nin akciğer kanserine bağlı ölümlerin sayısını belirgin bir şekilde azalttığı bildirilmiştir. (mortalitede % 20 göreceli bir azalma [% 95 güven aralığı 6.8-26.7, p değeri:0.004]) (114)

AAFP 2016 güncel önerilerinde ise USPSTF'den farklı olarak sigara içme öyküsüne ve yaşa bağlı artmış akciğer kanseri riski olanlarda düşük doz BT ile tarama yapmanın henüz netlik kazanmadığını belirtmiştir. (I düzeyi) (35)

Ancak Swiss Medical Board (SMB) yakın zamanda akciğer kanseri taraması için pozitron-emisyon tomografisi (PET)/BT yapılmasının tarama amaçlı önerilmediğini belirtmiştir. (69)

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2015 yılı Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzu'nda ise akciğer kanseri taramasıyla ilgili olarak öneri bulunmamaktadır.

Uzun dönem akciğer kanserinin yükünü azaltma noktasında, korumanın taramadan daha etkili olduğunun altını çizmek gerekir. Bu yüzden aile hekimleri sigara içen bütün hastalarına sigara bıraktırma girişimlerinde bulunmalıdır.

2.5.2.8.4. Meme Kanseri

AAFP ve USPSTF, 50 ve 74 yaşları arasındaki kadınlarda iki yılda bir mamografi ile meme kanseri taraması önermektedir.(B düzeyi) 40-49 yaşları arasında ise mamografi ile tarama kararı kişiselleştirilmelidir.(C düzeyi) 75 ve üzeri kişilerde ise kanıtlar yetersizdir.(I düzey) (115)

USPSTF'ye göre, aile öyküsünde meme, over, tubal ve peritoneal kanser olan kadınlar meme kanseri taramasında kullanılan herhangi bir test ile taranmalıdır. Tarama

sonucu pozitif olan kadınlar genetik danışmanlık almalı; gerekirse BRCA gen mutasyonu testi yapılmalıdır.(B düzeyi) BRCA gen mutasyonu ile ilgili aile öyküsü olmayan kadınlarda rutin genetik danışma veya BRCA testi önerilmemektedir.(D düzeyi) (116)

Yine USPSTF'ye göre meme kanseri riski artmış kadınlarda, ilaç yan etkileri göz önüne alınarak tamoksifen veya raloksifen gibi meme kanseri riskini azaltacak ilaçlar önerilmelidir.(B düzeyi) Risk artışı olmayanlarda rutin proflaksi önerilmez. (D düzeyi) (117)

AAFP'ye göre 40 yaş ve üstü kadınlarda hekim tarafından klinik meme muayenesi için kanıtlar yetersizdir (I düzeyi), kendi kendine meme muayenesi ise 'önerilmemekte' şeklinde belirtilmiştir (D düzeyi). Digital mamografi veya MRI yapılması ile ilgili olarak kanıtlar yetersizdir (I düzeyi). BRCA mutasyon testi aile öyküsü benzer mutasyonlar içeriyorsa önerilir (B düzeyi) ama rutin tarama ve konsültasyon önerilmez. (D düzeyi) (35)

Buna rağmen, güncel olmasalar da, 1963 ve 1991 yılları arası yapılan farklı randomize kontrollü ve gözlemsel çalışmalar temel alınarak Swiss Medical Board (SMB) kılavuzunda bu öneri değiştirilmiştir. Mamografi ile tarama yapmanın maliyet etkin olmadığı bildirilmiştir. (118) (69)

Aslında birçok çalışma meme kanseri için yapılan taramaların mortalite üzerinde kısıtlı bir etkisi olduğunu göstermiştir. Düzenli olarak taranan 1000 kadın, düzenli tarama yapılmayan 1000 kadınla karşılaştırıldığında, meme kanserine bağlı sadece 1-2 ölüm önlenmiştir. (119) Ayrıca yanlış pozitif sonuçlar, gereksiz ileri tetkiklere, aşırı tedaviye ve artmış psikolojik yüke neden olabilir. (69)

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzu'nun önerileri, USPSTF ve AAFP'ye göre belirgin farklılıklar içermektedir. Örneğin AAFP'de önerilmemesine rağmen 20 yaş üstü kadınlarda meme kanseri farkındalığını artırmak ve meme kanserinin erken tanısı amacıyla kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi verilmesi ve ayda bir kez uygulaması önerilmiştir. Aynı şekilde birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü bulunan 20-40 yaş arası kadınlarda yılda bir, bulunmayanlarda ise iki yılda bir hekim tarafından rutin klinik muayenenin yapılması

önerilmiştir. USPSTF'deki yaş aralığından farklı bir şekilde 40-69 yaş arası bütün kadınlarda iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yapılması gereklidir. (42)

2.5.2.8.5. Prostat Kanseri

Prostat kanseri erkeklerde üçüncü en sık görülen kanserdir. Özellikle 50 yaşından sonra insidansı artmaktadır. 60 yaşından önce prostat kanserine bağlı ölüm oranı oldukça düşüktür. Esasında prostat kanserine bağlı ölümlerin % 70'i 75 yaşından sonra meydana gelmektedir. (120)

Prostat kanseri taramasında kullanılan prostat spesifik antijen (PSA) ile ilgili tartışmalar, dünya çapında önerilerde önemli değişiklikler olmasına neden olmuştur. Swiss Medical Board (SMB) ve Swiss Academy of Medical Sciences 2011'de PSA ölçümü ile yapılan sistematik taramanın genel ve özel mortalite üzerine olan kısıtlı etkisinden ve biyopsinin ve tedavisinin potansiyel tehlikelerinden dolayı artık PSA ölçümü ile prostat kanseri taramasını önermediklerini açıklamışlardır. (69) Buna rağmen Swiss Society of Urology bireyselleştirilmiş PSA ölçümü ile prostat kanseri taraması önermiş ve izleyen yıllarda seri ölçümler yapılmıştır. (121)

USPSTF ve AAFP halen PSA ölçümüne dayanan sistematik prostat kanseri taramasına karşı çıkmaktadır.(D düzey) (122) (35)

USPSTF üyeleri bu karşı çıkmayı, yüksek yanlış pozitifliğe (dört PSA ölçümünden sonra en az bir kere % 13 kümülatif riskle yanlış pozitif olma olasılığı) ve bu yanlış pozitifliğe bağlı olarak vakaların % 5.5'inde boşuna biyopsi yapılmasına bağlamaktadırlar. (123) Dahası biyopsi ile ilişkili komplikasyonlar (% 50 kalıcı hematospermi, % 22 hematüri, % 3 ateş) ve aynı şekilde tedaviye bağlı zararlar çok sıktır. (124)

Çalışmalar, radikal prostatektomi sonrası 1-10 yıl arasında, noninvaziv girişimlere kıyasla, erektil disfonksiyon riskinin % 30, üriner inkontinans riskinin de % 20 artmış olduğunu gösterilmiştir. Radyasyon tedavisi de 1-10 yıl arasında erektil disfonksiyon (% 17 artmış risk) ve bağırsak fonksiyon bozukluğu gelişmesinde risk artışıyla ilişkilidir. (125) (126)

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzu, ailesinde prostat kanseri öyküsü olan 40 yaşından büyük erkekler ve aile öyküsü olmayan 50 yaşından büyük

erkeklerde erken tanı ve önleme amaçlı hastanın bilgilendirilmesini ve bir üroloji uzmanına yönlendirilmesini önermektedir. (42)



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Yeri

Çalışma Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yine Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Ziraat Fakültesi'nde görev yapan öğretim üyelerinin periyodik sağlık muayenesi algı, yaptırma ve bilgi düzeyini belirlemek için yapılan tanımlayıcı bir anket çalışmasıdır.

3.2. Araştırma Evreni

Araştırma evrenini, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Ziraat Fakültesi yardımcı doçent, doçent ve profesör unvanlı akademisyenler oluşturmaktadır. Bu duruma uygun olarak Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yapan 275 öğretim üyesi ve Çukurova Üniversitesi Ziraat Fakültesi'nde görev yapan 117 öğretim üyesi olmak üzere toplam 392 öğretim üyesi araştırma evrenini oluşturmaktadır.

3.3. Örneklem Seçimi

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi cevap oranı % 81 (n=223) olup geçerli anket sayısı 143 (% 64) idi. Çukurova Üniversitesi Ziraat Fakültesi cevap oranı % 79 (n=93) olup geçerli anket sayısı 62 (% 66) idi. Cevap oranı toplamda % 80,6 (n=316) olup geçerli anket sayısı 205 (% 65) idi. Toplamda 205 katılımcı araştırma örneğini oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Uygulama Şekli ve Veri Kaynakları

Anket uygulanmadan önce anketi dolduracak akademisyenlerden sözel onam alınmıştır. Anketler gönüllü katılımcılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulduktan sonra geri toplanarak değerlendirilmiştir. Belirlediğimiz evrenin tamamına ulaşmak hedefimiz olmuştur.

Her katılımcıya dokuz sorudan oluşan sosyodemografik özellikler formu, 19 sorudan oluşan periyodik sağlık muayenesi bilgi düzeyi anketi, 27 sorudan oluşan periyodik sağlık muayenesi algısı anketi, 24 sorudan oluşan periyodik sağlık muayenesi

yaptırma durumları anketi uygulanarak veriler toplanmıştır. Her bir anket için cevaplama yaklaşık 10 dakika sürmüştür.

3.5. Verilerin Analizi

Çalışmada 205 katılımcıya ait verilerin analizi yapılmıştır. Veriler, kodlanarak bilgisayara girilmiş ve SPSS istatistiksel analiz programı aracılığı ile değerlendirilmiştir ve $p < 0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Katılımcılara yapılan geçerli anket oranı çalışma evrenimizin % 55'i civarındadır.

3.7. Etik Konular

4 Aralık 2015 tarihi karar no 31 ile T. C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulunca kabul edilmiştir (Ek-2).

3.8. Araştırmanın Bütçesi

Herhangi bir kişi ya da kurumdan destek alınmamıştır, masraflar araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

3.9. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriteri

Yardımcı doçent, doçent ve profesör unvanlı akademisyenler çalışmaya dâhil edilmiştir.

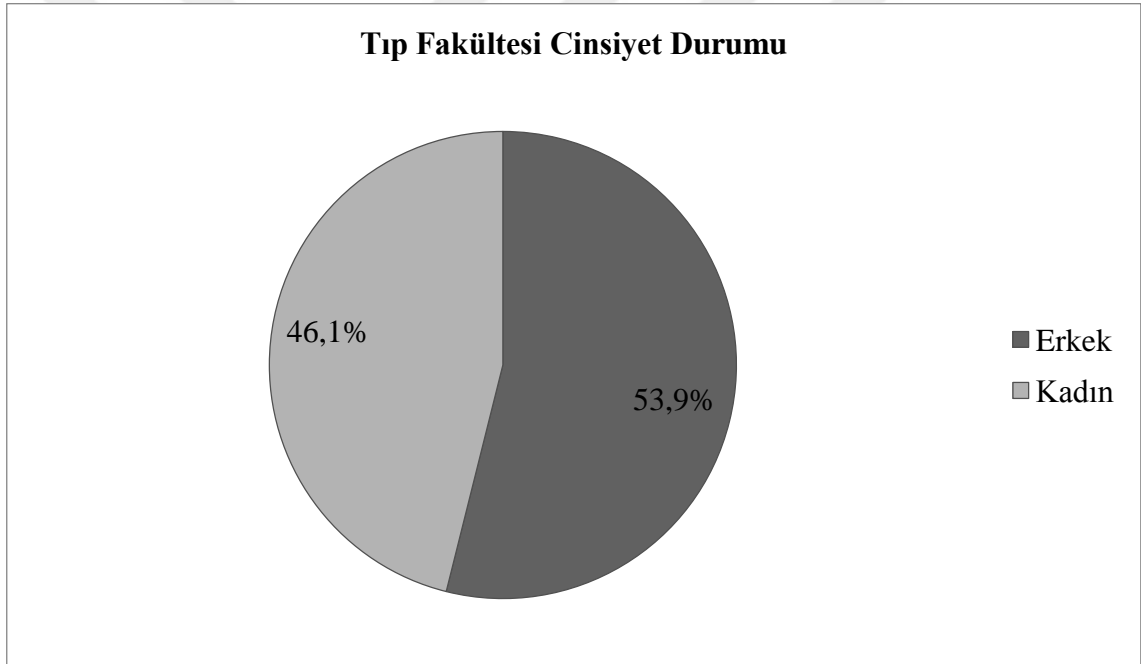
3.10. Araştırmanın Süresi

Araştırma Ekim 2015'den itibaren planlanmaya başlanmıştır. Kasım 2015'de anabilim dalında tez proje önerisi olarak sunulmuştur. Gerekli izinler alındıktan sonra Ocak - Şubat 2016 tarihlerinde veriler toplanmış, Mart – Nisan 2016 tarihleri arasında veriler bilgisayar ortamına aktarılmış ve istatistiksel analizleri yapılmıştır. Temmuz 2016 tarihinde tez yazımı tamamlanmıştır.

4.BULGULAR

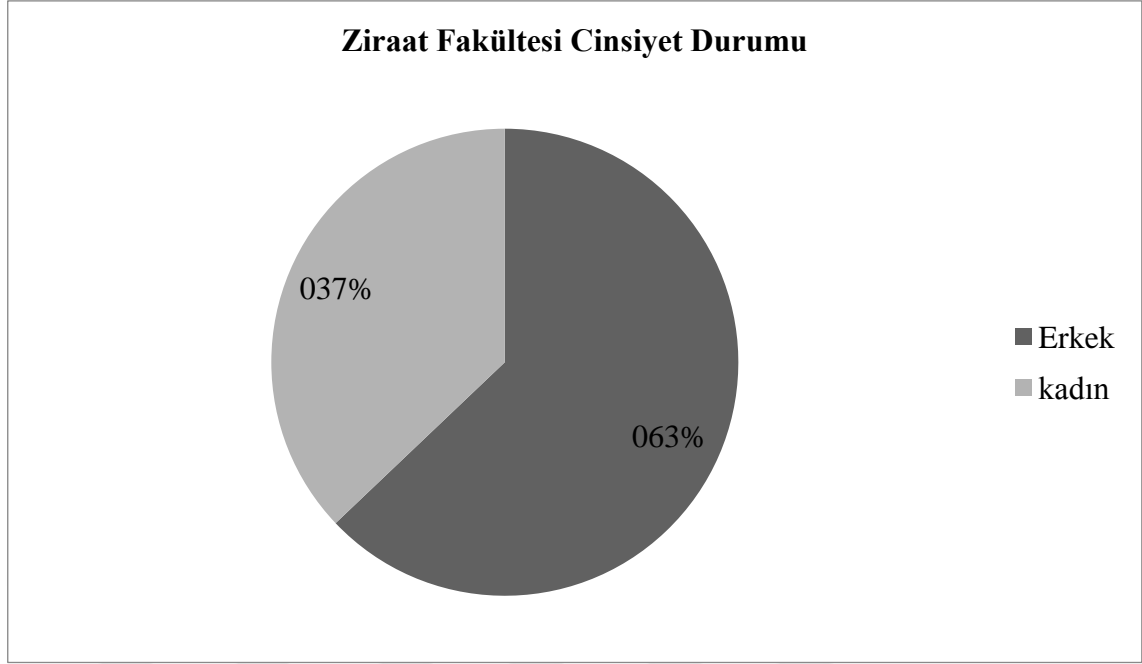
Çalışmamızda 62 katılımcı Ziraat Fakültesi'nden ve 143 katılımcı Tıp Fakültesi'nden olmak üzere toplam 205 katılımcıya ait veriler analiz edilmiştir.

Ziraat fakültesi katılımcıların yaş ortalaması $52,4 \pm 8,9$ (min:36, max:80) yıl olup katılımcıların % 38,7'si (n=24) 51-60 yaş arasındadır. Tıp fakültesi katılımcıların yaş ortalaması $48,25 \pm 9,1$ (min:30, max:68) yıl olup katılımcıların % 26,6'sı (n=38) 51-60 yaş arasındadır. Toplamda katılımcıların yaş ortalaması $49,5 \pm 9,2$ yıldır (min:30 max:80).



Şekil 1. Tıp Fakültesi Katılımcılarının Cinsiyete Göre Dağılımları

Tıp fakültesi katılımcılarının % 53,9'u (n=77) erkek, % 46,1'i (n=66) kadındır (Şekil 1). Ziraat fakültesi katılımcılarının % 62,9'u (n=39) erkek, % 37,1'i (n=23) kadındır (Şekil 2). Katılımcılar, cinsiyetlerine göre % 56,6 (n=116) erkek, % 43,4 (n=89) kadından oluşmaktadır.



Şekil 2. Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Cinsiyete Göre Dağılımları

Tablo 3. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyodemografik özellikler		Tıp Fakültesi		Ziraat Fakültesi		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Medeni Durum (n=201)	Bekâr	17	11,9	4	6,5	21	10,2
	Evli/birlikte yaşıyor	114	79,7	53	85,5	167	81,4
	Dul	2	1,4	1	1,6	3	1,4
	Tekrar evlenmiş	2	1,4	2	3,2	4	1,9
	Boşanmış	5	3,5	1	1,6	6	2,9
Sosyoekonomik durum (n=204)	Orta	29	20,3	16	25,8	45	21,9
	Orta-yüksek	89	62,2	42	67,7	131	63,9
	Yüksek	24	16,8	4	6,5	28	13,6
Aylık hane geliri (TL) (n=202)	1350 ve altı	1	0,7	0	0	1	0,4
	1351-3000	2	1,4	0	0	2	0,9
	3001-5000	7	4,9	9	14,5	16	7,8
	5001-7000	29	20,3	29	46,8	58	28,2
	7000 üstü	102	71,3	23	37,1	125	60,9

Tıp Fakültesi öğretim üyelerinin ve Ziraat Fakültesi öğretim üyelerinin bazı sosyodemografik özellikleri Tablo 3’de verilmiştir. Buna göre Tıp Fakültesi katılımcılarının % 79,2’si (n=114) evli, % 11,9’u (n=17) bekâr iken Ziraat Fakültesi katılımcılarının % 85,5’i (n=53) evli, % 6,5’i (n=4) bekârdır.

Tıp Fakültesi katılımcılarının % 62,2’si (n=89) sosyoekonomik düzeyini orta-yüksek olarak belirtmişken Ziraat Fakültesi katılımcılarının % 67,7’si (n=42) sosyoekonomik düzeyinin orta-yüksek olduğunu belirtmiştir.

Tıp Fakültesi katılımcılarının aylık hane geliri sorgulandığında % 71,3’ü (n=102) 7000 TL üstü olduğunu; Ziraat Fakültesi katılımcılarının ise % 46,8’i (n=29) 5000 TL-7000 TL arası aylık geliri olduğunu belirtmiştir. Toplamda katılımcıların % 60,9’u (n=125) aylık hane gelirinin 7000 TL üstü olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Sigara İçme, Alkollü İçki Tüketme, Egzersiz ve Diyet Yapma Durumlarına Göre Dağılımı

Durum		Tıp Fakültesi		Ziraat Fakültesi		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Sigara içme (adet) (n=204)	10 adetten az	21	14,6	7	11,3	28	13,6
	10 - 20	11	7,7	5	8,1	16	7,8
	21 - 30	7	4,9	2	3,2	9	4,3
	31 ve üzeri	1	0,7	0	0	1	0,4
	İçmiyorum	102	71,3	48	77,4	150	73,1
Alkollü içki tüketme (n=205)	Nadiren	49	34,3	26	41,9	75	36,5
	Ayda 1-2 kez	30	20,9	22	35,5	52	25,3
	Haftada 1-2kez	21	14,7	2	3,2	23	11,2
	Haftada 3-4 kez	2	1,4	0	0	2	0,9
	Kullanmıyorum	41	28,7	12	19,4	53	25,8
Egzersiz yapma (n=205)	Haftada >150 dk*	40	27,9	12	19,4	52	25,3
	Haftada <150 dk*	55	38,5	29	46,8	84	40,9
	Yapmam	48	33,6	21	33,9	69	33,6
Diyet yapma (n=203)	Evet, hastalığım için	18	12,6	13	20,9	31	15,1
	Evet, sağlıklı yaşam için	37	25,9	10	16,1	47	22,9
	Diyet yapmıyorum	87	60,8	38	61,3	125	60,9

*Dakika

Tablo 4’de Tıp ve Ziraat Fakültesi öğretim üyelerinin sigara, alkol, egzersiz ve diyet alışkanlıkları gösterilmiştir. Tıp Fakültesi katılımcılarının % 71,3’ü (n=102) sigara içmemektedir. Ziraat Fakültesi katılımcılarının ise % 77,4’ü (n=48) sigara içmemektedir. Tıp Fakültesi katılımcılarının % 28,7’si (n=41) alkollü içki tüketmemekte iken Ziraat Fakültesi katılımcılarının % 19,4’ü (n=12) alkollü içki tüketmemektedir. Toplamda alkollü içki tüketme oranı % 74,2’dir (n=152). Sigara içen ve alkollü içki tüketenlerin ise ne sıklıkla içtikleri yine Tablo 4’de belirtilmiştir.

Tıp Fakültesi katılımcılarının % 27,9’u (n=40), Ziraat Fakültesi katılımcılarının ise % 19,4’ü (n=12) haftada 150 dakikadan fazla egzersiz yapmakta olduklarını belirtmişlerdir.

Tıp Fakültesi katılımcılarının % 39,2’si (n=56), Ziraat Fakültesi katılımcılarının % 38,7’si (n=24) diyet yaptıklarını belirtmişlerdir. Toplamda ise katılımcıların % 60,9’u (n=125) diyet yapmamaktadır. Diyet yapan katılımcıların neden diyet yaptıkları ise Tablo 4’de gösterilmektedir. Diyet yapan Tıp Fakültesi katılımcılarının 21’inin diyeti hekim tarafından düzenlenmiştir. Diyet yapan Ziraat Fakültesi katılımcılarının ise 16’sının diyeti hekim tarafından düzenlenmiştir.

Tablo 5. Tıp Fakültesi Katılımcılarının Sosyoekonomik Durumlarına ve Sigara İçme Durumlarına Göre Dağılımı

Sosyoekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?		Sigara kullanıyor musunuz?		Toplam	
		Hayır	Evet		
Orta	n	22	7	29	p*=0,023
	%	75,9	24,1	100,0	
Orta-yüksek	n	60	29	89	
	%	67,4	32,6	100,0	
Yüksek	n	19	5	24	
	%	79,2	20,8	100,0	
Toplam	n	102	41	143	
	%	71,3	28,7	100,0	

*Pearson Ki-kare testi

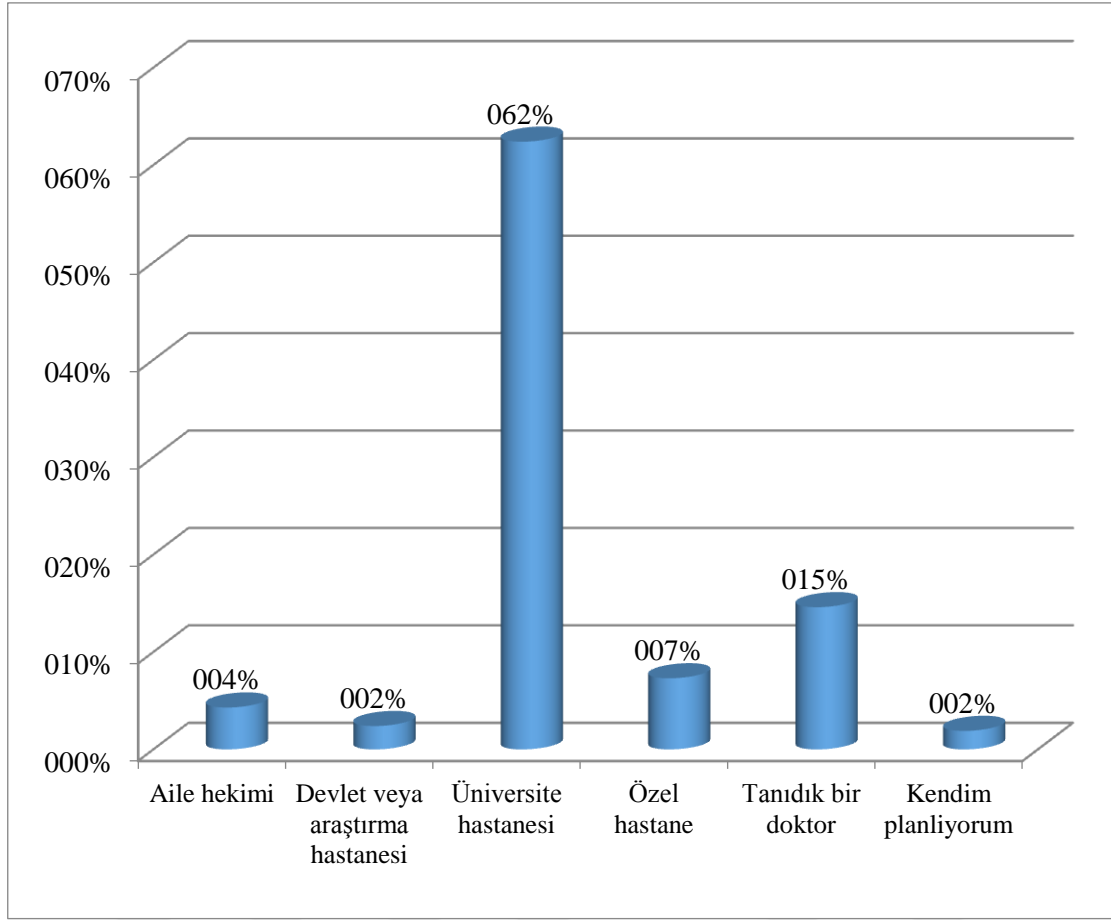
Tıp Fakültesi katılımcılarında sosyoekonomik düzey sigara içme davranışını etkilemektedir ($p=0,023$) (Tablo 5). Fakat aynı durum Ziraat Fakültesi akademisyenleri için geçerli değildir ($p=0,228$). Her iki fakülte de sosyoekonomik durumun alkollü içki tüketme ve egzersiz yapma durumuna anlamlı etkisi yoktur ($p>0,05$).

Tablo 6. Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Cinsiyetlerine ve Sigara İçme Durumlarına Göre Dağılımı

Cinsiyet		Sigara kullanıyor musunuz?		Toplam	p*=0,045
		Hayır	Evet		
Erkek	n	27	12	39	
	%	69,2	30,8	100,0	
Kadın	n	21	2	23	
	%	91,3	8,7	100,0	
Toplam	n	48	14	62	
	%	77,4	22,6	100,0	

*Pearson Ki-kare testi

Ziraat Fakültesi katılımcılarında erkekler kadınlara göre daha fazla sigara içmektedir ($p=0,045$) (Tablo 6). Fakat Tıp Fakültesi'nde cinsiyetin sigara içme davranışı üzerine etkisi yoktur ($p>0,05$). Cinsiyetin alkollü içki tüketme ve egzersiz yapma durumuna her iki fakültede de anlamlı etkisi yoktur ($p>0,05$).



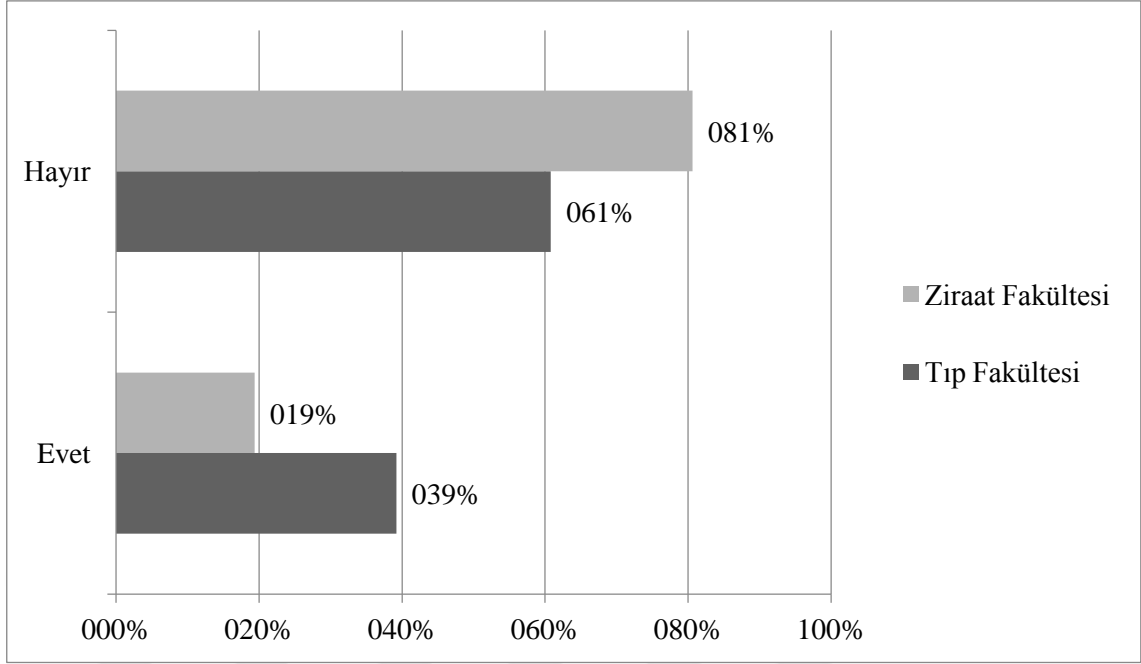
Şekil 3. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Tarama Testi Yaptırdıkları Yere Göre Dağılımı

Ziraat ve Tıp Fakültesi katılımcılarının tarama testi için tercih ettikleri sağlık kuruluşu Şekil 3’de gösterilmiştir. Katılımcıların tarama testi için en sık başvurdukları sağlık kurumu toplamda % 62,4 (n=128) ile üniversite hastanesidir. Bunu % 14,6 (n=30) ile tanıdık bir hekim izlemiştir. Aile hekimine başvuran katılımcı sayısı ise toplamda dokuz (% 4,3) kişidir.

Tıp Fakültesi katılımcılarının % 61,5’i (n=88), Ziraat Fakültesi katılımcılarının % 54,8’i (n=34), toplamda ise katılımcıların % 59,5’i (n=122) tarama testi yaptırmaya istekli olduklarını belirtmişlerdir. Tarama testi yaptırmak istemeyenlerin belirttikleri nedenler Tablo 7’de gösterilmiştir. Buna göre katılımcıların % 12,1’i (n=25) tarama testinin gerekliliğine inanmamaktadır. Katılımcıların % 9,7’si (n=20) ise tarama testi yaptırmak için zamanı olmadığını belirtmiştir.

Tablo 7. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Tarama Testi Yaptırma İsteğine Göre Dağılımı

Tarama yaptırma durumu	Tıp Fakültesi		Ziraat Fakültesi		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Yaptırmıyorum; çünkü gerekliliğine inanmıyorum	15	10,5	10	16,1	25	12,1
Yaptırmıyorum; çünkü zamanım olmuyor	18	12,6	2	3,2	20	9,7
Yaptırmayı düşünmüyordum; ama en kısa sürede yaptıracağım	7	4,9	3	4,8	10	4,8
Yaptırmıyorum; çünkü unutuyorum	4	2,8	7	11,3	11	5,3
Yaptırmıyorum; çünkü şikâyetim yok	4	2,8	2	3,2	6	2,9
Yaptırmıyorum; çünkü tarama yaşına gelmedim	2	1,4	1	1,6	3	1,5
Yaptırmıyorum; çünkü sağlık hizmeti almakta zorlanıyorum ve tetkikler uzun	0	0	2	3,2	2	0,9
Boş bırakanlar	5	3,5	1	1,6	6	2,9
Tarama testi yaptırmak istiyorum	88	61,5	34	54,8	122	59,5
Toplam	143	100	62	100	205	100



Şekil 4. Katılımcıların Ailede Kanser Öyküsüne Göre Dağılımları

Tıp Fakültesi katılımcılarının % 39,2'sinin (n=56), Ziraat Fakültesi katılımcılarının ise % 19,4'ünün (n=12) ailesinde kanser öyküsü vardı (Şekil 4). Her iki fakültede de ailede kanser öyküsü olmasının tarama testi yaptırma isteği üzerine anlamlı etkisi tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 8. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Bazı Taramaları Yaptırma Durumları

Tarama durumu		Tıp Fakültesi		Ziraat Fakültesi		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Beden kitle indeksinizi son bir yıl içinde hesapladınız mı? (n=205)	Evet	116	81,1	40	64,5	156	76
	Hayır	27	18,9	22	35,5	49	24
Son beş yıl içinde hiç kan tetkiki (anemi açısından hemoglobin düzeyi) yaptırdınız mı? (n=204)	Evet	129	90,2	49	79,0	178	86,8
	Hayır	14	9,8	12	19,4	26	12,7
Son beş yıl içinde kan yağlarınıza (lipid, kolesterol, trigliserid gibi) baktırdınız mı? (n=205)	Evet	121	84,6	48	77,4	169	82,4
	Hayır	22	15,4	14	22,6	36	17,5
Kan basıncınızı en son ne zaman ölçtürdünüz? (n=205)	Son 6 ay içinde	116	81,1	48	77,4	164	80,0
	Son 1-2 yıl içinde	17	11,9	12	19,4	29	14,1
	İki yıldan daha önce	7	4,9	0	0	7	3,4
	Hiç ölçtürmedim	1	0,7	0	0	1	0,4
	Hatırlamıyorum	2	1,4	2	3,2	4	1,9
Depresyon açısından hiç değerlendirildiniz mi? (n=205)	Evet	23	16,1	7	11,3	30	14,6
	Hayır	120	83,9	55	88,7	175	85,4
İhmal ve istismar açısından hiç değerlendirildiniz mi? (n=205)	Hayır	143	100	62	100	205	100

Tablo 8’de katılımcıların bazı tarama testlerini yaptırma durumları belirtilmiştir. Tıp Fakültesi katılımcılarının % 81,1’i (n=116), Ziraat Fakültesi katılımcılarının ise % 64,5’i (n=40) son bir yılda BKİ hesaplamışlardı. Katılımcıların toplamda % 86,8’i

(n=178) son beş yılda anemi açısından hemoglobin düzeyi baktırmış idi. Tıp Fakültesi katılımcılarının % 84,6'sı (n=121), Ziraat Fakültesi katılımcılarının ise % 77,4'ü (n=48) son beş yılda kan lipid profiline baktırdıklarını belirttiler. Tıp Fakültesi katılımcılarının % 81,1'i (n=116), Ziraat Fakültesi katılımcılarının ise % 77,4'ü (n=48) kan basıncını son altı ayda ölçtürmüştü. Toplamda katılımcıların % 94,1'i (n=193) son iki yıl içerisinde kan basıncı ölçümü yaptırmıştı. Katılımcıların toplam % 14,6'sı (n=30) depresyon açısından değerlendirilmişti. Katılımcıların hiçbirisi ihmal ve istismar açısından değerlendirilmemişti.

Tablo 9' da katılımcıların bazı tarama testlerini yaptırma durumları gösterilmiştir. Tıp Fakültesi 50 yaş ve üzeri erkek katılımcıların % 63,1'i (n=24) prostat açısından PSA ölçümü yaptırmış iken Ziraat Fakültesi'nde bu oran % 42,8 (n=16) idi. Toplamda kadın katılımcıların % 38,6'sı (n=34) geçen yıl hekim tarafından meme muayenesi yaptırmıştı. Tıp Fakültesi'nde kadın katılımcıların % 53'ü (n=35) son iki yılda mamografi yaptırmışken Ziraat Fakültesi'nde bu oran % 34,8 (n=8) idi. Toplam kadın katılımcıların pap-smear testi yaptırma oranları % 52,3 (n=46) idi. Tıp Fakültesi 50 yaş ve üzeri katılımcıların % 22,2'si (n=14) geçen yıl gaitada gizli kan testi yaptırmıştı. Ziraat Fakültesi'nde bu oran % 15 (n=6) idi.

Öğretim üyeleri toplamda % 16,5 (n=17) oranında son on yıl içerisinde kolonoskopi yaptırmış idi.

Tablo 9. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Bazı Tarama Testlerini Yaptırma Durumları

Tarama testleri		Tıp Fakültesi		Ziraat Fakültesi		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Son bir yılda prostat için kan tetkiki (PSA) ölçümü yaptırdınız mı? (50 yaş ve üzeri erkekler için)(n=65)	Evet	24	63,1	12	42,8	36	55,4
	Hayır	13	36,9	16	57,2	29	44,6
Geçen yıl hekim tarafından meme muayenesi yaptırdınız mı? (kadın katılımcılar için)(n=88)	Evet	26	40,0	8	34,8	34	38,6
	Hayır	39	60,0	15	65,2	54	61,4
Son iki yılda mamografi yaptırdınız mı? (kadın katılımcılar için)(n=88)	Evet	35	53	8	34,8	43	48,9
	Hayır	30	47	15	65,2	45	51,1
Son beş yılda pap-smear örnekleme yaptırdınız mı? (kadın katılımcılar için)(n=88)	Evet	35	53	11	47,8	46	52,3
	Hayır	30	47	12	52,2	42	47,7
Geçen yıl gaitada gizli kan baktırdınız mı? (50 yaş ve üzeri katılımcılar için) (n=103)	Evet	14	22,2	6	15	20	19,4
	Hayır	49	77,8	34	85	83	80,6
Son 10 yılda tarama amaçlı kolonoskopi yaptırdınız mı? (50 yaş ve üzeri katılımcılar için)(n=103)	Evet	11	17,4	6	15	17	16,5
	Hayır	52	82,6	34	85	86	83,5

Tablo 10. Tıp Fakültesi Katılımcılarının Yaşlarına ve Kan Basıncını Ölçtürdüğü Zamana Göre Dağılımı

Yaşınız		Kan basıncınızı en son ne zaman ölçtünüz?					Toplam	p*
		Son altı ayda	Son 1-2 yıl içinde	İki yıldan daha önce	Hiç ölçtürmedim	Hatırlamıyorum		
30-35	n	8	1	0	0	0	9	
	%	88,9	11,1	0,0	0,0	0,0	100,0	
36-40	n	19	3	4	0	0	26	
	%	73,1	11,5	15,4	0,0	0,0	100,0	
41-45	n	18	5	3	0	0	26	
	%	69,2	19,2	11,5	0,0	0,0	100,0	
46-50	n	20	4	0	1	0	25	
	%	80,0	16,0	0,0	4,0	0,0	100,0	
51-60	n	36	2	0	0	0	38	
	%	94,7	5,3	0,0	0,0	0,0	100,0	
61+	n	11	2	0	0	2	15	
	%	73,3	13,3	0,0	0,0	13,3	100,0	
Cevap yok	n	4	0	0	0	0	4	
	%	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	
Toplam	n	116	17	7	1	2	143	
	%	81,1	11,9	4,9	0,7	1,4	100,0	

*Pearson Ki-kare testi, p=0,023

Tablo 10 ve 11’de katılımcıların yaşı ile en son kan basıncı ölçümü yaptırma arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Hem Tıp hem Ziraat Fakültesi’nde artan yaşla beraber kan basıncının daha sık ölçüldüğü söylenebilir (sırasıyla p=0,023, p=0,025). Son altı ayda en çok kan basıncı ölçümü yaptıran yaş grubu 51-60 yaş grubudur. Bununla beraber katılımcıların yaşı ile beden kitle endeksi hesaplama ve kan lipid profili baktırma arasında ise anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (p>0,05).

Tablo 11. Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Yaşlarına ve Kan Basıncını Ölçtürdüğü Zamana Göre Dağılımı

Yaşınız		Kan basıncınızı en son ne zaman ölçtürdünüz?			Toplam
		Son altı ayda	Son 1-2 yıl içinde	Hatırlamıyorum	
36-40	n	2	2	1	5
	%	40,0	40,0	20,0	100,0
41-45	n	3	4	1	8
	%	37,5	50,0	12,5	100,0
46-50	n	11	2	0	13
	%	84,6	15,4	0,0	100,0
51-60	n	21	3	0	24
	%	87,5	12,5	0,0	100,0
61+	n	10	0	0	10
	%	100,0	0,0	0,0	100,0
Cevap yok	n	1	1	0	2
	%	50,0	50,0	0,0	100,0
Toplam	n	48	12	2	62
	%	77,4	19,4	3,2	100,0

*Pearson Ki-kare testi, $p=0,025$

Tablo 12 ve 13’de de görüldüğü üzere hem Tıp hem Ziraat Fakültesi’nde kadın öğretim üyeleri, erkek öğretim üyelerine kıyasla daha fazla oranda BKİ hesaplamışlardır. (sırasıyla $p=0,006$, $p=0,005$). Bununla beraber katılımcıların cinsiyeti ile kan basıncı ve kan lipid profili ölçtürme davranışları arasında ise anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

Tablo 12. Tıp Fakültesi Katılımcılarının Cinsiyetlerine ve Beden Kitle Endeksi Hesaplama Durumlarına Göre Dağılımı

Cinsiyetiniz		Son bir yılda beden kitle indeksinizi hesapladınız mı?		Toplam	p*=0,006
		Evet	Hayır		
Erkek	n	56	21	77	
	%	72,7	27,3	100,0	
Kadın	n	60	6	66	
	%	90,9	9,1	100,0	
Toplam	n	116	27	143	
	%	81,1	18,9	100,0	

*Pearson Ki-kare testi

Tablo 13. Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Cinsiyetlerine ve Beden Kitle Endeksi Hesaplama Durumlarına Göre Dağılımı

Cinsiyetiniz		Son bir yılda beden kitle indeksinizi hesapladınız mı?		Toplam	p*=0,005
		Evet	Hayır		
Erkek	n	20	19	39	
	%	51,3	48,7	100,0	
Kadın	n	20	3	23	
	%	87,0	13,0	100,0	
Toplam	n	40	22	62	
	%	64,5	35,5	100,0	

*Pearson Ki-kare testi

Tablo 14. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Aşı Yaptırma Durumlarına Göre Dağılımı

Aşılar		Tıp Fakültesi		Ziraat Fakültesi		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Son bir yılda grip aşısı (n=205)	Evet	40	27,9	19	30,7	59	28,7
	Hayır	103	72,1	43	69,3	146	71,3
Son 10 yılda tetanoz aşısı (n=205)	Evet	62	43,4	17	27,4	79	38,5
	Hayır	57	39,9	40	64,5	97	47,3
	Hatırlamıyorum	16	11,2	3	4,8	19	9,3
	10 yıldan önce	8	5,6	2	3,2	10	4,9
Hep B aşısı veya bağışıklık durumu (n=205)	Evet	97	67,8	20	32,3	117	57,1
	Hayır	40	27,9	40	64,5	80	39,0
	Hatırlamıyorum	6	4,2	2	3,2	8	3,9
Pnömoni aşısı (n=205)	Evet	4	2,8	1	1,6	5	2,5
	Hayır	135	94,4	59	95,2	194	94,6
	Hatırlamıyorum	4	2,8	2	3,2	6	2,9

Tablo 14’de katılımcıların aşılama durumları gösterilmektedir. Katılımcıların toplamda % 71,3’ü (n=146) son bir yılda grip aşısı yaptırmamıştı. Tıp Fakültesi katılımcılarının % 43,3’ü (n=62) son on yılda tetanoz aşısı yaptıklarını belirtirken Ziraat Fakültesi katılımcılarının % 27,4’ü (n=17) son on yılda tetanoz aşısı yaptıklarını belirttiler. Tıp Fakültesi katılımcılarının % 27,9’u (n=40) Hepatit B’ye karşı aşılanmadığını veya bağışıklık durumu olmadığını belirtmişken Ziraat Fakültesi katılımcılarında bu oran % 64,5 (n=40) idi. Katılımcıların toplamda pnömoni aşısı yaptırma oranı % 2,5 (n=8) idi.

Tablo 15. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Beden kitle İndeksi Ölçtürmeye Başlama Yaşı ve Beden kitle İndeksi Ölçtürme Sıklığı İle İlgili Bilgi Durumları

BKİ* ölçtürmeye başlama yaşı ve ölçtürme sıklığı		Tıp Fakültesi		Ziraat Fakültesi		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Sizce sağlıklı da olsanız hangi yaştan itibaren kilonuzu ölçtürmeniz ve BKİ* hesaplamaya başlamanız gerekir? (n=205)	18-29 yaş	64	44,8	27	43,6	91	44,3
	30-34 yaş	16	11,2	8	12,9	24	11,7
	35-39 yaş	14	9,8	5	8,1	19	9,2
	40-44 yaş	14	9,8	12	19,3	26	12,7
	45-49 yaş	21	14,7	7	11,3	28	13,7
	50-54 yaş	0	0	3	4,8	3	1,5
	55-59 yaş	1	0,7	0	0	1	0,4
	60-64 yaş	5	3,5	0	0	5	2,4
	65 yaş üzeri	3	2,1	0	0	3	1,5
	Cevap yok	5	3,5	0	0	5	2,4
Sizce sağlıklı da olsanız ne sıklıkta kilonuzu ölçtürmeniz ve BKİ* hesaplamanız gerekir? (n=205)	Ayda bir	46	32,2	15	24,2	61	29,8
	Altı ayda bir	40	27,9	17	27,4	57	27,8
	Yılda bir	45	31,5	28	45,2	73	35,6
	Üç yılda bir	8	5,6	2	3,2	10	4,8
	Cevap yok	4	2,8	0	0	4	1,9

*Beden kitle endeksi

Tablo 15’de belirtildiği üzere katılımcıların toplam % 44,3’ü (n=91) kilo ve BKİ ölçümlerinin 18-29 yaş arasında başlaması gerektiği görüşündedir. Yine aynı tabloya göre katılımcıların % 35,6’sı (n=73) kilo ve BKİ ölçümlerinin yılda bir yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Kilo ve BKİ ölçme sıklığı ile ilgili olarak Tıp Fakültesi katılımcılarının % 32,2’si (n=46) ayda bir ölçülmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Ziraat Fakültesi’nde farklı olarak katılımcıların % 45,2’si (n=28) yılda bir ölçülmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Beden kitle indekslerini son bir yıl içinde hesaplayan Tıp Fakültesi katılımcıları, BKİ’nin daha sık (en fazla oran ayda bir) ve daha erken yaşta (18-29 yaş arası) ölçülmesi gerektiğini belirtmişlerdir (sırasıyla p=0,000, p=0,000) (Tablo 16 ve 17).

Ziraat Fakültesi katılımcılarında da son bir yılda BKİ hesaplayanlar (ölçüm sıklığı olarak en fazla oran yılda bir) daha erken yaşlarda kilo ve BKİ ölçülmeye başlanması görüşündelerdir (p=0,004).

Tablo 16. Tıp Fakültesi Katılımcılarının BKİ Hesaplama Durumu ve Sıklığı Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı

Son bir yılda BKİ'nizi hesapladınız mı?		Sizce sağlıklı da olsanız ne sıklıkta kilonuzu ölçtürmeniz ve BKİ hesaplamanız gerekir?					Toplam	p*=0,000
		Ayda bir	Altı ayda bir	Yılda bir	Üç yılda bir	Boş bırakanlar		
Evet	n	43	34	37	1	1	116	
	%	37,1	29,3	31,9	0,9	0,9	100,0	
Hayır	n	3	6	8	7	3	27	
	%	11,1	22,2	29,6	25,9	11,1	100,0	
Toplam	n	46	40	45	8	4	143	
	%	32,2	28,0	31,5	5,6	2,8	100,0	

*Pearson Ki-kare testi

Tablo 17. Tıp Fakültesi Katılımcılarının Beden Kitle İndeksi Hesaplama Durumu ve Hesaplamaya Başlama Yaşı Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı

Son bir yılda BKİ'nizi hesapladınız mı?		Sizce sağlıklı da olsanız hangi yaştan itibaren kilonuzu ölçtürmeniz ve BKİ hesaplamaya başlamanız gerekir?									Toplam	p*
		18-29	30-34	35-39	40-44	45-49	55-59	60-64	65+	Boş bırakanlar		
Evet	n	58	14	9	13	18	0	2	0	2	116	
	%	50,0	12,1	7,8	11,2	15,5	0,0	1,7	0,0	1,7	100,0	
Hayır	n	6	2	5	1	3	1	3	3	3	27	
	%	22,2	7,4	18,5	3,7	11,1	3,7	11,1	11,1	11,1	100,0	
Toplam	n	64	16	14	14	21	1	5	3	5	143	
	%	44,8	11,2	9,8	9,8	14,7	0,7	3,5	2,1	3,5	100,0	

*Pearson Ki-kare testi, p=0,0001

Tablo 18’de belirtildiği üzere toplam katılımcıların % 40,5’i (n=83) 18-29 yaş arasında kan basıncı ölçümlerine başlanması gerektiğini belirtmişlerdir. Yine toplamda katılımcıların % 37,1’i (n=76) ayda bir kan basıncı ölçülmesi gerektiğini belirtmiştir. Kan basıncının yılda bir ölçülmesi gerekir şeklinde belirten toplam katılımcı oranı %25,4’tür (n=52).

Tablo 18. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Kan Basıncı Ölçtürmeye Başlama Yaşı ve Kan Basıncı Ölçtürme Sıklığı İle İlgili Bilgi Durumları

Kan basıncı ölçtürmeye başlama yaşı ve ölçtürme sıklığı		Tıp Fakültesi		Ziraat Fakültesi		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Sizce sağlıklı da olsanız hangi yaştan itibaren kan basıncınızı ölçtürmeye başlamanız gerekir? (n=205)	18-29 yaş	60	41,9	23	37,1	83	40,5
	30-34 yaş	22	15,4	13	20,9	35	17,1
	35-39 yaş	17	11,9	9	14,5	26	12,7
	40-44 yaş	15	10,5	10	16,1	25	12,2
	45-49 yaş	18	12,6	3	4,8	21	10,2
	50-54 yaş	3	2,1	4	6,5	7	3,4
	55-59 yaş	0	0	0	0	0	0
	60-64 yaş	3	2,1	0	0	3	1,4
	65 yaş üzeri	2	1,4	0	0	2	0,9
	Cevap yok	3	2,1	0	0	3	1,4
Sizce sağlıklı da olsanız kan basıncınızı ne sıklıkta ölçtürmeniz gerekir? (n=205)	Ayda bir	53	37,1	23	37,1	76	37,1
	Altı ayda bir	48	33,6	21	33,8	69	33,7
	Yılda bir	35	24,5	17	27,4	52	25,4
	İki yılda bir	5	3,5	1	1,6	6	2,9
	Cevap yok	2	1,4	0	0	2	0,9

Tablo 19. Tıp Fakültesi Katılımcılarının Kan Basıncı Ölçtürme Durumlarına ve Kan Basıncı Ölçtürme Sıklığı Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı

Kan basıncınızı en son ne zaman ölçtürdünüz?		Sizce sağlıklı da olsanız ne sıklıkta tansiyonunuzu ölçtürmeniz gerekir?					Toplam
		Ayda bir	Altı ayda bir	Yılda bir	İki yılda bir	Boş bırakanlar	
Son 6 ay içinde	n	49	34	29	4	0	116
	%	42,2	29,3	25,0	3,4	0,0	100,0
Son 1-2 yıl içinde	n	4	9	3	1	0	17
	%	23,5	52,9	17,6	5,9	0,0	100,0
İki yıldan daha önce	n	0	4	3	0	0	7
	%	0,0	57,1	42,9	0,0	0,0	100,0
Hiç ölçtürmedim	n	0	0	0	0	1	1
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0
Hatırlamıyorum	n	0	1	0	0	1	2
	%	0,0	50,0	0,0	0,0	50,0	100,0
Toplam	n	53	48	35	5	2	143
	%	37,1	33,6	24,5	3,5	1,4	100,0

p*

*Pearson Ki-kare testi, p=0,0001

Tablo 19 ve 20’de Tıp Fakültesi katılımcılarından kan basıncını yakın sürede ölçtürenler, kan basıncının daha sık ölçülmesi ve kan basıncı ölçtürmeye daha erken yaşta başlanması gerektiği görüşündedir (sırasıyla p=0,000, p=0,000). Ziraat Fakültesi’nde ise kan basıncına bakılma zamanı ile kan basıncı ölçtürme sıklığı ve kan basıncı ölçtürmeye başlama yaşı arasında anlamlı ilişki yoktur (p>0,05).

Tablo 20. Tıp Fakültesi Katılımcılarının Kan Basıncı Ölçtürme Durumlarına ve Kan Basıncı Ölçtürmeye Başlama Yaşı Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı

Kan basıncınızı en son ne zaman ölçtürdünüz?		Sizce sağlıklı da olsanız hangi yaştan itibaren tansiyonunuzu ölçtürmeye başlamanız gerekir?									Toplam
		18-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	60-64	65 yaş üzeri	Cevap yok	
Son altı ayda	n	51	17	13	13	15	2	3	1	1	116
	%	44,0	14,7	11,2	11,2	12,9	1,7	2,6	0,9	0,9	100,0
Son 1-2 yıl içinde	n	7	4	3	0	2	1	0	0	0	17
	%	41,2	23,5	17,6	0,0	11,8	5,9	0,0	0,0	0,0	100,0
İki yıldan daha önce	n	2	1	1	1	1	0	0	1	0	7
	%	28,6	14,3	14,3	14,3	14,3	0,0	0,0	14,3	0,0	100,0
Hatırlamıyorum	n	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2
	%	0,0	0,0	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	50,0	100,0
Toplam	n	60	22	17	15	18	3	3	2	3	143
	%	42,0	15,4	11,9	10,5	12,6	2,1	2,1	1,4	2,1	100,0

p*

*Pearson Ki-kare testi, p=0,0001

Tablo 21’de belirtildiği üzere katılımcıların toplam % 51,2’si (n=105) kan lipid profilinin yılda bir ölçülmesi gerektiğini belirtmiştir. Kan lipid profilinin beş yılda bir bakılması gerektiğini belirten katılımcı oranı ise, sırasıyla, Tıp Fakültesi için % 15,4 (n=22); Ziraat Fakültesi için % 6,5’tir (n=4). Tıp Fakültesi katılımcılarının % 21’i (n=30) 35-39 yaş arasında, yine % 21’i (n=30) 45-49 yaş arasında kan lipidleri ölçümlerine başlanması gerektiğini belirtmişken Ziraat Fakültesi katılımcılarının % 25,8’i (n=16) 40-44 yaş arası kan lipidleri ölçümlerinin başlaması gerektiğini belirtmiştir.

Tablo 21. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Kan Lipidlerini Ölçtürmeye Başlama Yaşı ve Kan Lipidlerini Ölçtürme Sıklığı İle İlgili Bilgi Durumları

Kan lipidleri ölçtürmeye başlama yaşı ve ölçtürme sıklığı		Tıp Fakültesi		Ziraat Fakültesi		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Size sağlıklı da olsanız hangi yaştan itibaren kan yağ değerlerinizi ölçtürmeye başlamanız gerekir? (n=205)	18-29 yaş	27	18,9	14	22,6	41	20
	30-34 yaş	23	16,1	10	16,1	33	16,1
	35-39 yaş	30	20,9	12	19,4	42	20,5
	40-44 yaş	21	14,7	16	25,8	37	18,0
	45-49 yaş	30	20,9	6	9,7	36	17,6
	50-54 yaş	4	2,8	4	6,5	8	3,9
	60-64 yaş	3	2,1	0	0	3	1,4
	65 yaş üzeri	2	1,4	0	0	2	0,9
	Cevap yok	3	2,1	0	0	3	1,4
Size sağlıklı da olsanız ne sıklıkta kan yağ değerlerinizi ölçtürmeniz gerekir? (n=205)	Ayda bir	1	0,7	2	3,2	3	1,4
	Altı ayda bir	51	35,7	18	29,0	69	33,7
	Yılda bir	67	46,8	38	61,3	105	51,2
	Beş yılda bir	22	15,4	4	6,5	26	12,7
	Cevap yok	2	1,4	0	0	2	0,9

Tablo 22. Tıp Fakültesi Katılımcılarının Kan Lipidleri Ölçtürme Durumlarına ve Kan Lipidleri Ölçtürme Sıklığı Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı

Son beş yılda kan yağlarınıza baktırdınız mı?		Sizce sağlıklı da olsanız ne sıklıkta kan yağ değerlerinizi ölçtürmeniz gerekir?					Toplam	p*:0,02
		Ayda bir	Altı ayda bir	Yılda bir	İki yılda bir	Boş bırakanlar		
Evet	n	1	44	58	18	0	121	
	%	0,8	36,4	47,9	14,9	0,0	100,0	
Hayır	n	0	7	9	4	2	22	
	%	0,0	31,8	40,9	18,2	9,1	100,0	
Toplam	n	1	51	67	22	2	143	
	%	0,7	35,7	46,9	15,4	1,4	100,0	

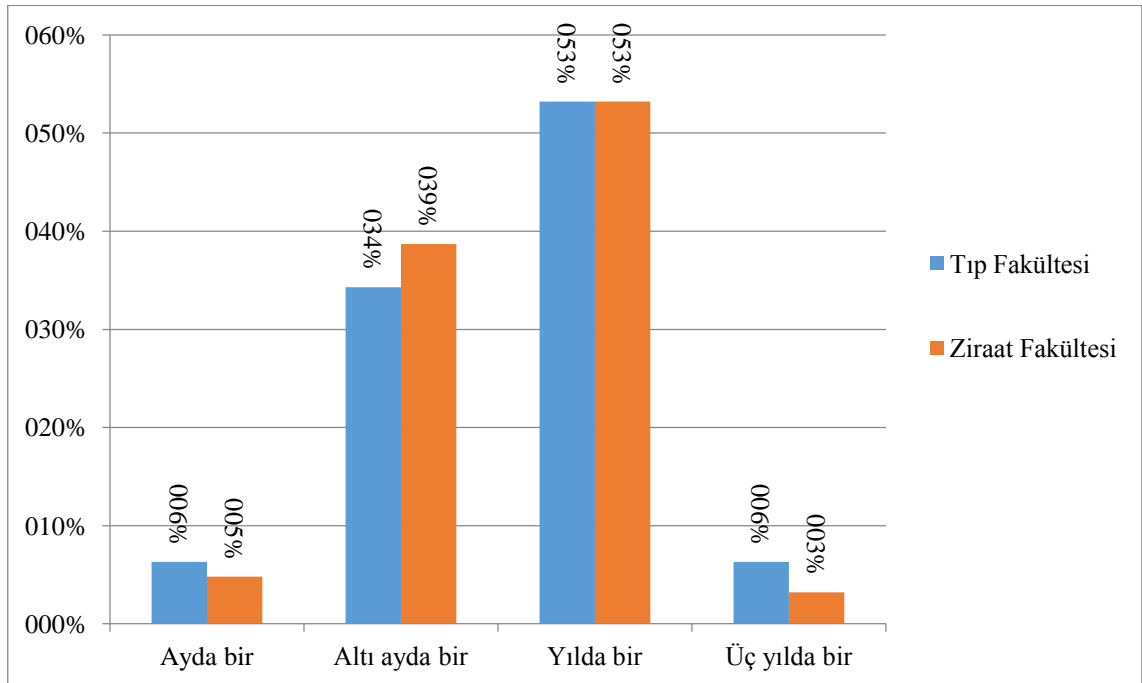
*Pearson Ki-kare testi

Tablo 22 ve 23’de tıp Fakültesi katılımcılarından kan lipidine baktıranlar, kan lipidine daha sık bakılması ve kan lipidinin ölçülme yaşının daha erken olması gerektiği görüşündedirler (sırasıyla $p=0,020$, $p=0,0001$). Ziraat Fakültesi’nde ise kan lipidine bakılma durumu ile kan lipidini ölçtürme sıklığı ve kan lipidini ölçtürmeye başlama yaşı arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$)

Tablo 23. Tıp Fakültesi Katılımcılarının Kan Lipidleri Ölçtürme Durumlarına ve Kan Lipidleri Ölçtürmeye Başlama Yaşı Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı

Son beş yıl içinde lipid profili?	Sizce sağlıklı da olsanız hangi yaştan itibaren kan yağ değerlerinizi ölçtürmeye başlamanız gerekir?										Toplam	
	18-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	60-64	65 üzeri	Cevap yok			
Evet	n	27	20	26	16	26	4	1	0	1	121	p*
	%	22,3	16,5	21,5	13,2	21,5	3,3	0,8	0,0	0,8	100,0	
Hayır	n	0	3	4	5	4	0	2	2	2	22	
	%	0,0	13,6	18,2	22,7	18,2	0,0	9,1	9,1	9,1	100,0	
Toplam	n	27	23	30	21	30	4	3	2	3	143	
	%	18,9	16,1	21,0	14,7	21,0	2,8	2,1	1,4	2,1	100,0	

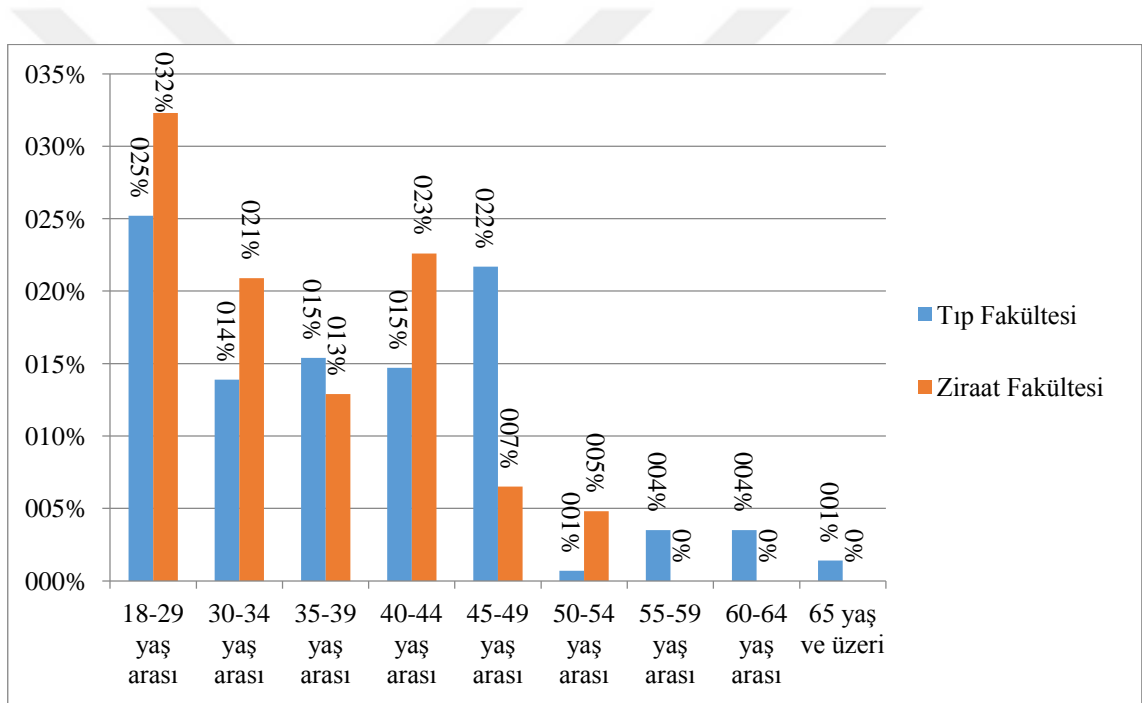
*Pearson Ki-kare testi, p=0,0001



Şekil 5. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Kan Şekeri Ölçtürme Sıklığı İle İlgili Bilgi Durumları

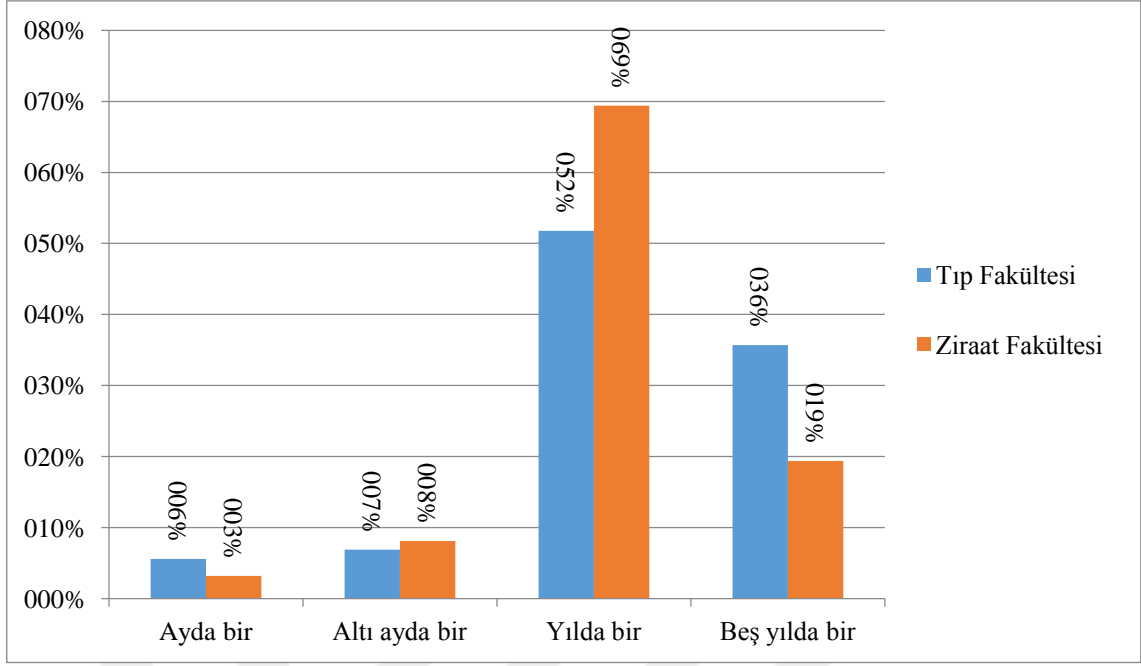
Ziraat Fakültesi ve Tıp Fakültesi katılımcılarına erişkin sağlıklı bir bireyin ne kadar sıklıkla kan şekerini ölçtürmesi gerektiğini sorduğumuzda toplamda en fazla oranda verilen yanıt % 53,2 (n=109) oranında yılda bir şeklindedir (Şekil 5).

Ziraat Fakültesi ve Tıp Fakültesi katılımcılarına erişkin sağlıklı bir bireyin kaç yaşından itibaren kan şekerini ölçtürmeye başlaması gerektiğini sorduğumuzda, sırasıyla, en fazla oranda verilen yanıt % 32,3 (n=20) ve % 25,2 (n=36) oranında '18-29 yaş arası' şeklinde olmuştur. Tıp Fakültesi katılımcıları % 21,7 (n=31) oranında; Ziraat Fakültesi katılımcıları ise % 6,5 (n=4) oranında '45-49 yaş arasında kan şekeri ölçülmeye başlanmalı' şeklinde cevap vermiştir (Şekil 6).

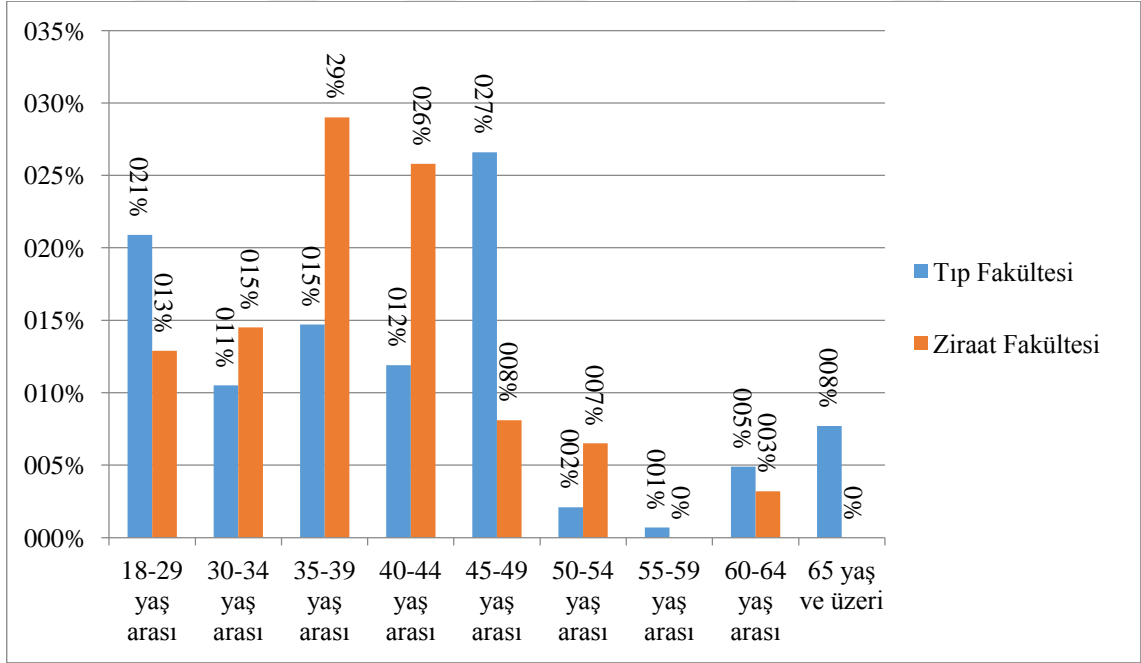


Şekil 6. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Kan Şekerini Ölçtürmeye Başlama Yaşı İle İlgili Bilgi Durumları

Ziraat Fakültesi ve Tıp Fakültesi katılımcılarına erişkin sağlıklı bir bireyin ne sıklıkla tiroid fonksiyon testi yaptırması gerektiğini sorduğumuzda, sırasıyla, en fazla oranda verilen yanıt % 69,4 (n=43) ve % 51,8 (n=74) oranında yılda bir şeklindedir. Ziraat Fakültesi katılımcıları % 19,4 (n=12) oranında; Tıp Fakültesi katılımcıları ise % 35,6 (n=51) oranında beş yılda bir yapılması gerektiğini belirtmiştir (Şekil 7).



Şekil 7. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Tiroid Fonksiyon Testi Yaptırma Sıklığı İle İlgili Bilgi Durumları



Şekil 8. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Tiroid Fonksiyon Testi Yaptırmaya Başlama Yaşı İle İlgili Bilgi Durumları

Ziraat Fakültesi ve Tıp Fakültesi katılımcılarına erişkin sağlıklı bir bireyin kaç yaşından itibaren tiroid fonksiyon testi yaptırmaya başlaması gerektiğini sorduğumuzda, sırasıyla, en fazla oranda verilen yanıt % 29 (n=18) oranında 35-39 yaş arasında; % 26,6 (n=38) oranında 45-49 yaş arasında şeklindedir. Tıp Fakültesi katılımcılarının % 14,7'si (n=21) ise 35-39 yaşları arasında başlanması gerektiğini belirtmiştir (Şekil 8).

Tablo 24. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Mamografi Çektirmeye Başlama Yaşı ve Mamografi Çektirme Sıklığı İle İlgili Bilgi Durumları

Mamografi çektirmeye başlama yaşı ve çektirme sıklığı		Tıp Fakültesi		Ziraat Fakültesi		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Sizce herhangi bir kadın sağlıklı da olsa hangi yaştan itibaren meme filmi (mamografi) çektirmeye başlaması gerekir? (n=205)	18-29 yaş	22	15,4	7	11,3	29	14,1
	30-34 yaş	24	16,8	12	19,4	36	17,6
	35-39 yaş	25	17,5	11	17,7	36	17,6
	40-44 yaş	38	26,6	25	40	63	30,7
	45-49 yaş	22	15,4	6	9,7	28	13,7
	50-54 yaş	2	1,4	0	0	2	0,9
	55-59 yaş	0	0	0	0	0	0
	60-64 yaş	3	2,1	0	0	3	1,4
	65 yaş üzeri	1	0,7	0	0	1	0,4
	Cevap yok	6	4,2	1	1,6	6	2,9
Sizce herhangi bir kadın sağlıklı da olsa ne sıklıkta meme filmi (mamografi) çektirmesi gerekir? (n=205)	Ayda bir	3	2,1	2	3,2	5	2,4
	Altı ayda bir	9	6,3	5	8,1	14	6,8
	Yılda bir	44	30,8	22	35,5	66	32,2
	İki yılda bir	65	45,5	25	40	90	43,9
	Beş yılda bir	15	10,5	7	11,3	22	10,7
	Cevap yok	7	4,9	1	1,6	8	3,9

Tablo 24'de belirtildiği üzere Tıp Fakültesi katılımcıları ve Ziraat Fakültesi katılımcıları, sırasıyla, % 45,5 (n=65) ve % 40 (n=25) oranında mamografinin iki yılda bir yapılması gerektiğini belirtmiştir. Aynı şekilde katılımcılar sırayla % 26,6 (n=38) ve

% 40 (n=25); toplamda % 30,7 (n=63) oranında 40-44 yaş arasında mamografi çekirtmeye başlanması gerektiğini belirtmiştir.

Tablo 25. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Pap-smear Yaptırmaya Başlama Yaşı ve Pap-smear Yaptırma Sıklığı İle İlgili Bilgi Durumları

Pap-smear yaptırmaya başlama yaşı ve yaptırma sıklığı		Tıp Fakültesi		Ziraat Fakültesi		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Sizce herhangi bir kadına sağlıklı da olsa hangi yaştan itibaren Pap-smear yaptırması gerekir? (n=205)	18-29 yaş	45	31,5	13	20,9	58	28,3
	30-34 yaş	27	18,9	15	24,2	42	20,5
	35-39 yaş	18	12,6	8	12,9	26	12,7
	40-44 yaş	20	13,9	20	32,3	40	19,5
	45-49 yaş	22	15,4	3	4,8	25	12,2
	50-54 yaş	1	0,7	0	0	1	0,4
	55-59 yaş	0	0	0	0	0	0
	60-64 yaş	2	1,4	0	0	2	0,9
	65 yaş üzeri	1	0,7	0	0	1	0,4
	Cevap yok	7	4,9	3	4,8	10	4,9
Sizce herhangi bir kadına sağlıklı da olsa ne sıklıkta Pap-smear yaptırmalıdır? (n=205)	Ayda bir	3	2,1	2	3,2	5	2,4
	Altı ayda bir	16	11,2	4	6,5	20	9,8
	Yılda bir	66	46,2	28	45,2	94	45,9
	Üç yılda bir	36	25,2	12	19,3	48	23,4
	Beş yılda bir	14	9,8	13	20,9	27	13,2
	Cevap yok	8	5,6	3	4,8	11	5,3

Tablo 25’de belirtildiği üzere katılımcılar toplamda % 45,9 (n=94) oranında Pap-smear testinin yılda bir yapılması gerektiğini belirtmiştir. Üç yılda ve beş yılda bir Pap-smear testi yapılması gerektiğini belirten toplam katılımcı oranı, sırasıyla, % 23,4 (n=48) % 13,2’dir (n=27). Tıp Fakültesi katılımcıları % 31,5 (n=45) oranında 18-29 yaş arasında, % 18,9 (n=27) oranında ise 30-34 yaş arasında Pap-smear testi yapılmaya başlanması gerektiğini belirtmiştir. Ziraat Fakültesi katılımcıları ise % 32,3 (n=20)

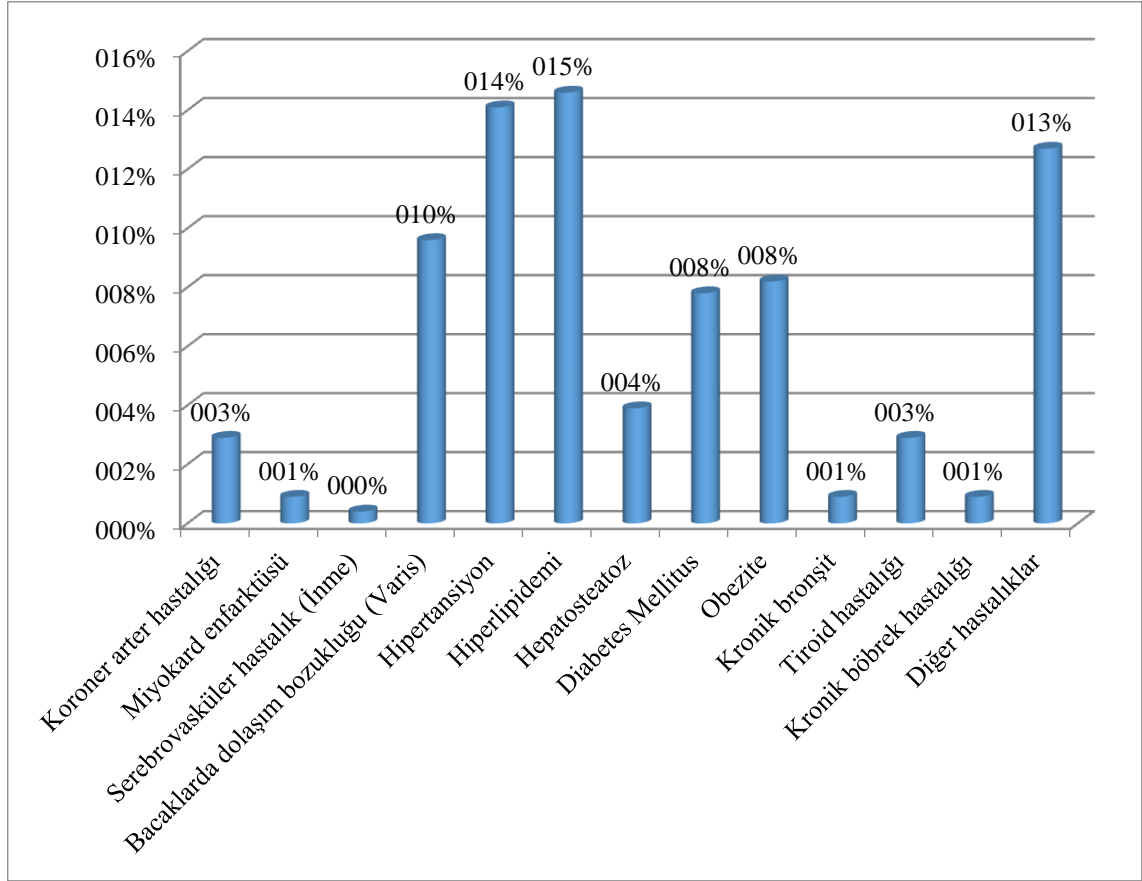
oranında 40-44 yaş arasında, % 24,2 (n=15) oranında 30-34 yaş arasında, % 20,9 (n=13) oranında 18-29 yaşları arasında Pap-smear testi yaptırmaya başlanması gerektiğini belirtmiştir. Toplamda ise katılımcıların % 28,3'ü (n=58) 18-29 yaş arasında, % 20,5'i (n=42) 30-34 yaş arasında Pap-smear testi yaptırmaya başlanması gerektiğini belirtmiştir.

Tablo 26. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Gaitada Gizli Kan Testi Yaptırmaya Başlama Yaşı ve Gaitada Gizli Kan Testi Yaptırma Sıklığı İle İlgili Bilgi Durumları

Gaitada gizli kan testi yaptırmaya başlama yaşı ve yaptırma sıklığı		Tıp Fakültesi		Ziraat Fakültesi		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Sizce sağlıklı da olsanız hangi yaştan itibaren dışkıda gizli kan testi yaptırmaya başlamak gerekir? (n=205)	18-29 yaş	14	9,8	1	1,6	15	7,3
	30-34 yaş	11	7,7	6	9,7	17	8,3
	35-39 yaş	9	6,3	11	17,7	20	9,6
	40-44 yaş	20	13,9	15	24,2	35	17,1
	45-49 yaş	8	5,6	9	14,5	17	8,3
	50-54 yaş	63	44,1	18	29,0	81	39,5
	55-59 yaş	0	0	0	0	0	0
	60-64 yaş	11	7,7	2	0,3	13	6,3
	65 yaş üzeri	2	1,4	0	0	2	0,9
Cevap yok	0	0	0	0	0	0	
Sizce sağlıklı da olsanız ne sıklıkta dışkıda gizli kan testi yapılmak gerekir? (n=205)	Ayda bir	4	2,8	0	0	4	1,9
	Altı ayda bir	13	9,1	5	8,1	18	8,8
	Yılda bir	101	70,6	49	79,0	150	73,2
	Beş yılda bir	19	13,3	8	12,9	27	13,2
	Cevap yok	6	4,2	0	0	6	2,9

Tablo 26'da belirtildiği üzere Tıp Fakültesi katılımcıları ve Ziraat Fakültesi katılımcıları, sırasıyla, % 70,6 (n=101) ve % 79 (n=49) oranında gaitada gizli kan testinin yılda bir yapılması gerektiğini belirtmiştir. Aynı şekilde katılımcılar, sırasıyla,

% 44,1 (n=63) ve % 29 (n=18); toplamda % 39,5 (n=81) oranında 50-54 yaş arasında gaitada gizli kan testi yaptırmaya başlanmasını gerektirdiğini belirtmiştir.



Şekil 9. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Kronik Hastalık Durumları

Toplam katılımcıların % 80,5'inde (n=165) en az bir kronik rahatsızlık/hastalık vardı. Şekil 9'da katılımcıların kronik rahatsızlık durumları gösterilmiştir. En sık görülen üç hastalık sırasıyla % 14,6 (n=30), % 14,1 (n=29), % 9,6 (n=20) oranlarıyla hiperlipidemi, hipertansiyon ve bacaklarda dolaşım bozukluğu (varis) olmuştur. Bunları % 8,2 (n=17) oranla obezite, % 7,8 (n=16) oranla diabetes mellitus izlemiştir. Hiperlipidemisi olanlardan dokuzu, hipertansiyonu olanlardan 17'si, varisi olanlardan sadece biri düzenli medikal tedavi almaktaydı.

Tablo 27. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Diğer Hastalıklarının Sistemlere Göre Dağılımı

Sistemlere göre diğer hastalıklar	Tıp Fakültesi		Ziraat Fakültesi		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Kardiyovasküler sistem hastalığı	3	14,3	0	0,0	3	11,5
Solunum sistemi hastalığı	5	23,8	0	0,0	5	19,2
Endokrin sistem hastalığı	1	4,8	0	0,0	1	3,8
Romotojik ve immünolojik hastalık	2	9,5	0	0,0	2	7,7
Gastrointestinal sistem hastalığı	2	9,5	0	0,0	2	7,7
Hemotolojik hastalık	1	4,8	0	0,0	1	3,8
Malignite durumu	2	9,5	0	0,0	2	7,7
Göz hastalıkları	1	4,8	0	0,0	1	3,8
Engellilik	1	4,8	0	0,0	1	3,8
KBB* hastalıkları	1	4,8	1	20	2	7,7
Ürolojik hastalık	1	4,8	1	20	2	7,7
Nörolojik hastalık	1	4,8	1	20	2	7,7
Kas ve iskelet sistemi hastalıkları	0	0,0	2	40	2	7,7
Toplam	21	80,8	5	19,2	26	100

*Kulak Burun Boğaz

Diğer hastalıklar ise Tablo 27’de sistemlere göre gösterilmiştir. Bu grupta sistemlere göre dağılımına bakarsak, en çok solunum sistemi hastalığı (% 2,4, n=5) ve kardiyovasküler sistem hastalığı (% 1,4, n=3) yer almıştır.

Sistemlere göre sınıflandırılan hastalıklar ise; solunum sistemi hastalıkları (kronik obstruktif akciğer hastalığı, astım), kardiyovasküler sistem hastalıkları (mitral kapak prolapsusu, ritm bozukluğu, geçirilmiş derin ven trombozu), kas ve iskelet sistemi hastalıkları (boyun fıtığı, fibromiyalji), endokrin sistem hastalıkları (bozulmuş açlık kan

glukozu), romatolojik ve immunolojik hastalıklar (akut romatizmal ateş, romatoid artrit), gastrointestinal sistem hastalıkları (ülseratif kolit, kabızlık, hemoroid, pilonidal sinüs), hemotolojik hastalıklar (orak hücreli anemi taşıyıcısı), malignite durumu (rektum kanseri, lenfoma), göz hastalıkları (glokom), engellilik (bedensel engelli), KBB hastalıkları (alerjik rinit, kronik sinüzit), ürolojik hastalıklar (benign prostat hiperplazisi), nörolojik hastalıklar (küme tipi baş ağrısı, migren) şeklindedir.

Tablo 28. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Kendi Sağlık Durumları Hakkındaki Görüşlerine Göre Dağılımı

Kendi sağlık durumları hakkındaki görüşleri		Tıp Fakültesi		Ziraat Fakültesi		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Sağlık durumunuz sizce nasıldır? (n=205)	Orta	24	16,8	13	20,9	37	18,0
	İyi	97	67,8	42	67,7	139	67,8
	Çok iyi	22	15,4	7	11,3	29	14,1
Kendi yaş ve cinsiyetinizdekilere göre sağlık durumunuz... (n=205)	Kötü	1	0,7	0	0	1	0,4
	Orta	23	16,1	13	20,9	36	17,6
	İyi	94	65,7	37	59,7	131	63,9
	Çok iyi	25	17,5	12	19,4	37	18,0
Beş yıl önceye göre şimdiki sağlığınız... (n=205)	Daha kötü	34	23,8	10	16,1	44	21,5
	Aynı	99	69,2	48	77,4	147	71,7
	Daha iyi	8	5,6	3	4,8	11	5,4
	Çok daha iyi	2	1,4	1	1,6	3	1,5
Şimdiye dek en iyi hissettiğiniz duruma göre sağlığınız... (n=204)	Çokdaha kötü	0	0	1	1,6	1	0,4
	Daha kötü	54	37,8	22	35,5	76	37,1
	Aynı	76	53,2	36	58,1	112	54,6
	Daha iyi	10	6,9	3	4,8	13	6,3
	Çok daha iyi	2	1,4	0	0	2	0,9
Sağlığınız son 12 ay içerisinde değişti mi? (n=204)	Hayır	120	83,9	54	87,1	174	84,9
	Evet, olumlu	6	4,2	3	4,8	9	4,4
	Evet, olumsuz	16	11,2	5	8,1	21	10,2

Katılımcıların toplamı, genel olarak sağlık durumlarını % 67,8 (n=139) oranında ‘iyi’, % 18,0 (n=37) oranında ‘orta’, % 14,1 (n=29) oranında ‘çok iyi’ şeklinde değerlendirmişlerdir. Katılımcıların toplamı, kendi yaş ve cinsiyeti ile karşılaştırıldığında şu anki sağlık durumunu % 63,9 (n=131) oranında ‘iyi’ şeklinde değerlendirmiştir. Tıp Fakültesi katılımcılarına beş yıl öncesiyle karşılaştırıldığında şu anki sağlık durumunu nasıl değerlendirdikleri sorulduğunda % 69,2 (n=99) oranında ‘aynı’, % 23,8 (n=34) oranında ‘daha kötü’, % 7 (n=10) oranında ‘daha iyi’ şeklinde cevap vermişlerdir. Ziraat Fakültesi katılımcıları ise % 77,4 (n=48) oranında ‘aynı’, % 16,1 (n=10) oranında ‘daha kötü’, % 4,8 (n=3) oranında ‘daha iyi’ şeklinde cevap vermişlerdir. Toplam katılımcılara kendilerini şimdiye dek en iyi hissettikleri sağlık durumunu göz önüne alarak şimdiki sağlık durumlarını genel olarak nasıl değerlendirdikleri sorulduğunda % 54,6 (n=112) oranında ‘aynı’, % 37,1 (n=76) oranında ‘daha kötü’ şeklinde cevap alınmıştır. Toplam katılımcılara son 12 ay içerisinde sağlıklarında önemli ölçüde değişiklik olup olmadığı sorulduğunda, % 84,9 (n=179) oranında ‘hayır’, % 10,2 (n=21) oranında ‘evet ama daha kötü anlamda’ şeklinde cevap alınmıştır (Tablo 28).

Tablo 29. Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Kendi Sağlık Durumları Hakkındaki Görüşlerine ve Tarama Testi Yaptırma İsteklerine Göre Dağılımı

Genel olarak, sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?		Bu günden itibaren herhangi bir tarama testi yaptırır mısınız?		Toplam	
		Evet	Hayır		
Orta	n	11	2	13	p*=0,044
	%	84,6	15,4	100,0	
İyi	n	19	23	42	
	%	45,2	54,8	100,0	
Çok iyi	n	4	3	7	
	%	57,1	42,9	100,0	
Toplam	n	34	28	62	
	%	54,8	45,2	100,0	

*Pearson Ki-kare testi

Genel olarak sağlık durumlarını ‘orta’ olarak değerlendiren Ziraat Fakültesi katılımcıları tarama testi yaptırmaya anlamlı oranda daha istekli idi ($p=0,044$) (Tablo 29). Yine düzenli egzersiz yapan katılımcıların genel sağlık durumları olumlu yönde etkilenmekteydi ($p=0,018$). Katılımcıların sağlık durumları ile ilgili öz-değerlendirmelerinin sigara içme, alkollü içki tüketme ve diyet yapma davranışlarından anlamlı olarak etkilenmediği saptandı ($p>0,05$).

Tablo 30. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Kolesterol Düzeyleri Hakkındaki Yorumlarına Göre Dağılımı

Kolesterol düzeyleri hakkındaki yorumlar		Tıp Fakültesi		Ziraat Fakültesi		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Kolesterol değerinizle ilgili tahmininiz nedir? (n=205)	Düşük	5	3,5	1	1,6	6	2,9
	Normal	111	77,6	48	77,4	159	77,6
	Yüksek	26	18,2	13	20,9	39	19,0
	Çok yüksek	1	0,7	0	0	1	0,4
Son bakılan kolesterol düzeyiniz sizce nasıldır? (n=205)	Düşük	4	2,8	1	1,6	5	2,4
	Normal	115	80,4	42	67,7	157	76,6
	Yüksek	20	13,9	10	16,1	30	14,6
	Çok yüksek	2	1,4	2	3,2	4	1,9
	Hiç ölçülmedi	2	1,4	7	11,3	9	4,4
Son bakılan kolesterol düzeyiniz kaçtır? (n=205)	200 mg/dl ve üzeri	27	18,8	7	11,3	34	16,6
	200 mg/dl altı	40	27,9	6	9,7	46	22,4
	Hatırlamıyorum	74	51,8	43	69,4	117	57,1
	Hiç ölçülmedi	2	1,4	6	9,7	8	3,9
Ölçülen kolesterol değerinizi nasıl yorumlarsınız? (n=205)	Olumsuz	10	6,9	3	4,8	13	6,3
	Bir miktar olumsuz	14	9,8	8	12,9	22	10,7
	Nötr*	19	13,3	14	22,6	33	16,1
	Bir miktar olumlu	12	8,4	8	12,9	20	9,6
	Olumlu	63	44,1	24	38,7	87	42,4
	Oldukça olumlu	18	12,6	2	3,2	20	9,6
	Yorum yok	7	4,9	3	4,8	10	4,9

*Ne olumlu ne olumsuz

Tıp Fakültesi ve Ziraat Fakültesi katılımcılarının kolesterol değeri için tahminleri % 77,6 (n=159) oranında 'normal' şeklindedir. Bununla paralel toplam katılımcılarının son bakılan kolesterol düzeyleri % 86,6 (n=157) oranında 'normal' şeklindedir. Ziraat Fakültesi katılımcılarının kolesterol değeri için tahminleri % 77,4 (n=48) oranında 'normal' iken son bakılan kolesterol düzeyleri % 67,7 (n=42) oranında 'normal' idi. Toplamda katılımcıların % 42,4'ü (n=87) ölçülen kolesterol değerlerinin 'olumlu' olduğunu, % 16,1'i (n=33) ise 'ne olumlu ne de olumsuz' olduğunu düşünmektedir. Tıp Fakültesi katılımcılarının % 27,9'unun (n=40) son bakılan kolesterol seviyesi 200 mg/dl altı iken Ziraat Fakültesi'nde bu oran % 9,7'dir (n=6). Tıp Fakültesi katılımcılarının % 18,8'inin (n=27) ise son bakılan kolesterol seviyesi 200 mg/dl üzerinde iken Ziraat Fakültesi'nde bu oran % 11,3'tür (n=7). Toplamda katılımcılar % 57,1 (n=117) oranında son bakılan kolesterol değerlerini sayısal olarak hatırlamadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 30).

Tablo 31. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Kan Basıncı Düzeyleri Hakkındaki Yorumlarına Göre Dağılımı

Kan basıncı düzeyleri hakkındaki yorumlar		Tıp Fakültesi		Ziraat Fakültesi		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Kan basıncı değerinize ilgili tahmininiz nedir? (n=205)	Düşük	13	9,1	9	14,5	22	10,7
	Normal	115	80,4	41	66,1	156	76,1
	Yüksek	15	10,5	12	19,4	27	13,2
Son bakılan kan basıncı düzeyiniz size nasıldır?(n=205)	Düşük	13	9,1	5	8,1	18	8,8
	Normal	123	86,0	49	79,0	172	83,9
	Yüksek	7	4,9	7	11,3	14	6,8
	Hiç ölçülmedi	0	0	1	1,6	1	0,4
Son bakılan diyastolik kan basıncı düzeyiniz kaçtır?(n=205)	90 mmHg üzeri	8	5,5	11	17,7	19	9,3
	60-89 mmHg arası	110	76,9	29	46,7	139	67,8
	60 mmHg altı	5	3,5	0	0	5	2,4
	Hatırlamıyorum	20	13,9	22	35,5	42	20,5
Son bakılan sistolik kan basıncı düzeyiniz kaçtır?(n=205)	140 mmHg üzeri	9	6,2	9	14,5	18	8,8
	90-139 mmHg	110	76,9	28	45,1	138	67,3
	90 mmHg altı	4	2,8	2	3,2	6	2,9
	Hatırlamıyorum	20	13,9	23	37,1	43	20,9
Ölçülen kan basıncı değerinizi nasıl yorumlarsınız? (n=205)	Olumsuz	4	2,8	3	4,8	7	3,4
	Bir miktar olumsuz	13	9,1	9	14,5	22	10,7
	Nötr*	17	11,9	9	14,5	26	12,7
	Bir miktar olumlu	13	9,1	10	16,1	23	11,2
	Olumlu	66	46,2	26	41,9	92	44,9
	Oldukça olumlu	23	16,1	3	4,8	26	12,7
	Yorum yok	7	4,9	2	3,2	9	4,4

*Ne olumlu ne olumsuz

Tıp Fakültesi katılımcılarının kan basıncı değeri için tahminleri % 80,4 (n=115) oranında ‘normal’, % 10,5 (n=15) oranında ‘yüksek’ iken Ziraat Fakültesi katılımcılarının kan basıncı değeri için tahminleri % 66,1 (n=41) oranında ‘normal’, % 19,4 (n=12) oranında ‘yüksek’ şeklindedir. Toplam katılımcıların kan basıncı değeri

için tahminleri % 76,1 (n=156) oranında 'normal' iken yine toplam katılımcıların son bakılan kan basıncı düzeyi % 83,9 (n=172) oranında 'normal' şeklindedir. Toplamda katılımcıların ölçülen kan basıncı değerleri hakkındaki yorumları % 44,9 (n=92) oranında 'olumlu' şeklindedir. Ziraat Fakültesi katılımcılarının % 45,1'inin (n=28) son bakılan sistolik kan basıncı seviyesi 90-139 mmHg arasında iken Tıp Fakültesi katılımcılarında bu oran % 76,9'dur. (n=110). Ziraat Fakültesi katılımcılarının % 14,5'inin (n=9) son bakılan sistolik kan basıncı seviyesi 140 mmHg ve üzerinde iken Tıp Fakültesi katılımcılarının % 6,2'sinin (n=9) ise son bakılan sistolik kan basıncı seviyesi 140 mmHg ve üzerinde olduğu bildirilmiştir. Tıp Fakültesi katılımcılarının son bakılan diastolik kan basıncı seviyesi % 76,9 (n=110) oranında 60-89 mmHg arasında olup Ziraat Fakültesi katılımcılarında bu oran % 46,7'dir (n=29). Tıp Fakültesi katılımcılarının son bakılan diastolik kan basıncı seviyesi % 5,5 (n=8) oranında 90 mmHg ve üzerindeyken Ziraat Fakültesi katılımcılarında bu oran % 17,7 (n=11) olmuştur (Tablo 31).

Tablo 32. Tıp Fakültesi Katılımcılarının Son Ölçülen Kolesterol Düzeyi ve Ölçülen Kolesterol Değeri Hakkındaki Yorumlarına Göre Dağılımı

Son bakılan kolesterol düzeyiniz nedir?		Ölçülen kolesterol değerinizi nasıl yorumlarsınız?							Toplam
		Olumsuz	Bir miktar olumsuz	Ne olumlu ne olumsuz	Bir miktar olumlu	Olumlu	Oldukça olumlu	Yorum yok	
Düşük	n	0	0	1	0	2	0	1	4
	%	0,0	0,0	25,0	0,0	50,0	0,0	25,0	100,0
Normal	n	0	5	15	11	60	18	6	115
	%	0,0	4,3	13,0	9,6	52,2	15,7	5,2	100,0
Yüksek	n	9	9	2	0	0	0	0	20
	%	45,0	45,0	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Çok yüksek	n	1	0	0	1	0	0	0	2
	%	50,0	0,0	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Hiç ölçülmedi	n	0	0	1	0	1	0	0	2
	%	0,0	0,0	50,0	0,0	50,0	0,0	0,0	100,0
Toplam	n	10	14	19	12	63	18	7	143
	%	7,0	9,8	13,3	8,4	44,1	12,6	4,9	100,0

*Pearson Ki-kare testi, p=0,018

Son bakılan kolesterol ve kan basıncı düzeylerinin ‘normal’ olduğunu belirten Tıp Fakültesi katılımcıları, ölçülen kolesterol ve kan basıncı düzeylerini ‘olumlu’ olarak yorumlamaktadırlar (sırasıyla p=0,018, p=0,000) (Tablo 32 ve 33). Benzer şekilde son bakılan kan basıncı düzeylerinin ‘normal’ olduğunu belirten Ziraat Fakültesi katılımcıları kan basıncı düzeylerini ‘olumlu’ olarak yorumlamaktadırlar (p=0,0001) (Tablo 34).

Tablo 33. Tıp Fakültesi Katılımcılarının Son Ölçülen Kan Basıncı Seviyesi ve Ölçülen Kan Basıncı Değeri Hakkındaki Yorumlarına Göre Dağılımı

Son bakılan kan basıncı seviyeniz?		Ölçülen kan basıncı değerini nasıl yorumlarsınız?							Toplam	
		Olumsuz	Bir miktar olumsuz	Ne olumlu ne olumsuz	Bir miktar olumlu	Olumlu	Oldukça olumlu	Yorum yok		
Düşük	n	0	2	1	4	5	1	0	13	p*
	%	0,0	15,4	7,7	30,8	38,5	7,7	0,0	100,0	
Normal	n	1	8	15	9	61	22	7	123	
	%	0,8	6,5	12,2	7,3	49,6	17,9	5,7	100,0	
Yüksek	n	3	3	1	0	0	0	0	7	
	%	42,9	42,9	14,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	
Toplam	n	4	13	17	13	66	23	7	143	
	%	2,8	9,1	11,9	9,1	46,2	16,1	4,9	100,0	

*Pearson Ki-kare testi, p=0,0001

Tablo 34. Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Son Ölçülen Kan Basıncı Seviyesi ve Ölçülen Kan Basıncı Değeri Hakkındaki Yorumlarına Göre Dağılımı

Son bakılan kan basıncı seviyeniz nedir?		Ölçülen kan basıncı değerini nasıl yorumlarsınız?							Toplam	
		Olumsuz	Bir miktar olumsuz	Nötr**	Bir miktar olumlu	Olumlu	Oldukça olumlu	Yorum yok		
Düşük	n	0	3	0	1	0	1	0	5	p*
	%	0,0	60,0	0,0	20,0	0,0	20,0	0,0	100,0	
Normal	n	1	3	9	8	25	2	1	49	
	%	2,0	6,1	18,4	16,3	51,0	4,1	2,0	100,0	
Yüksek	n	2	3	0	1	1	0	0	7	
	%	28,6	42,9	0,0	14,3	14,3	0,0	0,0	100,0	
Hiç ölçülmedi	n	0	0	0	0	0	0	1	1	
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	
Toplam	n	3	9	9	10	26	3	2	62	
	%	4,8	14,5	14,5	16,1	41,9	4,8	3,2	100,0	

*Pearson Ki-kare testi, p=0,0001 **Ne olumlu ne olumsuz

Tablo 35. Tıp Fakültesi Katılımcılarının Kan Basıncını Son Olarak Ölçtüğü Süreye ve Ölçülen Kan Basıncı Değeri Hakkındaki Yorumlarına Göre Dağılımı

Kan basıncınızı en son ne zaman ölçtünüz?		Ölçülen kan basıncı değerini nasıl yorumlarsınız?							Toplam	
		Olumsuz	Bir miktar olumsuz	Ne olumlu ne olumsuz	Bir miktar olumlu	Olumlu	Oldukça olumlu	Yorum yok		
Son 6 ay içinde	n	3	13	11	13	53	20	3	116	p*
	%	2,6	11,2	9,5	11,2	45,7	17,2	2,6	100,0	
Son 1-2 yıl içinde	n	1	0	4	0	7	2	3	17	
	%	5,9	0,0	23,5	0,0	41,2	11,8	17,6	100,0	
İki yıldan daha önce	n	0	0	0	0	6	1	0	7	
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	85,7	14,3	0,0	100,0	
Hiç ölçtürmedi	n	0	0	0	0	0	0	1	1	
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	
Hatırlamı yorum	n	0	0	2	0	0	0	0	2	
	%	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	
Toplam	n	4	13	17	13	66	23	7	143	
	%	2,8	9,1	11,9	9,1	46,2	16,1	4,9	100,0	

*Pearson Ki-kare testi, p=0,0001

Son olarak tansiyon ölçtirme süreleri yakın olan Tıp Fakültesi katılımcıları tansiyon değerleri hakkında daha olumlu yorumlar yapmaktadırlar (p=0,0001) (Tablo 35). Aynı durum Ziraat Fakültesi katılımcıları için söz konusu değildir (p>0,05).

Tıp Fakültesi ve Ziraat Fakültesi katılımcılarının ölçülen kolesterol değerleri hakkındaki yorumları son beş yıl içerisinde kan yağlarına baktırma durumlarını etkilememektedir (p> 0,05).

Tablo 36. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Kolesterolle İlgili Bazı Önermelere Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı

Kolesterolle ilgili önermeler		Tıp Fakültesi		Ziraat Fakültesi		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
50 yaşındayken LDL değerleriniz yüksekse sonraki yıllarda herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaşmayacaksınız. (n=205)	Doğru	5	3,5	0	0	5	2,4
	Yanlış	130	90,9	46	74,2	176	85,9
	Bilmiyorum	8	5,6	16	25,8	24	11,7
30 yaşının altında kolesterol testi yapmaya gerek yoktur. (n=205)	Doğru	21	14,7	4	6,5	25	12,2
	Yanlış	113	79,0	47	75,8	160	78,0
	Bilmiyorum	9	6,3	11	17,7	20	9,6
Kilonuz normal dahi olsa kolesterol düzeyiyle ilgili problem olma olasılığı vardır. (n=205)	Doğru	127	88,8	45	72,6	172	83,9
	Yanlış	11	7,7	3	4,84	14	6,8
	Bilmiyorum	5	3,5	14	22,6	19	9,3

Katılımcılara yönelttiğimiz ‘50 yaşındayken kötü kolesterol değerleriniz yüksekse sonraki yıllarda herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaşmayacaksınız’ cümlesi için Tıp Fakültesi ve Ziraat Fakültesi katılımcıları sırasıyla % 90,9 (n=130) ve % 74,2 (n=46) oranında bu önermenin yanlış olduğunu belirtmiştir. Katılımcılara yönelttiğimiz ‘30 yaşının altında kolesterol testi yapmaya gerek yoktur’ cümlesi için toplamda % 78,0 (n=160) katılımcı bu önermenin yanlış olduğunu belirtmiştir. Katılımcılara yönelttiğimiz ‘kilonuz normal dahi olsa kolesterol düzeyiyle ilgili problem olma olasılığı vardır’ cümlesi için Tıp Fakültesi ve Ziraat Fakültesi katılımcıları, sırasıyla, % 88,8 (n=127) ve % 72,6 (n=45) oranında bu önermenin doğru olduğunu belirtmiştir. (Tablo 36).

Tablo 37. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Kan Basıncıyla İlgili Bazı Önermelere Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı

Kan basıncıyla ilgili önermeler		Tıp Fakültesi		Ziraat Fakültesi		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
50 yaşından itibaren kan basıncınız yüksek değilse sonraki yaşlarda da yükselmez. (n=205)	Doğru	7	4,9	1	1,6	8	3,9
	Yanlış	132	92,3	46	74,2	178	86,8
	Bilmiyorum	4	2,8	15	24,2	19	9,3
Kan basıncınız yüksek ise ilave olarak tuz almalısınız (n=205)	Doğru	1	0,7	1	1,6	2	0,9
	Yanlış	134	93,7	56	90,3	190	92,7
	Bilmiyorum	8	5,6	5	8,1	13	6,3
30 yaşının altındaysanız kan basıncı ölçtürmeye gerek yoktur. (n=205)	Doğru	12	8,4	3	4,8	15	7,3
	Yanlış	128	89,5	51	82,3	179	87,3
	Bilmiyorum	3	2,1	8	12,9	11	5,4
Kilonuz normale kan basıncı ile ilgili probleminiz olma olasılığı imkânsızdır.(n=205)	Doğru	2	1,4	1	1,61	3	1,5
	Yanlış	139	97,2	49	79,0	188	91,7
	Bilmiyorum	2	1,4	12	19,4	14	6,8

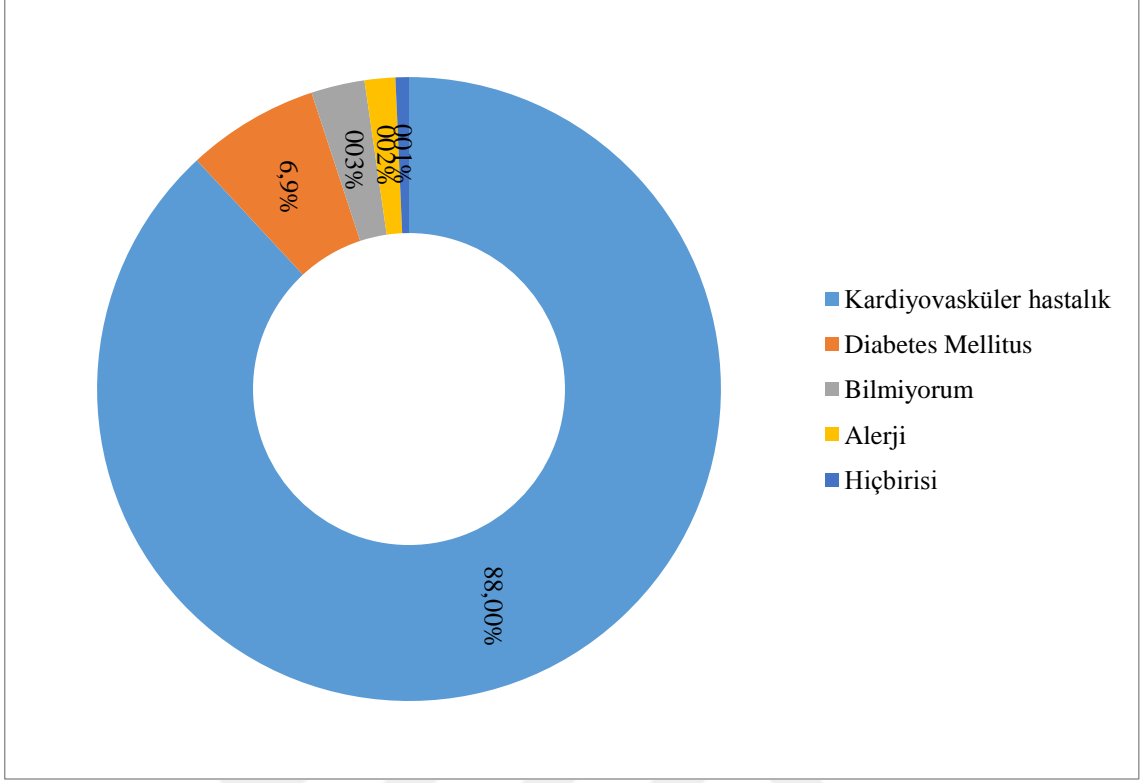
Katılımcılara yönelttiğimiz ‘50 yaşından itibaren kan basıncınız yüksek değilse sonraki yaşlarda da yükselmez’ cümlesi için Tıp Fakültesi ve Ziraat Fakültesi katılımcıları, sırasıyla, % 92,3 (n=132) ve % 74,2 (n=46) oranında bu önermenin yanlış olduğunu belirtmiştir. Katılımcılara yönelttiğimiz ‘kan basıncınız yüksek ise ilave olarak tuz almalısınız’ cümlesi için toplamda % 92,7 (n=190) katılımcı bu önermenin yanlış olduğunu belirtmiştir. Katılımcılara yönelttiğimiz ‘30 yaşının altındaysanız kan basıncı ölçtürmeye gerek yoktur’ cümlesi toplamda katılımcıların % 87,3’ü (n=179) tarafından ‘yanlış’ olarak değerlendirilmiştir. Katılımcılara yönelttiğimiz ‘eğer kilonuz normale kan basıncı ile ilgili probleminiz olma olasılığı imkânsızdır’ cümlesi için Tıp Fakültesi ve Ziraat Fakültesi katılımcıları, sırasıyla, % 97,2 (n=139) ve % 79,0 (n=49) oranında bu önermenin yanlış olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 37).

Tablo 38. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Hiperkolesterolemi Varlığında Karşılaşılan Bazı Durumlarla İlgili Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı

Durum		Tıp Fakültesi		Ziraat Fakültesi		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
		Yüksek kolesterol seviyesi şu şekilde bulgu verir... (n=205)	Kalp çarpıntısı	26	18,2	20	32,3
Yorgunluk	26		18,2	4	6,5	30	14,6
Baş ağrısı	13		9,1	4	6,5	17	8,3
Rahatsızlık vermez	29		20,3	4	6,5	33	16,1
Hiçbirisi	34		23,8	5	8,1	39	19,0
Bilmiyorum	15		10,5	25	40,3	40	19,5
Yüksek kolesterol seviyeniz aşağıdakilerden hangisinin riskini arttırır? (n=205)	Alerji	1	0,70	0	0	1	0,4
	kardiyovasküler hastalıklar	128	89,5	50	80,7	178	86,8
	Diabet	10	6,9	1	1,61	11	53,7
	Hiçbirisi	1	0,7	1	1,61	2	0,9
	Bilmiyorum	3	2,1	10	16,1	13	6,3

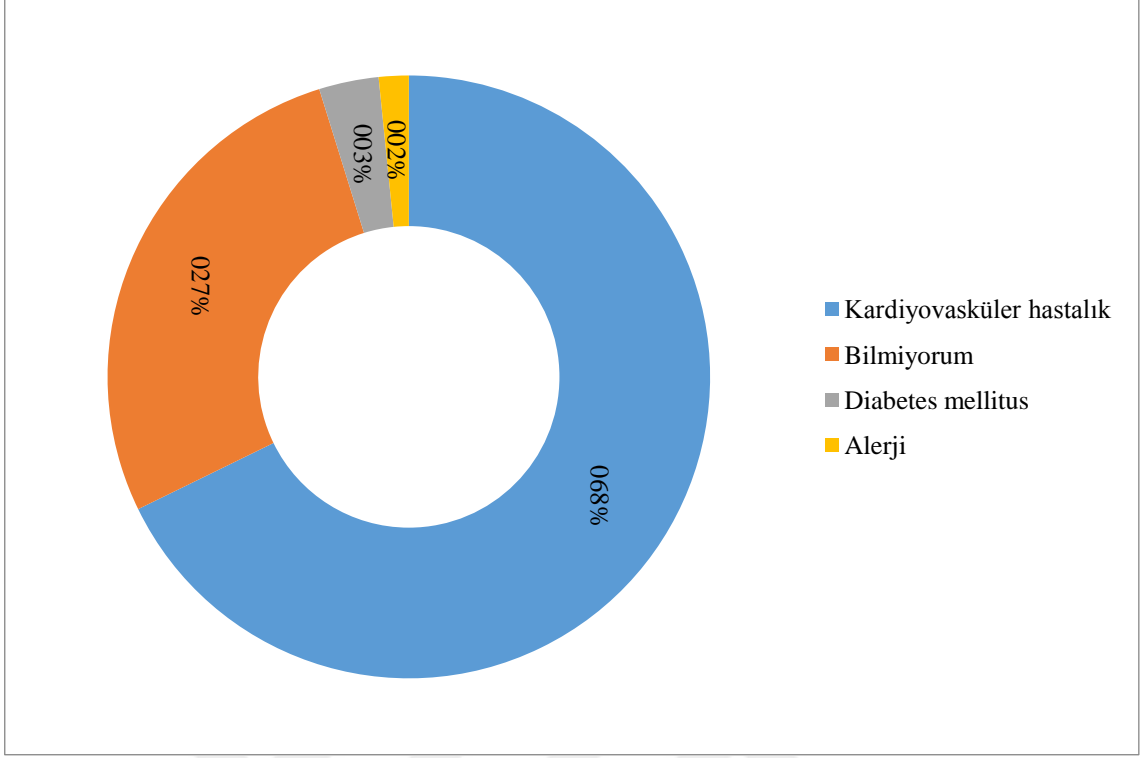
Tıp Fakültesi katılımcılarının % 20,3'üne (n=29) göre yüksek kolesterol seviyesi herhangi bir rahatsızlık vermemektedir. Katılımcıların % 18,2'sine (n=26) göre yüksek kolesterol seviyesi kalp çarpıntısı şeklinde, yine aynı oranda (% 18,2, n=26) olmak üzere yorgunluk şeklinde bulgu vermektedir. Ziraat Fakültesi katılımcılarının % 32,3'üne (n=20) göre ise yüksek kolesterol seviyesi kalp çarpıntısı şeklinde bulgu vermektedir. Ziraat Fakültesi katılımcılarının % 38,7'si (n=24) bilmiyorum şeklinde cevaplamıştır (Tablo 38).

Tıp Fakültesi katılımcılarının % 89,5'ine (n=128) göre yüksek kolesterol seviyesi kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörüdür. Tıp Fakültesi katılımcılarının % 7'sine (n=10) göre ise yüksek kolesterol diyabet için risk faktörüdür. Ziraat Fakültesi katılımcılarının % 80,7'sine (n=50) göre yüksek kolesterol seviyesi kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörüdür (Tablo 38).



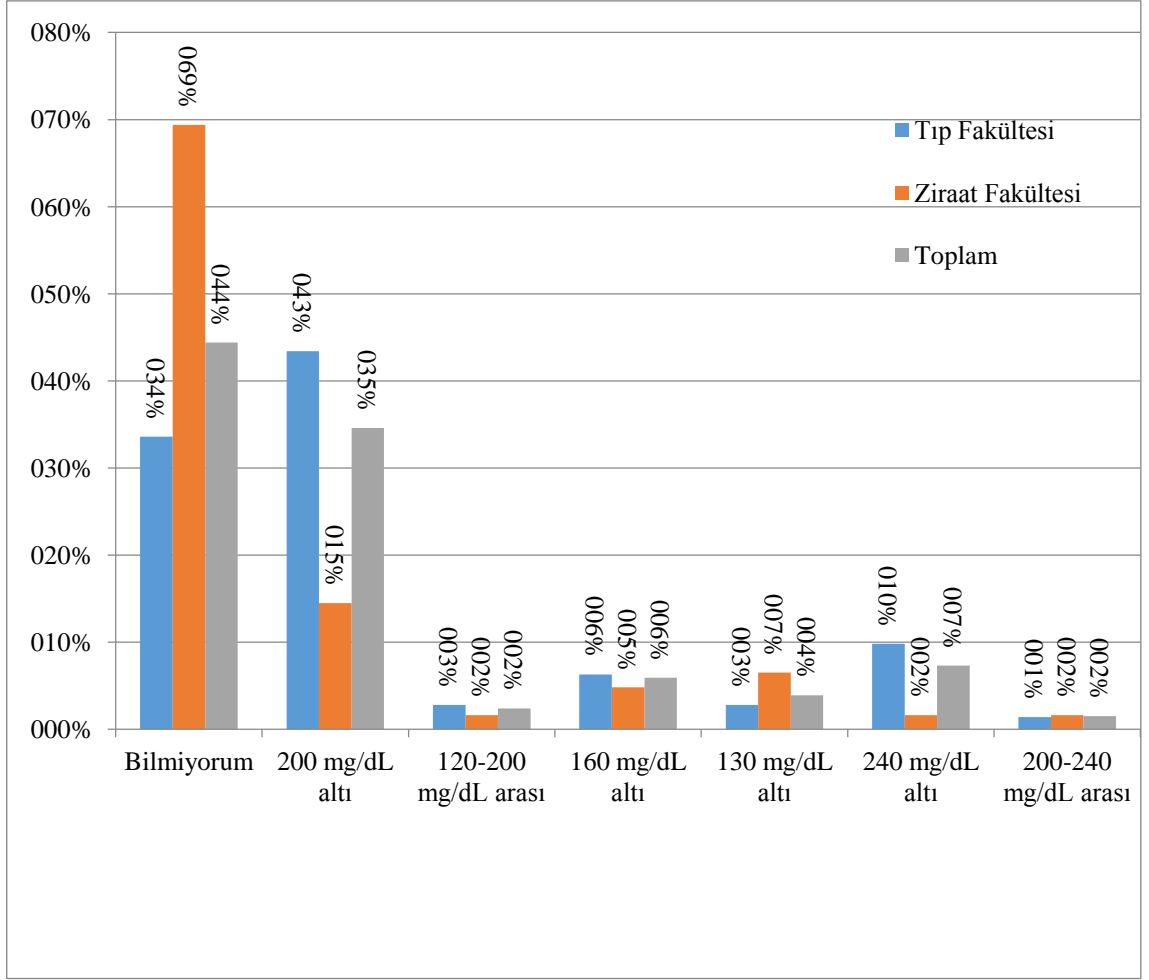
Şekil 10. Tıp Fakültesi Katılımcılarının Hipertansiyon Varlığında Karşılaşılan Bazı Durumlarla İlgili Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı

Tıp Fakültesi katılımcılarının % 88,8'ine (n=127) göre yüksek kan basıncı seviyesi kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörüdür. Tıp Fakültesi katılımcıların % 7'sine (n=10) göre ise yüksek kan basıncı diyabet için risk faktörüdür (Şekil 10). Ziraat Fakültesi katılımcılarının % 67,7'sine (n=42) göre ise yüksek kan basıncı seviyesi kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörüdür. Ziraat Fakültesi katılımcılarının % 27,4'ü (n=10) ise bu soruyu bilmiyorum şeklinde cevaplamıştır (Şekil 11).



Şekil 11. Ziraat Fakültesi Katılımcılarının Hipertansiyon Varlığında Karşılaşılan Bazı Durumlarla İlgili Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı

Tıp Fakültesi katılımcılarının % 43,4'ü (n=62) ideal kolesterolün 200 mg/dl altı olması gerektiğini belirtmiştir. Ziraat Fakültesi katılımcılarının ise % 14,5'i (n=9) ideal kolesterolün 200 mg/dl altı olması gerektiğini belirtmiştir. Tıp Fakültesi ve Ziraat Fakültesi katılımcıları sırasıyla % 33,6 (n=48) ve % 69,4 (n=43) oranında ideal kolesterol seviyesini bilmediklerini belirtmişlerdir (Şekil 12).



Şekil 12. Tıp ve Ziraat Fakültesi Katılımcılarının İdeal Kolesterol Seviyesiyle İlgili Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı

5. TARTIŞMA

Toplamda 205 katılımcıya ait verilerin analiz edildiği çalışmamızda katılımcıların yaş ortalaması $49,5 \pm 9,2$ 'dir ve % 65,4'ü 40-59 yaş arasındadır. Buna göre örnekleminin büyük kısmının orta yaşlı kişilerden oluştuğu söylenebilir. Ziraat Fakültesi katılımcılarının yaş ortalaması Tıp Fakültesi katılımcılarına göre daha yüksekti. Akademisyenlerle ilgili başka bir çalışmada, araştırmaya katılanların % 76,6'sının 40-64 yaş grubunda yer aldığı belirtilmiştir. (127)

Çalışmamızda katılımcıların çoğunluğu (% 77,5'i) sosyoekonomik düzeyini orta-yüksek ve yüksek olarak belirtmiştir. Sosyoekonomik düzeyin sadece sigara içme davranışı ile anlamlı ilişkili olduğunu saptadık ($p=0,023$). Sosyoekonomik düzeyin düşük olmasının sigara içme durumunu arttırdığı gösterilmiştir (128). Sosyoekonomik düzeyin, alkollü içki tüketme ve egzersiz yapma ile anlamlı ilişkisi olduğu gösterilememiştir ($p>0,05$).

Tütün kullanımını değiştirilebilir bir risk faktörü olması sebebiyle aile hekimliğinde koruyucu hekimlik açısından önemli bir yere sahiptir. Ayrıca hastaların sigara bırakma davranışlarında hekimlerin stratejik olarak önemli pozisyonda buldukları gösterilmiştir. (129) Bundan dolayı aile hekimleri öncelikle sigara kullanımını sorgulamalı; içenlere sigara bırakmayı tavsiye etmeli, tütün kullanan bütün hastalarına tütünü bırakması için danışmanlık yapmalı ve bıraktırmak için medikal tedavi uygulamalıdır. Tütün kullanımı dünyada en sık öldüren hastalıklardan kardiyovasküler hastalık, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve akciğer kanseri olmak üzere birçok hastalığın nedenlerindedir ve dünyada her 10 yetişkinden birinin ölümünden sorumlu olduğu düşünülmektedir. Tütün kullanımı çoğunlukla ölüme neden olan hastalıklar içerisinde saklanmış bir risk faktörüdür. (130) Dünyadaki yetişkin nüfusun yaklaşık üçte biri sigara kullanmaktadır. (131)

Türkiye'de her yıl 100 bin dolayında kişi tütün kullanımının yol açtığı hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. (131) Türkiye genelinde 15 ve daha yukarı yaştaki bireylerin 2008 yılında % 31,3'ü tütün ve tütün mamullerini kullanmakta iken 2012 yılında bu oran yaklaşık olarak % 27'ye düşmüştür. Cinsiyete göre bakarsak tütün ve tütün mamullerini kullanan erkeklerde % 47,9'dan % 41,4'e, kadınlarda ise % 15,2'den

% 13,1'e düşüş söz konusudur. Yaş grubuna göre tütün ve tütün mamulü kullananlara bakarsak en yüksek oran 25-34 ile 35-44 yaş arasında görülmektedir. (132)

Çalışmamızda katılımcıların % 26,9'u sigara içerken % 73,1'i sigara içmiyordu. Tıp ve Ziraat Fakültesi katılımcılarının sigara içme oranları birbirine yakındı.

Akademisyenler ile yapılan 2009 yılı çalışmasında ise sigara içiciliği bizim çalışmamızdakinden daha düşük oranlarda (% 13,7) bulunmuştur. (127)

Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nde çalışan akademisyenlerde sigara içme sıklığı % 21,6 ve kadın öğretim elemanlarına yapılan bir başka çalışmada ise sigara içme sıklığı bizim çalışmamıza göre fazla oranda olup % 39,4'tür. (133) (134)

Öğretim elemanları ile yapılan başka bir çalışmada ise sigara içme sıklığı bizim çalışmamıza göre daha yüksek oranda bulunmuştur (% 37,2). (135)

Marakoğlu ve arkadaşlarının 2007 yılında Meram Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yaptıkları ve 500 kişinin katıldığı çalışmada, yaşamın herhangi bir döneminde sigara içme sıklığını bizim çalışmamızdakine benzer oranda bulmuşlardır (% 28,7). (136)

Adana'da yapılan bir çalışmada sigara içme oranı bizim çalışmamıza benzer orandadır (% 22,7). (137)

Çalışmamızda Ziraat Fakültesi katılımcılarında erkekler kadınlara göre daha fazla sigara içmektedir (p=0,045).

Yine akademisyenler ile yapılan bir çalışmada, sigara içme ile ilgili özellikler cinsiyete göre değişmektedir. (127)

Aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada, cinsiyetin sigara içme davranışı üzerine etkisi olduğu tespit edilmiştir (p<0,001). (138)

Çalışmamızda erkek cinsiyetin daha fazla sigara içmesi, sigara içme davranışının sorgulanması ve danışmanlık için erkeklerin öncelikli hedef grup olduğunu düşündürebilir.

Sigaranın birçok hastalık açısından riski arttırması, birçok kanser için predispozan faktör oluşu ve maddi-manevi sayılamayacak kadar birçok zararı oluşu nedeniyle sigara içme davranışı, her bireye aktif ve pasif içicilik sorularak taranmalıdır. Tütün kullanmayanların kullanmamalarının devamı; kullananların ise uygun ve etkili girişimlerle bırakmaları sağlanmalıdır.

Sağlıksız beslenme ve sağlık sorunları arasındaki ilişki birçok çalışmada gösterilmiştir. Küresel düzeyde sindirim sistemi kanserlerinin yaklaşık % 19'u, iskemik kalp hastalıklarının yaklaşık % 31'i, inme olgularının yaklaşık % 11'inin düzensiz beslenmeye bağlı olduğu tahmin edilmektedir. (139)

Çalışmamızda katılımcıların toplamda % 60,9'u dengeli beslenmeye (diyet) dikkat etmediğini belirtmiştir. Tıp ve Ziraat Fakültesi katılımcılarının diyet yapma oranları birbirine yakındır.

2009'daki çalışmada ise akademisyenlerin % 56,9'u beslenmelerini "iyi" olarak değerlendirmişlerdir. (127)

Yetersiz fiziksel aktivite önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünyada meme kanseri, kolon-rektum kanseri ve tip 2 diyabet olgularının % 10-16'sından, iskemik kalp hastalıklarının % 22'sinden yetersiz fiziksel aktivite sorumlu tutulmaktadır. (140)

Ülkemizde 2002-2004 yılları arasında yürütülen Türkiye Hastalık Yükü Çalışmasında fiziksel hareket alışkanlığının yeterli olması durumunda hastalık yükünün % 4,3'ünün önlenebileceği saptanmıştır. (141)

Ulusal Hane Halkı Araştırması'na göre ise kişilerin % 20'sinin hareketsiz yaşadığı, % 16'sının yetersiz düzeyde fiziksel aktivite yaptığı saptanmıştır. (142)

Çalışmamızda katılımcıların % 25,3'ü düzenli olarak egzersiz yapmakta, % 33,6'sı egzersiz yapmamaktadır. Tıp Fakültesi katılımcıları, Ziraat Fakültesi katılımcılarından daha fazla oranda düzenli egzersiz yapmaktadır.

2009'daki çalışmada ise akademisyenlerin bizim çalışmamıza benzer oranda (% 66) herhangi bir sıklıkta ve şekilde egzersiz yaptıkları belirtilmiştir. (127)

Akademisyenler ile yapılan başka bir çalışmada, düzenli egzersiz yapma oranları bizim çalışmamıza göre daha düşüktür (% 13,1). (143)

Aile hekimleri ile yapılan çalışmada, katılımcıların düzenli (haftada 150 dk'dan fazla) egzersiz yapan % 24,1 olup çalışmamızdaki oranlara benzerdir. (138)

Samsun'da yapılan bir çalışmada, erişkinlerin beşte birinin haftanın üç ve daha fazla günü egzersiz yapmakta oldukları tespit edilmiştir. (144)

Sağlık Bakanlığı tarafından 30 yaş üstü 15468 kişi üzerinde yapılan Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım Araştırması'nda düzenli olarak fiziksel aktivite yapanların oranları çalışmamıza kıyasla düşük oranlardadır (% 3,5). (145)

Çalışmamızda cinsiyet ve egzersiz yapma durumu arasında anlamlı ilişki olduğu her iki fakültede de gösterilememiştir ($p > 0,05$).

Aile hekimleri ile yapılan çalışmada da cinsiyet ile egzersiz yapma durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır ($p=0,48$). (138)

Akademisyenlerin iş hayatındaki yoğunluk, vakit ayıramama ve bu yoğunluğun getirdiği stres beslenme alışkanlıklarını düzenlemelerine ve egzersiz yapmalarına engel olabilir. Beslenmenin ve egzersizin koruyucu hekimlik açısından önemi kaçınılmazdır. Sağlıklı beslenme, sigara içmeme ve düzenli egzersiz yapma suretiyle pek çok kronik hastalıktan başarılı şekilde korunmak mümkündür.

Bireylere düzenli beslenme ve egzersiz alışkanlığı danışmanlık yapılarak muhakkak kazandırılmalıdır. Yapılan bir çalışmada, periyodik sağlık muayenesine giden kişilerin sigara ve alkol tüketimini azaltma, düzenli egzersiz yapma ve sağlıklı beslenme gibi yaşam biçimlerindeki değişikliklerin olumlu yönde geliştiğini belirtmiştir. (146)

Küresel olarak aşırı alkol kullanımı her yıl yaklaşık 3,3 milyon kişinin ölümüne neden olmaktadır (veya tüm ölümlerin % 5,9 oranında sebebidir) ve alkol kullanımı küresel hastalık yükünün % 5,1'i ile ilişkilidir. Alkol tüketimi ile (kardiyovasküler hastalıklar, inme, diyabet, tüberküloz, HIV/AIDS, pnömoni, epilepsi, depresyon, anksiyete bozuklukları, karaciğer sirozu, oral, nazofarenks, orofarenks, larenks, özofagus, kolon, rektum, karaciğer, pankreas ve meme kanseri, kazalar, yaralanmalar, cinayetler vb) 200'den fazla sağlık sorunu arasında ilişki olduğu günümüzde bilinmektedir. DSÖ 2014 Alkol Raporu'nda 2012 verilerine göre Türkiye'de alkol kullanımı en çok karaciğer sirozu ve trafik kazalarına bağlı ölümlere neden olmuştur. (147)

Türkiye'de alkol kullanma oranı 2012 verilerine göre erkeklerde % 17,2, kadınlarda % 3,8 olmak üzere toplamda % 10,4'tür. (148)

Çalışmamızda katılımcıların alkol kullanma oranı, % 36,5 nadiren olmak üzere, toplamda % 74,2'dir. Haftada bir kezden fazla alkol kullanan katılımcı oranı ise % 12,1'dir. Tıp ve Ziraat Fakültesi katılımcılarının alkol kullanma oranları birbirlerine benzerdir.

Aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada, katılımcıların alkol tüketmeme oranı çalışmamızdakinden daha fazla (% 45,7) iken benzer orandaki katılımcı (% 39,3) nadiren alkol kullandıklarını belirtmişlerdir. (138)

Samsun'da erişkinler ile yapılan bir çalışmada, alkol kullanım oranı çalışmamıza göre çok daha düşük orandadır (% 19,7). (144)

Bir üniversitede yapılan çalışmada, alkol kullanım sıklığı % 24,7 olup çalışmamıza göre düşük oranlardadır. (149)

Çalışmamızda cinsiyet ile alkol kullanma durumu arasında her iki fakültede de anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Ama aile hekimleri ile yapılan çalışmada, cinsiyet ile alkol kullanma durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). (138)

Alkol kullanımı da en sık önlenabilir mortalite ve morbidite nedenleri arasındadır. (49) Bu bağlamda her bireye alkol tüketim davranışı sorulmalı; varsa miktarı sorgulanmalı ve riskli alkol tüketimi olanlara danışmanlık sağlanmalıdır.

Sigara içmeyerek, sağlıklı beslenerek, fiziksel egzersiz yaparak ve alkol kullanımını azaltarak kanserlerin % 30'undan fazlasından korunulabilir. (150)

Amerika Birleşik Devletleri erişkin nüfusunun % 20'sinden fazlası (44,4 milyon) her yıl periyodik sağlık muayenesi olmaktadır. (151)

Aile hekimleri, kendisine bağlı olan popülasyona sağlıklarını koruma ve geliştirme konusunda yardımcı olmada eşsiz bir konuma sahiptirler. Aile hekimi her bir kişiyi yılda 3-4 kez görür. (152) Türkiye'de aile hekimlerine kişi başı yıllık başvuru sayısının 2,9 olduğu bildirilmektedir. (153) Bundan dolayı aile hekimleri sağlık danışmanlığı ve hastalıkların erken tanısında önemli fırsatlar elde ederler.

Çalışmamızda katılımcıların tarama testi için en sık başvurdukları yer toplamda % 62,4 ile üniversite hastanesi olmuştur. Bunu % 14,6 ile tanıdık bir hekim izlemiştir. Aile hekimine başvuran katılımcı oranı ise toplamda % 4,3 olarak saptanmıştır.

Aile hekimleri ile yapılan çalışmada, tarama testlerini yaptırmak için çalışmamızdaki gibi ama daha düşük oranda en çok üniversite hastanelerine başvurmakta oldukları saptanmıştır (% 32,6). (138)

Aile hekimine başvurunun düşük olması, akademisyenlerin daha kolay ulaşacakları üniversite hastanesine başvurmaları nedeniyle olabilir. Aile hekimlerine periyodik sağlık muayenesi için başvuruların düşük olması, koruyucu hekimlik yapma

gücümüzü azaltmakta ve bu konuya daha fazla önem vermemiz gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların toplamda ise % 59,5 katılımcı tarama testi yaptırmak için istekliydi.

Aile hekimleri benzer oranda (% 64,8) tarama testi yaptırmak için istekliydi. (138)

2009'daki çalışmada akademisyenlerin; düzenli olarak sağlık kontrolü yaptıran oranı % 18,8 olarak bulunmuştur. (127)

Çalışmamızda tarama testi yaptırmak istemeyen katılımcıların % 12,1'i tarama testinin gerekliliğine inanmamaktadır. Katılımcıların % 9,7'si ise tarama testi yaptırmak için zamanı olmadığını belirtmiştir.

2009'daki çalışmada akademisyenler düzenli sağlık kontrolü yaptırmama nedeni olarak en fazla "ihmal ediyorum" yanıtı vermiştir (% 54,8). Diğer yanıtlar ise "zamanım yetersiz" ve "sağlık hizmetlerine ulaşmadaki zorluklar beni yıldııyor" şeklindedir. (127)

Bir hastane örnekleminde katılımcıların % 14,0'ü gereksiz gördüğü için, % 18,5'i uzun sürdüğü için periyodik sağlık muayenesini (PSM) yaptırmak istememişlerdir. (149)

Aile hekimleri ile yapılan çalışmada ise tarama testlerini yaptırmamalarına neden olarak en çok zaman yetersizliği gösterilmiştir (% 55,6). (138)

Tarama testi yaptırmak istemeyenlerin fazla oluşu PSM ile ilgili bilgi eksikliğinden kaynaklanıyor olabilir. Katılımcıların PSM hakkındaki bilgilerinin ve farkındalığın artması, PSM algısını değiştirerek, tarama testi yaptıran durumlarını arttırabilir. Bunun için en önemli araç eğitimidir. Tarama testi yaptırmak için zaman ayıramamak ise bilgiden bağımsız bir durumdur.

Çalışmamızda Tıp Fakültesi katılımcılarının % 39,2'sinin, Ziraat Fakültesi katılımcılarının ise % 19,4'ünün ailesinde kanser öyküsü vardı. Katılımcıların ailelerinde kanser öyküsü olmasının, tarama testi yaptıran istekleri ile anlamlı ilişkili olmaması şaşırtıcıdır ($p>0,05$).

2013'deki çalışmada aile hekimlerinin % 25,8'inin ailesinde kanser öyküsü olduğu tespit edilmiştir. Bu aile hekimlerinin klinik meme muayenesi, mamografi, Pap-smear, gaitada gizli kan ve kolonoskopi yaptıran yaptırmama durumları karşılaştırıldığında ailede kanser öyküsü ile PSM/tarama testi yaptıran arasında anlamlı

bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). (138) Bu çelişki mevcut durumun ihmal edilmesi ile ilgili olabilir. Özellikle ailesinde kanser öyküsü olan bireyler, kanserde erken tanının hayat kurtardığı gerçeği prensibiyle, muhakkak taranmalıdır.

Obezitenin prevalansı Avrupa'da son on yıl içerisinde gerek yetişkinlerde gerekse çocuklarda % 10 ile % 40 arasında artış göstermiştir. (44) Obezite; başta kardiovasküler ve serebrovasküler hastalıklar olmak üzere aynı zaman da kanser ve DM riskini artırır. Bundan dolayı altı yaşından itibaren her bireyin BKİ hesaplanmalıdır. (76) (77)

Çalışmamızda katılımcıların toplamda % 76,0'ı son bir yıl içinde BKİ hesaplamıştı. Tıp Fakültesi katılımcılarında BKİ hesaplama oranı, Ziraat Fakültesi katılımcılarına kıyasla daha yüksekti. Bunun nedeni Tıp Fakültesi katılımcılarının terminolojiye daha hâkim olmaları ve bu konuda daha eğitilmiş ve daha bilinçli olmaları olabilir.

Kan lipid profili bozukluğu dünyada en sık ölüm nedeni olan hiperlipidemi, kardiyovasküler olay ve DM gibi kronik hastalıklar için risk faktörüdür. (42)

Çalışmamızda katılımcıların toplamda % 82,4'ü son beş yıl içerisinde kan lipid profiline baktırmış idi.

Akademisyenler ile yapılan çalışmada, düzenli lipid profili baktırdıklarını ifade edenlerin oranı ise % 42,6'dır. (127)

Ülkemizde 2014 yılı verilerine göre 15 yaş ve üstü bireylerin % 34,4'ü kolesterol ölçümü yaptırmıştı. (154)

İran'da bir tıp fakültesinde 261 personel ile yapılan çalışmada lipid profili % 41,4 oranında ölçülmüştü. (155)

Çalışmamızdaki oranın diğer çalışmalara göre yüksek olması örneklemimizin kan lipid profili hakkındaki farkındalığının daha yüksek olmasıyla ilgili olabilir.

Hipertansiyon, kalp-damar hastalıkları risk faktörleri arasında en önde gelen ve en yaygın olanıdır. 2000 yılı itibariyle dünya genelinde 20 yaş üzerindeki erişkin nüfusun % 26,4'ünün hipertansiyonu vardır ve bu oranın 2025 yılında % 29,2'ye çıkacağı öngörülmüştür. (156) (157)

Ülkemizde 2015 yılında hipertansif hastalıklara bağlı toplamda 15352 ölüm gerçekleşmiştir. (158)

Kontrollü seyreden hipertansiyonun kalp yetmezliği riskini % 50, SVO riskini % 40, MI riskini % 25 azalttığını gösteren çalışmalar vardır. Bu durum göz önüne alınarak hipertansiyonun erken tanı ve tedavisi için tansiyon takibi yapılmalıdır. (159)

Çalışmamızda toplamda katılımcıların % 94,1'i son iki yıl içerisinde tansiyon ölçümü yaptırmıştı.

2010'da Edirne'de erişkinler ile yapılan çalışmada, katılımcıların benzer oranlarda en az bir kez kan basıncını ölçtüşdüğü saptanmıştır. (160)

Akademisyenler ile yapılan başka bir çalışmada, akademisyenlerin 1/3'ü kan basıncı ölçümlerini düzenli olarak yaptırdıkları görölmüştür. (127)

Ülkemizde 2014 verilerine göre tansiyon ölçümü 15 yaş ve üstü bireylerin % 50,2'si tarafından yaptırılmıştır. (154)

Aile hekimleri ile yapılan çalışmada, hekimlerin son bir yıl içinde BKİ hesaplama oranları, son beş yıl içinde lipid ölçümü oranları ve son iki yıl içinde kan basıncını ölçtürme oranları bizim çalışmamıza göre daha yüksektir. (138) Bunun nedeni örneklemin aile hekimleri olması ve PSM hakkında bilgi ve farkındalıklarının yüksek olması olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların artan yaşlarıyla beraber tansiyonun daha sık ölçüldüğü söylenebilir ($p<0,05$). Benzer olarak akademisyenler ile yapılan çalışmada da her iki cinsiyette de 50-64 yaş arasında düzenli kan basıncı ölçümü yaptıran oranı en fazlaydı. (127) Tansiyon ölçtürme oranının ileri yaşlarda daha artmış olması yaşla beraber ortaya çıkan kronik hastalıkların artmasıyla ilgili olabilir. Hipertansiyonun komplikasyonları tansiyonun kontrol altında tutulmasıyla önlenebilir. Ayrıca hipertansiyon bulgu vermeyebilir. Bu nedenle her bireyde yaşına ve cinsiyetine göre belirlenmiş risklere göre düzenli olarak kan basıncı ölçümü yapılmalıdır.

Çalışmamızda kadın katılımcılar, erkeklere kıyasla, daha fazla BKİ hesaplamışlar idi ($p<0,05$). Bununla beraber çalışmamızda katılımcıların cinsiyeti ile tansiyon ve kan lipid profili ölçtürme arasında ise anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p>0,05$).

Kan basıncı ve BKİ ölçümlerinin invaziv olmadığı, kolay uygulanabilir olduğu unutulmamalıdır.

Çalışmamızda katılımcıların toplamda sadece % 14,6'sı ($n=30$) depresyon açısından değerlendirilmiş idi.

Aile hekimleri ile yapılan çalışmada depresyon açısından değerlendirilme oranı çalışmamızdakinden daha yüksektir (% 32,5). (138) Bu farkın nedeni, periyodik sağlık muayenelerinin merkezinde olan aile hekimlerinin farkındalığının ve bilgi düzeyinin daha fazla olması olabilir. Yine de toplamda depresyon taraması oranı düşük olduğu gibi popülasyonda oran daha da vahim olabilir. Biyopsikolojik olarak yıpratıcı bir meslek olan akademisyenlikte daha fazla depresyon durumu olma ihtimali olabilir. Bundan dolayı çok basit iki soru ile depresyon taraması yapılmalıdır. BKİ, kan lipid profili ve tansiyonun ölçülme oranlarının yüksek olması bunlarla ilgili hastalıkların farkındalığının yüksek olmasıyla ilgili gibi görünmektedir. Zira obezite, hiperlipidemi ve hipertansiyon hem en popüler hem de en çok görülen hastalıklardandır. Depresyon açısından durum aynı değildir.

Çalışmamızda katılımcılar toplamda % 71,3 oranında son bir yıl içerisinde grip aşısı yaptırmamış idi. Tıp Fakültesi katılımcılarının % 43,3'ü, Ziraat Fakültesi katılımcılarının % 27,4'ü son on yılda tetanoz aşısı yaptırdıklarını belirttiler. Tıp Fakültesi katılımcılarının % 27,9'u Hepatit B'ye karşı aşılı veya bağışıklık durumu olmadığını belirtmişken yine farklı olarak Ziraat Fakültesi katılımcılarının ise % 64,5'i Hepatit B'ye karşı aşılı veya bağışıklık durumu olmadığını belirtmiştir. Çalışmamızda katılımcıların pnömoni aşısı yaptırma oranı % 2,5'dir.

Akademisyenler ile yapılan çalışmada, araştırmaya katılanların çalışmamıza benzer oranlarda düzenli olarak grip aşısı olduğu belirtilmiştir (% 27,4). Aynı çalışmada katılımcıların tetanoz aşısını yaptırma oranları bizim çalışmamızdaki orandan daha yüksektir (% 48,7). Aynı araştırmada tam doz hepatit B aşısı yaptırma oranı yine bizim çalışmamıza göre yüksektir (% 63,5). (127)

Aile hekimleri ile yapılan çalışmada katılımcılar, çalışmamıza göre, daha yüksek oranda (% 33,3) grip aşısı yaptırmış, yine daha fazla oranda (% 65,8) tetanoz aşısı yaptırmıştır. Hepatit B aşısı yapma durumuna (% 70,4) bakıldığında ise Tıp Fakültesi ile benzer; Ziraat Fakültesi'nden ise daha yüksek oranda aşılı oldukları görülmektedir. (138)

Adana'da yapılan çalışmada ise, çalışmamıza oranla daha düşük olmak üzere, katılımcılardan son bir yılda grip aşısı olanların oranı % 3,8, yaşamları boyunca üç doz hepatit B aşısı yaptıranların oranı ise % 5, tetanoz aşı oranı ise % 8,2'dir. (161)

Szucs ve ark yaptığı çalışmada, influenza sezonunda grip aşısı yaptırma oranı Almanya'da % 25, İngiltere'de % 24, İtalya'da % 22, Fransa'da % 22, İspanya'da % 23 olarak bulunmuştur. (162)

Samsun'da yapılan bir çalışmada, çalışmamızdaki verilere benzer olarak, pnömoni aşısı yaptırma oranı % 2,6, tetenoz aşısı yaptırma oranı % 33,6 olarak tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada kadınların % 5,8'i, erkeklerin % 8,1'i grip aşısı yaptırmıştır. (144)

1999-2005 yılları arasında İngiltere ve Galler Bölgesi'ndeki genel popülasyonda son beş yıl içinde pnömoni aşısı uygulanma oranı, üzerinden yaklaşık on beş yıl geçmesine rağmen, 2001 yılında % 4,9 ve 2005 yılında % 6,5 olarak çalışmamızdan fazla oranda bulunmuştur. (163)

Aşılama oranlarının çalışmamızda beklenenden düşük olması erişkin aşılanmasının çocuk aşılanması kadar önemsenmemesiyle ilgili olabilir. Hâlbuki aşılama çocuklarda olduğu gibi erişkin bakımının temel bir parçası olarak görülmelidir. Aşılamanın, aşının önleyebileceği hastalıkların tedavisinden çok daha ucuz ve zararsız olduğu göz ardı edilmemelidir.

Dünya genelinde kadınlar için meme kanseri en ölümcül beş kanserden ilk sırada gelendir (diğerleri sırasıyla akciğer, mide, kolorektal ve serviks kanseridir.). Gelişmekte olan ülkelerde ise serviks kanseri birinci sırada yer almaktadır. (164)

Meme kanseri ülkemizde TÜİK 2015 verilerine göre toplamda 3959 ölümden sorumlu olmuştur ve kadın cinsiyette en fazla ölüme neden olan malign tümördür. (158)

Çalışmamızda, toplamda kadın katılımcıların % 38,6'sı geçen yıl içerisinde hekim tarafından meme muayenesi yaptırmış idi.

Aile hekimleri ile yapılan çalışmada, kadın katılımcılarının hekim tarafından meme muayenesi yaptırma oranları çalışmamızdaki verilerle benzerdir. (138)

Edirne'de erişkinler ile yapılan çalışmada, bizim çalışmamızdaki oranlara benzer olarak kadın katılımcıların % 39,5'inin en az bir kez klinik meme muayenesi yaptırdığı saptanmıştır. (160) Bu oran Malatya'da ebeve hemşireler ile yapılan çalışmadaki klinik meme muayenesi yaptırma oranları ile benzerlik göstermektedir. (sırasıyla % 43,8, % 33,9) (165)

Yurt dışında birinci basamakta çalışan kadın doktorlarda yapılan bir çalışmada, klinik meme muayenesi için % 83,5 olarak bulunmuştur. (166) 2000 yılında yapılan bir çalışma olmasına rağmen bizim çalışmamıza göre klinik meme muayenesi oranlarının

aşikâr bir şekilde yüksek oluşu düşündürücüdür. Klinik meme muayenesinin düşük olmasının altında yatan nedenler araştırılmalı ve aşılmalıdır.

Tıp Fakültesi kadın katılımcılarının % 53'ü son iki yıl içerisinde mamografi yaptırmışken Ziraat Fakültesi'nde bu oran % 34,8 idi.

Akademisyenler ile yapılan çalışmada, kadınlar arasında düzenli olarak mamografi çektirenlerin oranı % 31,6'dır. (127) Bu oran, Tıp Fakültesi verilerinden düşük, Ziraat Fakültesi verileriyle benzerdir.

Edirne'de erişkinler ile yapılan çalışmada, kadın katılımcıların, bizim çalışmamıza göre düşük olarak, % 31,1'inin en az bir kez mamografi çektirdiği saptanmıştır. (160)

Malatya'da ebe ve hemşireler ile yapılan çalışmada, benzer şekilde çalışmamıza göre düşük oranda, mamografi çektirme oranı mevcuttur. (165)

Bir devlet hastanesinde kadınlar ile yapılan çalışmada, katılımcıların % 1,3'ünün düzenli olarak yılda bir kez mamografi çektirdiği saptanmıştır. (167)

Ege Bölgesi'nde yapılan bir çalışmada, 18-78 yaş arası kadınların mamografi yaptırmaya oranı % 40,1 olarak bulunmuştur. (168)

TÜİK sağlık istatistikleri 2012 verilerine göre kadınların % 19,6'sının mamografi yaptırdığı bulunmuştur. (148)

Çalışmamızdaki mamografi oranların yüksek olmasının nedeni çalışmamızdaki akademisyenlerin normal popülasyona göre mamografi gibi karmaşık olan tetkike daha kolay ulaşması ya da meme kanseri ile ilgili bilgi ve farkındalığının daha fazla olmasından kaynaklanabilir.

Aile hekimleri ile yapılan çalışmada, kadın katılımcılarının mamografi (% 60) yaptırmaya oranları, çalışmamızda Tıp Fakültesi kadın katılımcılarının oranlarına benzerdir. (138)

İran'da bir tıp fakültesinde 261 personele yapılan çalışmada, mamografi yaptırmaya oranı çalışmamıza oranla daha düşüktür (% 19,9). (155)

Latin Amerika'da yapılan bir çalışmada, normal popülasyonda tarama amaçlı son iki yıl içinde mamografi yaptırmaya oranı % 76,1 olarak bulunmuştur. (169)

Yine yurt dışında birinci basamakta çalışan kadın doktorlarda yapılan bir çalışmada, mamografi için oran % 70,7 olarak bulunmuştur. (166)

Birleşik Krallıkta 40-74 yaş arası kadınların % 93'ünün mamografi yaptırdığı saptanmıştır. (170)

Yurt dışındaki mamografi yaptırma oranları, bizim çalışmamıza göre oldukça yüksektir. Bu farklılık PSM farkındalığının ve bilgi düzeyinin farklı olması nedeniyle olabilir. Aynı zamanda bu fark, ülkemizdeki PSM altında tarama testlerinin daha da yaygınlaştırılması gerektiği anlamını da taşımaktadır.

Serviks kanseri dünya genelinde kadınlarda görülen üçüncü en sık kanser nedenidir. (171) Gelişmekte olan ülkelerde ise kadınlarda en çok ölüme neden olan kanserdir. (164)

Ülkemizde 2015 yılında serviks kanserine bağlı 472 kadın ölmüştür. (158)

Farklı gözlemsel çalışmalarda, servikal sitoloji testinin servikal kansere bağlı ölüm oranlarında % 60'a kadar azalma sağladığı ve daha iyi kür oranlarıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir. (109) (110)

Serviks kanserlerinin % 50'den fazlasının daha önce hiç Pap-smear testi yaptırmamış ve % 60'dan fazlasının da son beş yıl içinde hiç tarama yaptırmamış kadınlarda ortaya çıktığını gösteren çalışmalar vardır. (172)

Çalışmamızda son beş yıl içinde kadın katılımcıların toplamda Pap-smear testi yaptırma oranı % 52,3 idi.

Yurtdışında 570 kadınla yapılan bir çalışmada, kadınların % 81'i son üç yıl içinde Pap-smear yaptırdığını belirtmiştir. (173)

İspanya'da yapılan bir çalışmada, birinci basamak hekimlerinde serviks kanseri tarama yaptırma oranları % 73 olarak saptanmıştır. (174)

Birleşik Krallıkta kadınlar % 91 oranında servikal kanser taraması yaptırmıştır. (170)

Bu oranlar çalışmamıza göre oldukça yüksektir. Serviks kanseri taraması bariz bir şekilde bu kansere bağlı mortaliteyi azaltması nedeniyle ülkemizde daha da yaygınlaştırılmalıdır.

İran'da bir tıp fakültesinde 261 personele yapılan çalışmada ise Pap-smear (% 35,3) yaptırma oranı, çalışmamızdakinden daha düşüktür. (155)

Akademisyenler ile yapılan çalışmada, kadınların % 34,2'si düzenli olarak Pap-smear ve pelvik muayene yaptırmaktadır. (127)

Bir hastanede çalışan kadınların % 32,8'i Pap-smear yaptırmış, bu hastanede çalışan kadın doktorların ise % 18,9'u Pap-smear yaptırmıştır. (175)

Türkiye Sağlık İstatistikleri 2012 verilerine göre kadınların % 22,1'i Pap-smear yaptırmıştır. (148)

Yine bu çalışmalardaki oranlar, bizim çalışmamızdakilerden daha düşüktür. Kadın akademisyenlerin konumları gereği popülasyondaki kadınlara göre Pap-smear testine ulaşmaları daha kolaydır. Ayrıca bu çalışmaların yapıldığı zamana göre günümüzde hekime ulaşılabilirliğin artması ve aile sağlığı merkezinde de Pap-smear yapılmasının yaygınlaşması oranlardaki farkı açıklayabilir.

Aile hekimleri ile yapılan çalışmada, serviks kanseri tarama oranları (% 60) bizim çalışmamızdakilere benzerdir. (138)

Erken teşhis ve tedaviyle önlenabilen kanserlerden biri de kolorektal kanserlerdir. Dünyada kadınlarda da erkeklerde de en sık görülen ilk beş kanser arasındadır. 2012 yılında kolorektal kansere bağlı tüm dünyada 694.000 ölüm gerçekleşmiştir. (176) 2015 yılında ülkemizde kolonun kötü huylu tümörüne bağlı 5691 ölüm gerçekleşmiştir. Kolon kanseri malign tümörler arasından en çok ölüme neden olan dördüncü sıradadır. (158)

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, kolorektal kanser tanısı almış 567 hastadan tanı öncesi tarama yaptıranların oranı çok düşük (% 3,5) olarak bulunmuştur. (177)

Tıp Fakültesi 50 yaş ve üzeri katılımcıların % 22,2'si geçen yıl içerisinde gaitada gizli kan testi yaptırmış idi. Ziraat Fakültesi'nde bu oran % 15 idi. Öğretim üyeleri toplamda % 16,5 oranında son on yıl içerisinde kolonoskopi yaptırmış idi.

Samsun'da yapılan çalışmada, kolon kanseri açısından taranan 50 yaş ve üstü hastaların % 46,3'ü sadece gaitada gizli kan, % 4,1'i hem gaitada gizli kan hem de kolonoskopi, % 8,3'ü sadece kolonoskopi yaptırmıştı. (144)

Aile hekimleri ile yapılan çalışmada, kolorektal kanser tarama durumu kolonoskopi için % 8,6, gaitada gizli kan için % 2,7 idi. (138)

Edirne'de erişkinler ile yapılan çalışmada, katılımcıların % 8,1'i en az bir kez gaitada gizli kan testi yaptırmıştı. (160)

Elli yaş sonrasında akademisyenlerin gaitada gizli kan testi yaptırma oranı % 6,0 idi. (127)

Bu çalışmalardaki veriler çalışmamıza göre düşük oranlardaydı.

ABD'de birinci basamağa başvuran 50 yaş üzeri hastalarda yapılan bir çalışmada, tarama amaçlı kolonoskopi yaptırma oranı % 59 idi. (178)

Yine ABD’de tarama amaçlı kolonoskopi yaptıırma oranı % 65,1 olarak bulundu. (179)

ABD’de yapılan iki çalışmadaki oranlar, bizim çalışmamızdakine ve diğer çalışmalara göre oldukça yüksekti.

İran’da bir tıp fakültesinde 261 personele yapılan çalışmada, gaitada gizli kan % 0,9, kolonoskopi % 0,2 oranında yapılmıştır ve bizim çalışmamıza kıyasla oldukça düşük oranlardır. (155)

Kolonoskopi yapıma yüzdeleri; tansiyon, BKİ, kan lipid profili vb gibi basit tarama testlerine göre oldukça düşüktür. Bu durum, kolorektal kanser için uygulanan kolonoskopi tarama testinin uygulamasının zor olması ile ilişkili olabilir. Gaitada gizli kan testinin ise yapıma oranı beklediğimizden düşük olmuştur. Kolorektal kanser için yapılan tarama testlerinin uygulaması yetersizdir ve yaygınlaştırılmalıdır. Artık kolorektal, servikal ve meme kanseri gibi sık görülen kanserlerin erken tanı ve tedavisiyle yüksek oranda kr sağlandığı bilinmektedir. (176)

Çalışmamızda katılımcıların toplam olarak % 44,3’ kilo ve BKİ lmlerinin 18-29 yaş arasında başlanması gerektiği grşindedir. Katılımcıların % 35,6’sı ise kilo ve BKİ lmlerinin yılda bir yapılması gerektiğini belirtmiştir. Bu oranlar, erişkinler için önerilen güncel PSM rehberleriyle uyumlu olmakla beraber beklenen bilgi düzeyinde değildir.

Çalışmamızda toplam katılımcıların % 40,5’i 18-29 yaş arasında kan basıncı ölçümlerine başlanması gerektiğini belirtmiştir. Kan basıncının yılda bir ölçülmesi gerekir şeklinde belirten toplam katılımcı oranı % 25,4’tür.

Edirne’de erişkinler ile yapılan çalışmada, yılda bir kez kan basıncı ltrmeleri gerektiğini belirten katılımcı oranı bizim çalışmamızdaki oranların yarısından azdır. Yine aynı çalışmada 18-29 yaş arasında kan basıncı ölçümlerine başlanması gerektiğini belirten katılımcı oranı bizim verilerimizdekine benzerdir. (160)

Çalışmamızda katılımcıların kan lipid profilinin beş yılda bir bakılması gerektiğini belirten katılımcı oranı ise sırasıyla Tıp Fakültesi için % 15,4; Ziraat Fakültesi için % 6,5’dır. Tıp Fakültesi katılımcılarının % 21’i kan lipidlerinin ölçümüne 35-39 yaş arasında başlanması gerektiğini belirtmişken Ziraat Fakültesi katılımcıları % 25,8 oranında 40-44 yaş arasında kan lipidleri ölçümüne başlanması gerektiğini belirtmiştir.

Edirne’de erişkinler ile yapılan çalışmada, erkek katılımcıların % 24,9’u, kadın katılımcıların % 6,3’ü beş yılda bir kolesterol ölçtürmeleri gerektiğini belirtmiştir. Yine aynı çalışmada erkek katılımcıların % 39,7’si kolesterol değerini 30-39 yaş arası ölçtürmesi gerektiğini bilirken; kadın katılımcıların % 19,9’u kolesterol değerini 40-49 yaş arası ölçtürmesi gerektiğini belirtmiştir. (160)

Kan lipid profili ve kan basıncı ölçtürme oranları çalışmamızda yüksek olmasına rağmen bilgi düzeyleriyle ilgili verilen yanıtların güncel kılavuzlara uyum oranı istenilen seviyede olmamıştır. Bu durum kan lipid profilinin ve kan basıncı ölçtürmünün, kişi sağlıklı olsa dahi, olması gerektiğinden daha sık yapılmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda Tıp ve Ziraat Fakültesi katılımcıları, sırasıyla, % 45,5 ve % 40 oranında mamografinin iki yılda bir yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Katılımcılar toplamda % 30,7 oranında 40-44 yaş arası mamografi çekirtmeye başlanması gerektiğini belirtmişlerdir.

Edirne’de erişkinler ile yapılan çalışmada, kadın katılımcılar benzer oranlarda (% 27,9) 40-49 yaş arasında ilk kez meme muayenesi yaptırmaları ve mamografi çekirtmeleri gerektiğini belirtmişlerdir. (160)

Çalışmamızda üç yılda ve beş yılda bir Pap-smear testi yapılması gerektiğini belirten toplam katılımcı oranı, sırasıyla, % 23,4 ve % 13,2’dir. Tıp Fakültesi katılımcıları % 31,5 oranında 18-29 yaş arasında, % 18,9 oranında ise 30-34 yaş arasında Pap-smear testi yapılmaya başlanması gerektiğini belirtmiştir. Ziraat Fakültesi katılımcıları ise % 20,9 oranında 18-29 yaşları arasında ve % 24,2 oranında 30-34 yaş arasında Pap-smear testi yaptırmaya başlanması gerektiğini belirtmişlerdir. Toplamda ise katılımcıların % 28,3’ü 18-29 yaş arasında, % 20,5’i 30-34 yaş arasında Pap-smear testi yaptırmaya başlanması gerektiğini belirtmişlerdir.

Edirne’de erişkinler ile yapılan çalışmada, kadın katılımcıların % 19,8’i 2-3 yılda bir Pap-smear yaptırmaları gerektiğini belirtmiştir. İlk kez Pap-smear yaptırma yaşını katılımcıların % 30,6’sı 20-29 yaş arası olarak belirtmiştir. (160)

Sağlık Bakanlığımızın Pap-smear testi yaptırma önerisi 30 yaşından itibaren beş yılda bir iken, yurt dışı güncel önerilerde Pap-smear testi yaptırma önerisi 21 yaşından itibaren üç yılda bir şeklindedir. Bundan dolayı iki farklı cevabı da kılavuzlara uyumlu saymak gerekir. Yine de bu durum Pap-smear testi ile ilgili bilgi düzeylerinin beklenen düzeyde olmadığı gerçeğini değiştirmemektedir.

Çalışmamızda Tıp ve Ziraat Fakültesi katılımcıları, sırasıyla, % 70,6 ve % 79 oranında gaitada gizli kan testinin yılda bir yapılması gerektiğini belirtmiştir. Aynı şekilde katılımcılar toplamda % 39,5 (n=81) oranında 50-54 yaş arasında gaitada gizli kan testi yaptırmaya başlanması gerektiğini belirtmiştir.

Edirne’de erişkinler ile yapılan çalışmada, kadın katılımcılar (% 54,7) ve erkek katılımcılar (% 56,1) çalışmamıza göre düşük oranlarda yılda bir kez gaitada gizli kan testi yapılması gerektiğini söylemiştir. Kadın katılımcılar (% 27,3) ve erkek katılımcılar (% 26,7) yine çalışmamıza göre düşük oranlarda 50-60 yaş arasında ilk kez gaitada gizli kan testi yaptırmaları gerektiğini belirtmiştir. (160)

Periyodik sağlık muayeneleri bilgi düzeyi hakkında literatürde yapılan çalışmalar kısıtlıdır. Öte yandan periyodik sağlık muayenelerindeki önerilerin sık güncellendiği ve değişken olduğu da unutulmamalıdır. Yine de çalışmamızda, verilen yanıtların güncel kılavuzlara uyum oranının düşük olması periyodik sağlık muayeneleri bilgi düzeyinin düşük olduğunu düşündürmelidir. Normal popülasyonun ise periyodik sağlık muayeneleri hakkındaki bilgilerinin, çalışmamıza kıyasla kılavuzlarla daha az oranda uyumlu olması beklenebilir.

Dünyada her yıl hayatını kaybeden 57 milyon kişiden 33,4 milyonunun ölüm nedeni kronik hastalıklardır. Kronik hastalıklar, mortalite yükündeki artışa ilave olarak, insanların yaşam kalitesi ve konforunun bozulmasına neden olur. (180) (181)

Kronik hastalıkların farkındalığı yaygınlaştıkça “koruyucu bakım” kavramı, toplumsal sağlık algısı ve ulusal sağlık politikalarında ön plana çıkmaya başlamıştır.

Çalışmamızda toplamda % 80,5 katılımcının en az bir kronik rahatsızlık/hastalık durumu vardı. En sık görülen üç hastalık, sırasıyla, % 14,6 % 14,1 % 9,6 oranlarıyla hiperlipidemi, hipertansiyon ve varisti. Bunları % 8,2 oranla obezite, % 7,8 oranla diabetes mellitus izlemekteydi.

Akademisyenler ile yapılan çalışmada, katılımcıların % 41,6’sına hekim tarafından hastalık tanısı konmuştur. Bu hastalıklar hiperlipidemi (% 14,2), hipertansiyon (% 11,7), obezite (% 11,2), tiroid hastalığı(% 8,1) ve diyabetti (% 2,5). (127)

Aile hekimleri ile yapılan çalışmada, katılımcıların % 32,2’sinin en az bir kronik hastalığı bulunmaktaydı ve çalışmamızdan farklı olarak hipertansiyon % 41,5 oran ile

en çok görüldü. Diabetes mellitus % 10,9 oranında, hiperlipidemi % 15 oranında, koroner arter hastalığı % 6,2 oranında, hipotiroidi % 15 oranlarında idi. (138)

Adana'da yapılan bir çalışmada, diyabeti olduğu söylenenlerin oranı çalışmamızdaki orana yakın olup % 8,4'dür. (161)

Çalışmamızda kronik hastalık/rahatsızlık oranının yüksek olması örnekleminizin yaş ortalamasının yüksek olmasından kaynaklanabilir.

Sağlığın öz-değerlendirilmesi ile mortalite arasında bir ilişki olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Kendi sağlığını 'kötü' olarak değerlendirmenin, mortalite artışı, kronik hastalıklarda artış ve poliklinik başvuru sayısında artış ile ilişkili olduğu bulunmuştur. (182) (183) Bireyler sağlık durumlarının sezgisel olarak farkında olabilirler. Bu durumla ilgili şu anki bilimsel kanıtlar yeterli olmasa bile bireyin kendi sağlığını 'iyi' olarak hissetmesinin mortalite üzerine olumlu katkı sağlayacağı göz önünde bulundurulmalıdır. Bedensel olarak hastalık bulgusu olmayan; ama kendi sağlığını 'kötü' olarak hisseden kişiler için de tersi durum söz konusu olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların % 67,8'i genel olarak sağlık durumunu 'iyi', % 18,0'i 'orta', % 14,1'i 'çok iyi' şeklinde değerlendirmiştir.

2012 verilerine göre Türkiye genelinde, çalışmamıza benzer şekilde, erkeklerin % 77,1'i, kadınların ise % 64,5'i genel sağlık durumunu 'çok iyi' ya da 'iyi' olarak beyan etmişlerdir. (148)

Hozawa ve ark yaptığı çalışmada bu oranlar; % 9,2 'mükemmel', % 64,2 'iyi', % 13,6 'orta', % 10,5 'kötü' ve % 2,5 'çok kötü' şeklindedir. (184) Bu çalışmaların verileri çalışmamızın verileri ile benzerdir.

Çalışmamızda genel olarak sağlık durumlarını 'orta' olarak değerlendiren Ziraat Fakültesi katılımcıları tarama testi yaptırmaya anlamlı olarak daha istekli idi ($p=0,044$). Sağlıkla ilgili değerlendirme olumsuz yönde oldukça bireyde meydana gelen kaygı durumu PSM yaptırmak için istek oluşturabilir. Bir başka deyişle PSM kaygı gidermek için yapılabilir. Sonuç olarak, bireylerin sağlıkları hakkındaki değerlendirmeleri PSM yaptırma durumlarını ve PSM algılarını etkileyebilir. Bu durumun tersi de doğru olabilir; düzenli PSM yaptıranlar kendilerini daha güvende ve daha sağlıklı hissedebilirler.

Düzenli egzersiz yapan katılımcıların genel sağlık değerlendirmeleri daha olumlu yöndeydi ($p=0,018$). Katılımcıların sağlık durumları ile ilgili öz-değerlendirmeleri sigara ve alkol kullanma ve diyet yapma davranışlarından etkilenmemekteydi ($p>0,05$).

Sung ve ark. yaptıkları çalışmada, bizim çalışmamızdan farklı olarak, sağlık öz-değerlendirmesinin 'iyi' olması ile düzenli egzersiz yapma ve alkollü içki tüketme davranışları arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya konmuştur. (185)

Kepka ve ark. yaptıkları çalışmada, sağlık öz-değerlendirmesinin 'iyi' olması ile egzersiz yapma ve meyve tüketme arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. (186)

Baruth ve ark. yaptıkları çalışmada, hipertansiyon, diyabet, yüksek kolesterol, obezite ve artrit gibi kronik hastalık bulunması durumu ile sağlık öz-değerlendirmesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. (187)

Bireylerin alkollü içki kullanımının kısıtlanması, BKİ'nin düşürülmesi, fiziksel egzersiz yapma gibi davranışlarının, bireylerin yaşam biçimini olumlu yönde etkilediği saptanmıştır. (188)

Çalışmamızda sadece düzenli egzersiz yapmanın genel sağlık değerlendirmesini olumlu yönde etkilediği tespit edilse de sigara içmeme/sigarayı bırakma, alkollü içki kullanmama ve düzenli beslenme de sağlığımızı olumlu yönden etkilediği için genel sağlık değerlendirmesini de olumlu yönde etkileyebilir.

Çalışmamızda Tıp Fakültesi ve Ziraat Fakültesi katılımcıları, kolesterol değerleri için tahminlerini ve son bakılan kolesterol düzeylerini benzer oranlarda (% 77,6) 'normal' olarak değerlendirmişlerdir. Aynı şekilde katılımcıların toplamda kan basıncı değeri için tahminleri % 76,1 oranında 'normal' iken yine son bakılan kan basıncı düzeyi değerlendirmeleri benzer oranlarda 'normal' şeklindedir.

Son bakılan kolesterol ve kan basıncı düzeylerinin 'normal' olduğunu belirten Tıp Fakültesi katılımcıları, ölçülen kolesterol ve kan basıncı düzeylerini 'olumlu' olarak yorumlamaktadırlar. Benzer şekilde son bakılan kan basıncı düzeylerinin 'normal' olduğunu belirten Ziraat Fakültesi katılımcıları, kan basıncı düzeylerini 'olumlu' olarak yorumlamaktadırlar.

Katılımcıların kan basıncı ve kolesterol ölçüm sayısal değerleriyle, bu değerler hakkındaki kişisel yorumlarının benzer olması bu sayısal değerlerden beklentilerinin ve bu sayısal değerlerden ne algıladıklarının örtüştüğünü gösterebilir.

Periyodik sağlık muayenesini destekleyenler, desteklemeyenlere göre mamografi, Pap-smear, kolesterol düzeyi olcumu ve kolon kanseri taraması yaptırırnada anlamlı olarak daha fazla koruyucu hizmetlerden faydalanmışlardır. Bireylerin, PSM hakkındaki inançları, onların koruyucu hizmetten faydalanma oranını etkilemektedir. Koruyucu hizmetlerde, sağlıkla ilgili bireysel inançları anlamak, koruyucu hizmetlerin hedeflenen değerlere ulaşmasında önemli rol oynamaktadır. (189)

Son olarak tansiyon olcturme süreleri yakın olan Tıp Fakültesi katılımcıları, tansiyon değerleri hakkında daha ‘olumlu’ olarak yorum yapmaktadırlar. Bu durum tarama amacıyla kan basıncını olcturmüş olmanın ve kan basıncı düzeyinin normal aralıkta olduğunun bilinmesiyle hipertansiyon kaygısının ortadan kalkmasından kaynaklanabilir. Aksi takdirde kan basıncını olcturmeyen bireyin kan basıncı düzeyiyle ilgili yorum yapması söz konusu olamaz. Bu bağlamda periyodik sağlık muayenelerinin belirsizliği ortadan kaldırdığı ve kaygıları azalttığı söylenebilir.

Ziraat Fakültesi katılımcılarının % 45,1’inin son bakılan sistolik kan basıncı seviyesi normal sınırlarda iken Tıp Fakültesi katılımcılarında bu oran daha yüksektir (% 76,9). Tıp Fakültesi katılımcılarının son bakılan diyastolik kan basıncı seviyesi % 76,9 oranında normal sınırlarda iken Ziraat Fakültesi katılımcılarında bu oran daha duşıktır (% 46,7). Ziraat Fakültesi katılımcılarının yaşı ortalamasının daha yüksekte olması bu durumu açıklayabilir.

Katılımcılara yönelttiğimiz kolesterol ve kan basıncıyla ilgili bazı önermelere verilen yanıtlar, Tıp Fakültesi katılımcılarında daha fazla olmak uzere, büyük oranlarda literatürle örtüşmektedir. Ayrıca yüksekte kolesterol ve yüksekte tansiyonun kardiyovasküler hastalıklar için risk faktoru olduğu katılımcıların yaklaşıktır % 90’ı tarafından bilinmektedir. Bu durumda katılımcıların kolesterol ve kan basıncıyla ilgili bilinçli oldukları duşıunulebilir. Tıp Fakültesi katılımcılarının vermiş olduğu yanıtların daha doğru olması bu konularla ilgili eğitim almış olmalarındandır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ülkemizde, periyodik sağlık muayenelerinin sürekli ve düzenli olarak yapılması yakın zamanda planlanmaktadır ve uygulamanın yeni olması nedeniyle PSM ile ilgili yeterli sayıda epidemiyolojik çalışmalar bulunmamaktadır. İlerleyen zamanlarda PSM uygulamalarının kapsamlı ve sistematik bir şekilde multidisipliner yaklaşım içerisinde yürütüleceği kanaatindeyiz.

Koruyucu sağlık hizmetleri, kişilere riskte oldukları sağlık sorunları konusunda danışmanlık ve eğitim vererek, kişilerin kendi bakımlarının sorumluluğunu üstlenmelerini sağlamaktadır. Aile hekimleri, sağlık danışmanlığı ve hastalıkların erken tanısında önemli bir konuma sahip olduklarını unutmamalıdır.

Aile hekimleri, günlük pratiklerinde PSM uyguluyor olsalar da hizmet verdikleri toplumun PSM hakkındaki farkındalığı, bu doğrultuda hangi tutumları sergiledikleri ve PSM'den beklentileri yeteri kadar bilinmemektedir.

Bir diğer önemli konu, fizik muayene ve yapılacak tetkiklerin çok sık aralıklarla tekrarlanmasının, koruyucu hekimliğin modern bilgilerine göre uygun olmayan bir strateji olduğudur. Bu nedenle PSM, aile hekimliği için daha akılcı bir strateji sağlar.

Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında aile hekimleri bireylere sigara içme ve alkollü içki tüketme davranışlarını sorarak taramalıdır. Gerektiğinde danışmanlık ve tedavi verebilmelidir.

Aile hekimleri bireylere/hastalara düzenli beslenme ve egzersiz gibi sağlıklı yaşam davranışlarını danışmanlık yaparak kazandırmalıdır.

Özellikle ailesinde kanser öyküsü olan bireyler, kanserde erken tanının hayat kurtardığı prensibi gereği mutlaka taranmalıdır.

Katılımcıların PSM hakkındaki bilgilerinin ve farkındalıklarının artması, PSM algısını değiştirerek, tarama testi yaptırmayı arttırabilir. Bunun için en önemli araç eğitimidir. Yaşla birlikte artmaya başlayan rahatsızlıklar, buna bağlı kaygılar ve hastalık algısı PSM yaptırmada önemli rol almaktadır.

PSM için aile hekimlerine başvuruların düşük olması, koruyucu hekimlik yapma gücümüzü azaltmakta ve bu konuya daha fazla önem vermemiz gerektiğini göstermektedir.

Ülkemizde çocuklarda aşılama oranı özellikle son dönemlerde artarak yüksek düzeye ulaşmıştır. Ama aynı durum erişkin aşılama için söylenemez. Hâlbuki aşılama çocuklarda olduğu gibi erişkin bakımının da bir parçası olarak görülmelidir. Aşılamanın, aşının önleyebileceği hastalıkların tedavisinden çok daha ucuz ve hastalıkların neden olduğu tahribattan zararsız olduğu göz ardı edilmemelidir.

Kan lipid profilinin bozulması özellikle kardiyak hastalıklar ve ölümlere neden olmaktadır. Kan lipid profili bozukluğunun akut bir belirti vermeyen sinsi bir durum olduğu düşünülürse taranması, en sık ölüm nedenlerinden koruma açısından daha uygun olacaktır.

Kontrollü seyreden hipertansiyon; kalp yetmezliği, SVO ve MI riskinde anlamlı azalmalar sağlamaktadır. Bu durum göz önüne alınarak hipertansiyonun erken tanı ve tedavisi için tansiyon takibi yapılmalıdır.

Biyopsikolojik yükü fazla olan mesleklerde daha fazla depresif durum olma ihtimali olabilir. Bundan dolayı depresyon taraması yaygınlaştırılmalıdır.

Kadınlarda en ölümcül kanser olması nedeniyle meme kanserinin taranması yaygınlaştırılmalıdır.

Pap-smear testi son birkaç yıldır aile sağlığı merkezlerinde de yapılmaktadır. Bundan dolayı ulaşılması kolay bir testtir. Servikal kanser taraması, serviks kanserine bağlı ölüm oranlarında anlamlı azalma sağladığı ve daha iyi kür oranlarıyla ilişkili olduğu için önerilmelidir.

Kolorektal kanser için yapılan tarama testlerinin uygulaması yetersizdir ve yaygınlaştırılmalıdır. Özellikle kolorektal kanserde erken tanı ve tedavinin mortalite ve morbidite azalmasını sağladığı ve bunun yanında tedavi maliyetlerini de düşürdüğü düşünülürse tarama testlerinin önemi daha çok ortaya çıkmaktadır.

Çalışmamızda tarama sıklığı ve taramaya başlama yaşı hakkındaki sorulara verilen yanıtların güncel kılavuzlara uyum oranının düşük olması, PSM bilgi düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir. Bireylerin PSM ile ilgili bilgilerinin eğitim programları, sunumlar, poster ve broşürler aracılığıyla pekiştirilmesi uygun olacaktır.

Periyodik sağlık muayeneleri ile ilgili bilgi düzeyinin, periyodik sağlık muayeneleri hakkında farkındalık ve periyodik sağlık muayeneleri yaptırma durumu ile doğru orantılı olduğunu düşünmekteyiz. Öte yandan PSM önerilerinin sık güncellendiği ve değişken olduğu da unutulmamalıdır. Periyodik sağlık muayeneleri uygulamalarının

yaygınlaşması amacıyla kişilerin bilgi düzeyleri eğitimlerle arttırılabilir. Bu noktada aile hekimlerine önemli sorumluluklar düşmektedir.

Sağlık durumlarını ‘orta’ veya ‘kötü’ olarak değerlendiren bireylere, uygun ve etkili girişimlerle sağlık durumlarını daha iyi hissettirebilmek koruyucu hekimlik açısından önemli olmalıdır. Çünkü sağlığın öz-değerlendirilmesi ile mortalite arasında bir ilişki olduğunu gösteren çalışmalar vardır.

Bireylerde/hastalarda oluşan hastalık kaygısı PSM yaptırma durumunu arttırmaktadır.

Sağlıklı yaşam davranışları olan sigara içmeme/bırakma, aşırı alkol tüketmeme/azaltma, düzenli beslenme ve egzersiz davranışlarının katılımcıların sağlık durumlarını doğrudan veya dolaylı olarak olumlu yönde etkilemesini beklemekteyiz. Bu nedenle aile hekimleri değiştirilebilir risk faktörleri hakkında hastalara/bireylere danışmanlık yapmalıdırlar.

Bireylerin PSM hakkındaki inançları, onların koruyucu hizmetten faydalanma oranını etkilemektedir. Sağlıkla ilgili bireysel inançları anlamak, koruyucu hizmetlerin hedeflenen değerlere ulaşmada önemli rol oynamaktadır.

KAYNAKLAR

1. **Virgini V, Meindl-Fridez C, Battegay E, Zimmerli L.** Check-up examination: recommendations in adults. *Swiss Medical Weekly* **2015**; 145:w14075.
2. **Burgut E, Anber N, Akpınar E, Bozdemir N.** Periyodik Sağlık Muayenesi. *ARŞİV* **2007**; 16:1
3. **McWhinney IR.** A Textbook of Family Practice. 2nd ed., New York: Oxford University Press, **1997**; 3-28 , 37-103, 179-227.
4. **Sox HC.** The health check-up: was it ever effective? Could it be effective? *JAMA* **2013**; 309:2496-7.
5. **Mehrotra A, Zaslavsky AM, Ayanian JZ.** Preventive health examinations and preventive gynecological examinations in the United States. *Arch Intern Med.* **2007**; 167:1876-83.
6. **IMS Health.** Top 10 reasons for physician visits in Canada. In, Canadian disease and therapeutic index; **2009**.
7. **Mulley A, Bert GJR.** The periodic health evaluation. In: Kelley W(Eds). Internal Medicine. 1st ed. Philadelphia, Lippincott Comp **1989**;40-45.
8. **McWhinney IR, Freeman Teds.** Sağlık Geliştirilmesi ve Hastalıkların Önlenmesi. Güldal D, çeviri editörü. Aile Hekimliği. 3. Baskı. İstanbul: Medikal Akademi Yayıncılık ve Oxford University Press; **2012**. p.193.
9. **T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.** Sağlık İstatistikleri Yıllığı **2014**; s:104.
Erişim: (http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2014.pdf) Erişim tarihi:26.02.2016.
10. **T.C. Sağlık Bakanlığı.** Aile Doktorları için Kurs Notları. Ankara; **2004** s:99-100
11. **Alwan A.** Noncommunicable diseases: a major challenge to public health in the Region. *Eastern Mediterranean Health Journal* **1997**; 3(1): 6-16.
12. **Bilir N, Subaşı N.** Bulaşıcı olmayan hastalıklar ve kontrolü. Ed: Güler Ç, Akın L.Halk Sağlığı Temel Bilgiler. ss:1032-1043, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, **2006**.
13. **Fidaner C.** Kanserde erken yakalama: Erken tanı ve taramalar. Ed: Tuncer M.Türkiye’de Kanser Kontrolü. ss:319-333, Onur Matbaacılık, Ankara, **2007**.
14. **Kuehle T, Schedoni D, Visentin G, Gervas J, Jamoule M.** Quaternary prevention: a task of the general practitioner. *PrimaryCare.* **2010**; 10(18):350-4.
15. **Gofrit ON, Shemer J, Leibovici D, Modan B, Shapira SC.** Quaternary prevention: a new look at an old challenge. *Isr Med Assoc J.* **2000**;2(7):498-500.
16. **Hunziker S, Schlapfer M, Langewitz W, Kaufmann G, Nuesch R, Battegay E, Zimmerli L.** Open and hidden agendas of “asymptomatic” patients who request check-up exams. *BMC Fam Pract.* **2011**;12:22.
17. **Brody DS, Miller SM, Lerman CE, Smith DG, Lazaro CG, Blum MJ.** The relationship between patients' satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received. *Med Care.* 989;27:1027-35.
18. **Jackson JL, Kroenke K.** Patient satisfaction and quality of care. *Mil Med.* **1997**;162:273-7.
19. **Joos SK, Hickam DH, Borders LM.** Patients’ desires and satisfaction in general medicine clinics. *Public Health Rep.* **1993**;108:751-9.

20. **Kravitz RL, Callahan EJ, Paterniti D, Antonius D, Dunham M, Lewis CE.** Prevalence and sources of patients' unmet expectations for care. *Ann Intern Med.* **1996**;125:730–7.
21. **Kravitz RL, Cope DW, Bhrany V, Leake B.** Internal medicine patients' expectations for care during office visits. *J Gen Intern Med.* **1994**;9:75–81.
22. **The European Definition of General Practice/Family Medicine.** Short Version. Leuven: European Academy of Teachers in General Practice, EURACT; **2005.** p. 6.
23. **Dobell H.** Lectures on the Germs and Vestiges of Disease, and on the Prevention of the Invasion and Fatality of Disease by Periodical Examinations. London: Churchill; **1861.**
24. **Han PK.** Historical changes in the objectives of the periodic health examination. *Ann Intern Med.* **1997**;127:910–7.
25. **Edie E.** Health examinations past and present and their promotion in Pennsylvania. *Am J Publ Health.* **1925**;15:602–6.
26. **Fisk EC, Crawford JR.** How to Make the Periodic Health Examination; A Manual of Procedure. New York: Macmillan; **1927.**
27. **Knight A.** The value of the periodic examinations in life insurance policyholders. Proceedings of the Association of Life Insurance Medical Directors of America **1921**–22;8:25.
28. **Emerson H.** Periodic medical examinations of apparently healthy persons. *JAMA.* **1923**;80:1376–81.
29. **Wilson JMG, Jungner G.** Principles and Practice of Screening for Disease. Geneva: World Health Organization. **1968.** p.14-39.
30. **Frame PS, Carlson SJ.** A critical review of periodic health screening using specific screening criteria. Part 4: selected miscellaneous diseases. *J Fam Pract.* **1975**;2:283–9.
31. **The periodic health examination.** Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *Can Med Assoc J.* **1979**;121:1193–254.
32. **American Academy of Family Physicians – Periodic Health Examinations.** Erişim: (<http://www.aafp.org>) Erişim tarihi:26.02.2016.
33. **U.S. Preventive Service Task Force.** Guide to clinical preventive services: an assessment of the effectiveness of 169 interventions: report of the U.S. Preventive Services Task Force. Baltimore: Williams & Wilkins; **1989.**
34. **U.S. Preventive Services Task Force Grade Definitions.** Erişim: (<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grades.htm>) Erişim tarihi: 26.02.2016.
35. **American Academy of Family Physicians.** Summary of recommendations for clinical preventive services, AAFP, **2016.**
36. **World Health Organization.** The top 10 causes of death. Erişim: (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en>) Erişim tarihi: 04.01.2016.
37. **TÜİK.** 2015 Ölüm Nedeni İstatistikleri. Erişim: (<http://www.tuik.gov.tr>) Erişim tarihi: 08/01/2016.
38. **Tengs TO, Adams ME, Pliskin JS, Safran DG, Siegel JE, Weinstein MC, et al.** Five-hundred life-saving interventions and their cost-effectiveness. *Risk Anal.* **1995**;15:369–90.
39. **Moyer VA.** Behavioral counseling interventions to promote a healthful diet and physical activity for cardiovascular disease prevention in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* **2012**;157:367–71.

40. **U.S. Preventive Service Task Force.** Behavioral counseling in primary care to promote a healthy diet: recommendations and rationale. *Am J Prev Med.* **2003**;24:93–100.
41. **American Academy of Family Physicians.** Summary of recommendations for clinical preventive services **2016**, Erişim: (http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/clinical_recommendations/cps-recommendations.pdf) Erişim tarihi:26.02.2016.
42. **T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.** Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri. 2015; yayın no:991.
43. **Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T.** Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* **2013**;5:CD000165.
44. **Bundesamt für Gesundheit [Internet].** Erişim: (<http://www.bag.admin.ch>.)
45. **Schroeder SA.** What to do with a patient who smokes. *JAMA: the journal of the American Medical Association.* **2005**;294:482–7.
46. **U.S. Preventive Services Task Force.** Counseling and interventions to prevent tobacco use and tobacco-caused disease in adults and pregnant women: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med.* **2009**;150:551–5.
47. **Albert L.** Behavioral and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Women: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement *Ann Intern Med.* **2015**;163:622–634
48. **Fiore MC, Baker TB.** Clinical practice. Treating smokers in the healthcare setting. *N Engl J Med.* **2011**;365:1222–31.
49. **Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL.** Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA: the journal of the American Medical Association* **2004**;291:1238–45.
50. **Bertholet N, Daepfen JB, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B.** Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med.* **2005**;165:986–95.
51. **Kaner E, Bland M, Cassidy P, Coulton S, Deluca P, Drummond C, et al.** Screening and brief interventions for hazardous and harmful alcohol use in primary care: a cluster randomised controlled trial protocol. *BMC public health.* **2009**;9:287.
52. **Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL.** Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcohol Clin Exp Res.* **2002**;26:36–43.
53. **Moyer VA.** Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med.* **2013**;159:210–8.
54. **Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro, MG.** Audit- The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. Geneva: World Health Organization; **2001**.
55. **Maisto SA, Saitz R.** Alcohol use disorders: screening and diagnosis. *The American journal on addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions* **2003**;12(Suppl 1):S12–25.
56. **U.S. Preventive Services Task Force.** Screening for Illicit Drug Use. AHRQ Publication Number 08-05108-EF-3 January **2008**.
57. **U.S. Preventive Services Task Force.** Behavioral counseling to prevent sexually transmitted infections. *Ann Intern Med.* **2008**;149:491–496, W495.

58. **Kamb ML, Fishbein M, Douglas JM, Jr., Rhodes F, Rogers J, Bolan G, et al.** Efficacy of risk-reduction counseling to prevent human immunodeficiency virus and sexually transmitted diseases: a randomized controlled trial. Project RESPECT Study Group. *JAMA*. **1998**.
59. **Lin JS, Whitlock E, O'Connor E, Bauer V.** Behavioral counseling to prevent sexually transmitted infections: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. **2008**;149:497–508, W496–499.
60. **Centers for Disease Control and Prevention (CDC).** Erişim: (<http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/adult-compliant.html>) Erişim tarihi: 28/02/2016.
61. Australian Government- The department of health [Internet]. Erişim: (<http://www.immunise.health.gov.au>).
62. **Friedman GD.** The preventive health examination. In: Wyngarden, Bennett S (eds). *Cecil Textbook of Medicine*. 18th ed. Philadelphia, WB Saunders Company Inc **1986**;55-56.
63. **Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Bohm M, et al.** 2013 Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC): ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension. *Journal of Hypertension*. **2013**; 31(10):1925–1938.
64. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *NIH* **2004**; Publication No. 04-5230
65. **U.S. Preventive Services Task Force.** Screening for high blood pressure: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med*. **2007**;147:783–6.
66. **Moyer VA.** Screening for coronary heart disease with electrocardiography: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. **2012**;157:512–8.
67. **U.S. Preventive Services Task Force.** Using Nontraditional Risk Factors in Coronary Heart Disease Risk Assessment: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement *Ann Intern Med*. **2009**;151:474-482.
68. **Swiss Atherosclerosis Association [Internet].** Erişim: (<http://www.agla.ch>).
69. **Swiss Medical Board [Internet].** Erişim: (<http://www.medical-board.ch>).
70. **Karius P, Schuetz GM, Schlattmann P, Dewey M.** Extracardiac findings on coronary CT angiography: a systematic review. *J Cardiovasc Comput Tomogr*. **2014**;8:174–182 e171–176.
71. **U.S. Preventive Services Task Force.** Aspirin for the Prevention of Cardiovascular Disease: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement *Ann Intern Med*. **2009**;150:396-404.
72. **Evaluation of Genomic Applications in Practice and Prevention (EGAPP) Working Group.** Recommendations from the EGAPP Working Group: Genomic profiling to assess cardiovascular risk to improve cardiovascular health Genetics IN Medicine Volume 12, Number 12, **2010**.
73. **Michael L. LeFevre,** Screening for Abdominal Aortic Aneurysm: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement *Ann Intern Med*. **2014**;161:281-290.
74. **U.S. Preventive Services Task Force.** Screening for abdominal aortic aneurysm: recommendation statement. *Ann Intern Med*. **2005**;142:198–202.
75. **Fleming C, Whitlock E, Beil T, Lederle F.** Screening for Abdominal Aortic Aneurysm: A Best-Evidence Systematic review for the U.S. Preventive Service Task Force. AHRQ Pub No 05–0569–B **2005**.
76. **Barton M.** Screening for obesity in children and adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Pediatrics*. **2010**;125:361–7.

77. **Moyer VA.** Screening for and management of obesity in adults: U.S.Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann InternMed.* **2012**;157:373–8.
78. **T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.** Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri. 2015; yayın no:991, s:44.
79. **Helfand M, Carson S.** Screening for Lipid Disorders in Adults: Selective Update of 2001 U.S. Preventive Service Task Force Review. AHRQ Publication No 08–05114–EF-1 **2008**.
80. **Reiner Z, Catapano AL, De Backer G, Graham I, Taskinen MR,Wiklund O, et al.** ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: Addenda. *European Heart Journal* **2011**.
81. **Downs JR, Clearfield M, Weis S, Whitney E, Shapiro DR, Beere PA,et al.** Primary prevention of acute coronary events with lovastatin in men and women with average cholesterol levels: results of AFCAPS/TexCAPS. *JAMA.* **1998**;279(20):1615-1622.
82. **Ray KK, Seshasai SR, Erqou S, Sever P, Jukema KW, Ford I, et al.** Statins for Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Elderly Patients: Systematic Review and Meta-Analysis. *Drugs & Aging* **2015**; Volume 32, Issue 8, pp 649-661.
83. **Albert L.** Screening for Abnormal Blood Glucose and Type 2 Diabetes Mellitus: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement *Ann Intern Med.* **2015**;163:861-868.
84. **U.S. Preventive Services Task Force.** Screening for type 2 diabetes mellitus in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* **2008**;148:846–54.
85. Standards of medical care in diabetes – 2014. *Diabetes Care.* **2014**;37(Suppl 1):S14–80.
86. **Michael L. LeFevre.** Screening for Thyroid Dysfunction: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement *Ann Intern Med.* **2015**;162:641-650.
87. **Garber JR, Cobin RH, Gharib H, Hennessey JV, Klein I, MechanickJI, et al.** Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. *Thyroid.* **2012**;22(12): 1200-1235.
88. **Aoki Y, Belin RM, Clickner R, Jeffries R, Phillips L, Mahaffey KR.** Serum TSH and total T4 in the United States population and their association with participant characteristics: National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES 1999–2002). *Thyroid.* **2008**, 17(12): 1211-1223.
89. **Hollowell JG, Staehling NW, Flanders WD, Hannon WH, Gunter EW, Spencer CA, et al.** Serum TSH, T(4), and thyroid antibodies in the United States population (1988 to 1994): National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). *J Clin Endocrinol Metab.* **2002**;87(2):489-499.
90. **U.S. Preventive Services Task Force.** Screening for thyroid disease: recommendation statement. *Ann InternMed.* **2004**;140:125–7.
91. **Gencer B, Collet TH, Virgini V, Bauer DC, Gussekloo J, Cappola AR, et al.** Subclinical thyroid dysfunction and the risk of heart failure events: an individual participant data analysis from 6 prospective cohorts. *Circulation.* **2012**;126:1040–9.
92. **Rodondi N, den Elzen WP, Bauer DC, Cappola AR, Razvi S, Walsh JP, et al.** Subclinical hypothyroidism and the risk of coronary heart disease and mortality. *JAMA.* **2010**;304:1365–74.
93. **Selmer C, Olesen JB, Hansen ML, von Kappelgaard LM, Madsen JC, Hansen PR et al.** Subclinical and overt thyroid dysfunction and risk of all-cause mortality and cardiovascular events: a large population study. *J Clin Endocrinol Metab.* **2014**;99:2372–82.
94. **U.S. Preventive Services Task Force.** Screening for osteoporosis: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med.* **2011**;154:356–64.

95. **Moyer VA.** Vitamin D and calcium supplementation to prevent fractures in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* **2013**;158(9):691-696.
96. **Moyer VA.** Prevention of Falls in Community-Dwelling Older Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* **2012**;157:197-204.
97. **Virginia A. Moyer.** Vitamin D and Calcium Supplementation to Prevent Fractures in Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement *Ann Intern Med.* **2013**;158:691-696.
98. **Michael L. LeFevre.** Screening for Vitamin D Deficiency in Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* **2015**;162:133-140.
99. **FRAX- WHO Rechnet zur Bestimmung des Frakturrisikos [Internet].** Erişim: (<http://www.shef.ac.uk/FRAX/?lang=de>).
100. **National Osteoporosis Foundation.** Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis. In. Washington, DC: National Osteoporosis Foundation; **2014**.
101. **Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS.** Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med.* **1997**;12:439-45.
102. **U.S. Preventive Services Task Force.** Depression in Adults: Screening. December **2014**. Erişim: (<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/depression-in-adults-screening>). Erişim tarihi: 02.08.2016
103. **U.S. Preventive Services Task Force.** Screening for colorectal cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* **2008**;149:627-37.
104. **Hewitson P, Glasziou P, Irwig L, Towler B, Watson E.** Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. *Cochrane Database Syst Rev* **2007**:CD001216.
105. **Whitlock EP, Lin JS, Liles E, Beil TL, Fu R.** Screening for colorectal cancer: a targeted, updated systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* **2008**;149:638-58.
106. **Manser CN, Bachmann LM, Brunner J, Hunold F, Bauerfeind P, Marbet UA.** Colonoscopy screening markedly reduces the occurrence of coloncarcinomas and carcinoma-related death: a closed cohort study. *Gastrointest Endosc.* **2012**;76:110-7.
107. **U.S. Preventive Services Task Force.** Routine Aspirin or Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs for the Primary Prevention of Colorectal Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* **2007**;146:361-364.
108. **Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D.** Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin.* **2011**;61:69-90.
109. **Andrae B, Andersson TM, Lambert PC, Kemetli L, Silfverdal L, Strander B, et al.** Screening and cervical cancer cure: population based cohort study. *BMJ.* **2012**;344:e900.
110. **Johannesson G, Geirsson G, Day N.** The effect of mass screening in Iceland, 1965-74, on the incidence and mortality of cervical carcinoma. *Int J Cancer.* **1978**;21:418-25.
111. **Moyer VA.** Screening for cervical cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* **2012**;156:880-891, W312.
112. **Moyer VA.** Screening for lung cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* **2014**;160:330-8.
113. **American Cancer Society.** Cancer Facts & Figures 2013. In. Atlanta, GA: American Cancer Society; **2013**.

114. **Aberle DR, Adams AM, Berg CD, Black WC, Clapp JD, Fagerstrom RM, et al.** Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. *N Engl J Med.* **2011**;365:395–409.
115. **Albert L. Siu** Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* **2016**;164:279-296.
116. **Moyer VA.** Risk Assessment, Genetic Counseling, and Genetic Testing for BRCA-Related Cancer in Women: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* **2014**;160:271-281.
117. **Moyer VA.** Medications for Risk Reduction of Primary Breast Cancer in Women: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* **2013**;159:698-708.
118. **Biller-Andorno N, Juni P.** Abolishing mammography screening programs?A view from the Swiss Medical Board. *N Engl J Med.* **2014**; 370:1965-1967.
119. **Gotzsche PC, Jorgensen KJ.** Screening for breast cancer with mammography.Cochrane Database Syst Rev **2013**;6:CD001877.
120. **Howladder N, Noone A, Krapcho M, Neyman N, Aminou R, Waldron W, et al.** SEER Cancer Statistics Review, 1975–2008, National Cancer Institute. In. Bethesda, MD; **2011**.
121. **Gasser T, Iselin C, Jichlinski P, Kreienbühl B, Merz V, Recker F, et al.** PSA-Bestimmung – Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaftfür Urologie (SGU). *Schweiz Med Forum.* **2012**;12:126–8.
122. **Moyer VA.** Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* **2012**;157(2):120-134.
123. **Croswell JM, Kramer BS, Kreimer AR, Prorok PC, Xu JL, Baker SG,et al.** Cumulative incidence of false-positive results in repeated, multimodal cancer screening. *Ann Fam Med.* **2009**;7:212–22.
124. **Raaijmakers R, Kirkels WJ, Roobol MJ, Wildhagen MF, Schrder FH.** Complication rates and risk factors of 5802 transrectal ultrasoundguided sextant biopsies of the prostate within a population-based screening program. *Urology.* **2002**;60:826–30.
125. **Chou R, Croswell JM, Dana T, Bougatsos C, Blazina I, Fu R, et al.** Screening for prostate cancer: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* **2011**;155:762–71.
126. **Chou R, Dana T, Bougatsos C, Fu R, Blazina I, Gleitsmann K, BruinRugge J.** Treatments for Localized Prostate Cancer: Systematic Reviewto Update the 2002 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. AHRQ Pub No 12–05161–EF-1 **2011**.
127. **İkişik H.** Akademisyenlerin Sağlık Tarama Programlarına Uyumu (tez). İstanbul:Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi; **2009**.
128. **Keskinoğlu P.** Sosyoekonomik düzeyi düşük bir bölgede 15 yaş üzerinde sigara içicilik sıklığı. İçicilik Maliyeti ve İçiciliğin Hastalık Varlığına Etkisi. *Toraks Dergisi* **2007**;8(4):227-233.
129. **Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T.** Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* **2013**;5:CD000165.
130. **WHO.** The Top 10 Causes of Death. Erişim: (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en>) Erişim tarihi: 04.01.2016.
131. **Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.** Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu. **2010**; Sağlık Bakanlığı Yayın No: 803.

132. **TÜİK.** Küresel Yetişkin Tütün Araştırması. 2012; Erişim: (<http://www.tuik.gov.tr>) Erişim:08/01/2016.
133. **Özdemir A K.** Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi akademik personelinde tükenmişlik ölçeğinin üç yıllık arayla değerlendirilmesi. *C.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* **2003**;6(1).
134. **Ekici T E.** Kadın Öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin değerlendirilmesi. Dokuz Eylül üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü, yayınlanmamış doktora tezi, **2002**.
135. **Kaya F, Ünüvar R.** Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *Kor Hek.* **2008**; 7(1):59-64.
136. **Marakoğlu, K, Sezer E.** Smoking in pregnancy. *Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* **2003**;25(4):157–164.
137. **Aslaner E.** Adana İl Merkezinde Sigara Kullanımı Ve Etkilerinin, Sigaraya Ve Dumana Maruziyetin Ve Tütün Kontrol Yöntemleri İle İlgili Bilgi, Tutum Ve Davranışların Telefon Surveyi İle Saptanması (Yüksek lisans Tezi). Adana:Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, **2008**.
138. **Lale G.** Ankara ili merkez ilçeleri aile sağlık merkezlerinde çalışan 40 yaş ve üzeri aile hekimlerinin tarama testlerini kendilerine yaptırma durumları (tez). Ankara:Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi; **2013**.
139. **World Health Organization.** World Health Report **2002**: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva, Switzerland. Erişim: (http://www.who.int/whr/2002/Overview_E.pdf) Erişim tarihi: 08.01.2016.
140. **WHO.** World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva, Switzerland: World Health Organization 2002. Erişim: (http://www.who.int/whr/2002/Overview_E.pdf) Erişim tarihi: 08.02.2016).
141. **T.C. Sağlık Bakanlığı, RSHMB Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü.** Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004. Erişim: (http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_hastalik_yuku_calismasi.pdf) Erişim tarihi: 08.01.2016.
142. **T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.** Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı. Erişim: (http://karasudh.saglik.gov.tr/userfiles/file/turkiye_obeziye_sismanlik_ile_mucadele_ve_kontrolp rogrami_2010_2014.pdf) Erişim tarihi:01.08.2016.
143. **Çınar S.** Akademisyenlerin fiziksel aktivite düzeylerinin incelenmesi/Çanakkale örneği (yüksek lisans tezi). Çanakkale:Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; **2012**.
144. **Şahin Kürşat M.** 2012-2013 yılları arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Periyodik Sağlık Muayenesi Polikliniği'ne Başvuran erişkinlerin demografik ve medikal durumları ile kendi "Sağlık öz değerlendirmeleri" arasındaki ilişki (tez). Samsun:Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi; **2014**.
145. **T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Gıda Güvenliği Daire Başkanlığı Toplum Beslenmesi Şubesi.** Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım Projesi Araştırma Raporu. Erişim: (<http://www.beslenme.gov.tr>) Erişim tarihi:02.08.2016
146. **Son KY, Lee CM, Cho B, at al.** Effect of Additional Brief Counselling after Periodic Health Examination on Motivation for Health Behaviour Change. *J Korean Med Sci* **2012**; (12): 1607.
147. **WHO.** Global status report on alcohol and health, World Health Organization **2014**.
148. **TÜİK.** Sağlık Araştırması, 2012. Erişim: (<http://www.tuik.gov.tr/Start.do>) Erişim tarihi 08.01.2016.

149. **Sözen F, Aydemir S, Kut A.** Bir Üniversite Hastanesi Örnekleminde Hastaların Periyodik Sağlık Muayenesi Hakkındaki Farkındalıkları, *Türk Aile Hek Derg* **2015**;19 (3): 112-121.
150. **WHO.** 10 facts on cancer. Erişim: (<http://www.who.int/features/factfiles/cancer/facts/en/index9.html>) Erişim:16.07.2016.
151. **Shires DA, Stange KC, Divine G, et al.** Prioritization of evidence-based preventive health services during periodic health examinations. *Am J PrevMed.* **2012**; 42(2): 164-73.
152. **McWhinney IR, Freeman Teds.** Sağlık Geliştirilmesi ve Hastalıkların Önlenmesi. Güldal D, çeviri editörü. Aile Hekimliği. 3. Baskı. İstanbul: Medikal Akademi Yayıncılık ve Oxford University Press, **2012**; 193.
153. **T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.** Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013. Erişim: (http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2013.pdf) Erişim:16.07.2016.
154. **TÜİK.** Türkiye Sağlık Araştırması 2014, Erişim: (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18854>) Erişim tarihi: 08.01.2016.
155. **Parisa Islami Parkoohi, Hashem Zare, Gholamreza Abdollahifard.** An Experience Of Qualified Preventive Screening: Shiraz Smart Screening Software, Shiraz University Of Medical Sciences, Shiraz, Iran, *IJMS* Vol 40, No 1, **2015**.
156. **Altun B.** Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the Patent 1 Study). Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. *Journal of Hypertension* **2005**; 23(10):1817-1823.
157. **Ulusal Kalp Sağlığı Politikası Türk Kardiyoloji Derneği, 2008.** Erişim: (http://www.tkd-online.org/UKSP/TKD_UlusalKalpSagligiPolitikasi_Taslak.pdf) Erişim tarihi: 08.01.2016).
158. **TÜİK.** Ölüm Nedeni İstatistikleri 2015. Erişim: (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21526>) Erişim:16.07.2016.
159. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Bethesda (MD); **2004**.
160. **Çevikkalp B.** Edirne Şehir Merkezinde Yaşayan Erişkinlerin Periyodik Sağlık Muayeneleri Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; **2010**.
161. **Gülmen U.** Adana İli Ceyhan, Kozan, Feke, Saimbeyli, Tufanbeyli, Pozantı, Karaisalı, Aladağ, İmamoğlu, Yumurtalık, Karataş İlçelerinde Yaşayan Bireylerin Davranışsal Risk Faktörlerinin Belirlenmesi(Uzmanlık Tezi). Adana:Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi; **2010**.
162. **Szucs TD, Müller D.** Influenza vaccination coverage rates in five European countries-a population-based cross-sectional analysis of two consecutive influenza seasons. *Vaccine.* **2005** Oct 17;23(43):5055-63.
163. **Pebody RG, Hippysey-Cox J, Harcourt S, Pringle M, Painter M, Smith G.** Uptake of pneumococcal polysaccharide vaccine in at-risk populations in England and Wales 1999-2005. *Epidemiol Infect.* **2008** Mar;136(3):360-9.
164. **WHO.** 10 facts on cancer. Erişim: (<http://www.who.int/features/factfiles/cancer/facts/en/index4.html>) Erişim tarihi 16.06.2016.
165. **Karakus F.** Malatya İl Merkezinde Bulunan Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe ve Hemsirelerin Meme Kanseri Erken Tanı Uygulamaları Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları (tez). Malatya: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; **2008**.
166. **Frank E, Rothenberg R, Lewis C, Belodoff BF.** Correlates of Physicians' Prevention-Related Practices.Findings From the Women Physicians' Health Study. *Arch Fam Med.* **2000**;9:359-367.

167. **Gençtürk N.** Kadın Sağlık Profesyonellerinin Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemlerini Bilme Ve Uygulama Durumları. *The Journal Of Breast Health* **2013** Vol: 9 No: 1.
168. **Dişçigil G, Şensoy N, Tekin N, Söylemez A.** Ege Bölgesinde Yaşayan Bir Grup Kadının Bilgi, Davranış Ve Uygulamaları. *Marmara Medical Journal* **2007**;20(1);29-36.
169. **Sheila F. Castañeda, Vanessa L. Malcarne, Pennie G. Foster-Fishman, William S. Davidson, Manpreet K. Mumman, Natasha Riley, Georgia R. Sadler.** Health Care Access and Breast Cancer Screening Among Latinas Along the California–Mexican Border. *Journal of Immigrant and Minority Health.* **2014**; 16(4):670-681.
170. **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.
171. **Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D.** Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin.* **2011**;61:69–90.
172. **Zemheri E, Koyuncuer A.** Servikal Kanserlerin Erken Tanısında Pap Testinin Önemi. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, **2005**; 14:1–4.
173. **Green EH, Freund KM, Posner MA, David MM.** Pap smear rates among Haitian immigrant women in eastern Massachusetts. *Public Health Rep.* **2005**; 120(2): 133–9.
174. **Shea AL, Garcia MV, Cadavid AO, Velez RC, Diaz MM, Fernandez TB.** Health of family physicians: do we practice what we preach? *Aten primaria* **2011**;43:305e11.
175. **Dönmez AG.** Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan kadın sağlık personelinin serviks kanserine ilişkin bilgi düzeyinin ve farkındalığının araştırılması (tez). İstanbul:Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi; **2007**.
176. **WHO.** The Top 10 Causes of Death. Erişim: (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>) Erişim: 16.07.2016.
177. **Aydınlı MS, Kuzu A, Tekiner S.** Kolorektal Kanseri Tanısı Alan Hastaların Koruyucu Hekimlik Açısından Durumları Ve Tanı Sürecinin Değerlendirilmesi (Tez). Ankara:Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi; **2011**.
178. **Hudson SV, Ferrante JM, Strickland PO, Hahn KA, Shaw EK, Hemler J, Crabtree BF.** Physician Recommendation and Patient Adherence for Colorectal Cancer Screening. *JABFM* **2012**; 25(6):782-791.
179. **Centers for Disease Control and Prevention.** Vital Signs: Colorectal Cancer Screening Test Use — United States, 2012. *MMWR* / November 8, **2013** / 62(44):881-888.
180. **Breslow L.** Prevention and control of chronic disease. V. Periodic health examination and multiple screening. *Am J Public Health Nations Health* **1959**; 49: 1148-55.
181. **T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.** Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarının Önleme ve Kontrol Programı, birincil, ikincil ve üçüncül korumaya yönelik eylem planı, 2010. Erişim: (<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-71613/h/kalp-ve-damar-hastaliklarini-onleme-ve-kontrol-programi-pdf>) Erişim tarihi: 01.08.2016.
182. **Mossey JM, Shapiro E.** Self-rated Health: A predictor of mortality among the Elderly. *American Journal of Public Health* **1982**; 72(8):800–808.
183. **Idler EL.** Self-Assessed Health and Mortality: A review of studies. In: Maes S, Leventhal H, Johnston, M. eds., *International Review of Health Psychology*. John Wiley & Sons Ltd., **1992**; pp. 33–54.
184. **Hozawa A, Kuriyama S, Watanabe I, Kakizaki M, Ohmori-Matsuda K, Sone T at all.** Participation in health check-ups and mortality using propensity score matched cohort analyses. *Prev Med.* **2010**; 51(5):397-402.

185. **Sung NJ, Markuns JF, Park KH, Kim K, Lee H, Lee JH.** Higher quality primary care is associated with good self-rated health status. *Fam Pract.* **2013** Oct;30(5):568-75.
186. **Kepka D, Ayala GX, Cherrington A.** Do Latino immigrants link self-rated health with BMI and health behaviors? *Am J Health Behav.* **2007** Sep-Oct;31(5):535-44.
187. **Baruth M, Becofsky K, Wilcox S, Goodrich K.** Health characteristics and health behaviors of African American adults according to self-rated health status. *Ethn Dis.* **2014** Winter;24(1):97-103.
188. **Cathleen M, Shultz S.** Lifestyle assesment. *Nursing Clinics of North America* **1984**;19(2):271-281.
189. **Andrea Cherrington, Giselle Corbie-Smith, Donald E. Pathman.** Do Adults Who Believe In Periodic Health Examinations Receive More Clinical Preventive Services?, Nih Public Access, *Prev Med.* **2007** October ; 45(4): 282–289.



EKLER

EK-1: Bilgilendirme, Onam ve Anket Formu

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ ÖĞRETİM ÜYELERİNİN PERİYODİK SAĞLIK MUAYENESİ ALGILARI, BİLGİ DÜZEYLERİ VE PERİYODİK SAĞLIK MUAYENESİ YAPTIRMA DURUMLARI

Değerli Hocam,

Bu anket formu, Çukurova Üniversitesi öğretim üyelerinin periyodik sağlık muayenesi algıları, bilgi düzeyleri ve periyodik sağlık muayenesi yaptırma durumları ile ilişkili bir araştırma için geliştirilmiştir. Çalışmaya katılmak zorunlu değildir. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır. Çalışmaya katılıp katılmama durumunuz almakta olduğunuz veya alacağınız sağlık hizmetini etkilemeyecektir.

Arş. Gör. Dr. Emrah Ersoy

Prof. Dr. Esra Saatçı

ÇÜTF Aile Hekimliği AD

1.Yaşınız.....

2.Cinsiyetiniz 1.erkek 2.kadın

3.Medeni durumunuz

1.bekar 2.evli/birlikte yaşıyor 3.eşi vefat etmiş 4.tekrar evlenmiş 5.boşanmış veya ayrı yaşıyor 6.sözlü/nişanlı

4.Sosyoekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1.Düşük 2.Düşük-orta 3.Orta 4.Orta-yüksek 5.Yüksek

5. Aylık hane geliriniz ne kadardır?

1.1350 TL altı 2.1350-3000 3.3000-5000 4.5000-7000 5.7000 üstü

6.Sigara kullanıyor musunuz?

1.hayır 2.evet

7.Evet ise günde ne kadar içersiniz?

1. on adetten az 2. on ile yirmi arası 3.yirmi bir ve otuz arası 4.otuz bir ve üzeri

8.Alkol kullanır mısınız?

1.nadiren 2.ayda bir-iki kez 3.haftada bir-iki kez 4. haftada 3-4 kez 5.her gün
6.kullanmıyorum

9.Egzersiz yapar mısınız?

1.Haftada 150 dakikadan fazla 2. Haftada 150 dakikadan az 3.Yapmam

10.Ailenizde kanser olan var mı?

1. Hayır 2.Evet (lütfen belirtiniz).....
.....kanserini.....(akrabalık derecesi)

11.Beden kitle indeksinizi (kilo/boy²) son bir yıl içinde hesapladınız mı?

1. Evet 2.Hayır

12.Bel çevrenizi son beş yıl içinde ölçtünüz mü?

1. Evet 2.Hayır

13.Son beş yıl içinde hiç kan tetkiki (anemi açısından hemoglobin düzeyi) yaptırдыңız mı?

1. Evet 2.Hayır

14. Son beş yıl içinde kan yağlarınıza (lipid, kolesterol, trigliserid gibi) baktırdınız mı?

1. Evet 2. Hayır

15. Kan basıncınızı en son ne zaman ölçtürdünüz?

1. Son altı ay içinde 2. Son bir-iki yıl içinde 3. İki yıldan daha önce 4. Hiç ölçtürmedim 5. Hatırlamıyorum

16. Son bir yıl içinde grip aşısı yaptırdınız mı?

1. Evet 2. Hayır 3. Hatırlamıyorum

17. Son 10 yıl içinde tetanoz aşısı yaptırdınız mı?

1. Evet 2. Hayır 3. Hatırlamıyorum 4. On yıldan daha önce yaptırdım

18. Hepatit B aşısı (veya bağışıklığınız var mı?) yaptırdınız mı?

1. Evet 2. Hayır 3. Hatırlamıyorum

19. Pnömoni (zatürre) aşısı yaptırdınız mı?

1. Evet 2. Hayır 3. Hatırlamıyorum

20. Depresyon açısından hiç değerlendirildiniz mi?

1. Evet 2. Hayır

21. İhmal ve istismar açısından hiç değerlendirildiniz mi?

1. Evet 2. Hayır

22. soruyu 50 yaş ve üzeri erkekler cevaplayacaktır.

22. Son bir yıl içinde prostat için kan tetkiki (PSA) ölçümü yaptırdınız mı?

1. Evet 2. Hayır 3. Hatırlamıyorum

23, 24, 25. soruları kadınlar cevaplayacaktır.

23.Geçen yıl içinde doktor tarafından meme muayenesi yaptırdınız mı?

1.Evet 2.Hayır 3.Hatırlamıyorum

24.Son iki yıl içinde mamografi yaptırdınız mı?

1.Evet 2.Hayır 3.Hatırlamıyorum

25.Son beş yıl içinde Pap-smear örnekleme yaptırdınız mı?

1.Evet 2.Hayır 3.Hatırlamıyorum

26. ve 27. Soruyu 50 yaş ve üzeri kişiler cevaplayacaktır.

26.Geçen yıl içinde gaitada gizli kan baktırdınız mı?

1.Evet 2.Hayır 3.Hatırlamıyorum

27.Son 10 yıl içinde tarama amaçlı kolonoskopi yaptırdınız mı?

1.Evet 2.Hayır 3.Hatırlamıyorum

28.Tarama testlerini yaptırmak için nereye başvuruyorsunuz?

1.Aile hekimime 2. Devlet veya Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma hastanelerine 3. Üniversite hastanelerine 4. Özel hastanelere 5. Tanıdık bir doktora (.....) 6.KETEM'lere 7. Diğer (.....)

29.Bu günden itibaren herhangi bir tarama testi yaptırır mısınız?

1. Evet 2. Hayır

30. Yaptırmazsanız, neden?

1) Gerekliliğine inanmıyorum 2) Zamanım olmuyor 3) En kısa sürede yaptıracam
4) Yaptırmayı unutuyorum 5) Diğer

31.Sizce sağlıklı da olsanız ne sıklıkta kilonuzu ölçtürmeniz ve BKİ hesaplamanız gerekir?

1. Ayda bir 2 . altı ayda bir 3. yılda bir 4. beş yılda bir

32.Sizce sağlıklı da olsanız hangi yaştan itibaren kilonuzu ölçtürmeniz ve BKİ hesaplamaya başlamanız gerekir?

1. 18-29 yaş arası 2. 30-34 yaş arası 3. 35-39 yaş arası 4. 40-44 yaş arası 5. 45-49 yaş arası 6. 50-54 yaş arası 7. 55-59 yaş arası 8. 60-64 yaş arası 9. 65 yaş ve üzeri

33.Sizce sağlıklı da olsanız ne sıklıkta kan şekeri değerinizi ölçtürmeniz gerekir?

1. Ayda bir 2 . altı ayda bir 3. yılda bir 4. beş yılda bir

34.Sizce sağlıklı da olsanız kan şekeri değerinizi hangi yaştan itibaren ölçtürmeye başlamanız gerekir?

1. 18-29 yaş arası 2. 30-34 yaş arası 3. 35-39 yaş arası 4. 40-44 yaş arası 5. 45-49 yaş arası 6. 50-54 yaş arası 7. 55-59 yaş arası 8. 60-64 yaş arası 9. 65 yaş ve üzeri

35.Sizce sağlıklı da olsanız ne sıklıkta tansiyonunuzu ölçtürmeniz gerekir?

1. Ayda bir 2 . altı ayda bir 3. yılda bir 4. İki yılda bir 5.beş yılda bir

36.Sizce sağlıklı da olsanız hangi yaştan itibaren tansiyonunuzu ölçtürmeye başlamanız gerekir?

1. 18-29 yaş arası 2. 30-34 yaş arası 3. 35-39 yaş arası 4. 40-44 yaş arası 5. 45-49 yaş arası 6. 50-54 yaş arası 7. 55-59 yaş arası 8. 60-64 yaş arası 9. 65 yaş ve üzeri

37.Sizce sağlıklı da olsanız ne sıklıkta kan yağ değerinizi ölçtürmeniz gerekir?

1. Ayda bir 2 . altı ayda bir 3. yılda bir 4. beş yılda bir

38.Sizce sağlıklı da olsanız hangi yaştan itibaren kan yağ değerinizi ölçtürmeye başlamanız gerekir?

1. 18-29 yaş arası 2. 30-34 yaş arası 3. 35-39 yaş arası 4. 40-44 yaş arası 5. 45-49 yaş arası 6. 50-54 yaş arası 7. 55-59 yaş arası 8. 60-64 yaş arası 9. 65 yaş ve üzeri

39.Sizce herhangi bir kadın sağlıklı da olsa ne sıklıkta hekim tarafından meme muayenesi yaptırması gerekir?

1. Ayda bir 2 . altı ayda bir 3. yılda bir 4. beş yılda bir

40.Sizce herhangi bir kadın sağlıklı da olsa ne sıklıkta meme filmi (mamografi) çektilmesi gerekir?

1. Ayda bir 2 . altı ayda bir 3. yılda bir 4.iki yılda bir 5.beş yılda bir

41. Sizce herhangi bir kadın sağlıklı da olsa hangi yaştan itibaren meme muayenesi yaptırmak ve meme filmi çektilmeye başlaması gerekir?

1. 18-29 yaş arası 2. 30-34 yaş arası 3. 35-39 yaş arası 4. 40-44 yaş arası 5. 45-49 yaş arası 6. 50-54 yaş arası 7. 55-59 yaş arası 8. 60-64 yaş arası 9. 65 yaş ve üzeri

42.Sizce herhangi bir kadına sağlıklı da olsa ne sıklıkta Pap-smear yaptırmalıdır?

1. Ayda bir 2 . altı ayda bir 3. yılda bir 4.üç yılda bir 5. beş yılda bir

43.Sizce herhangi bir kadına sağlıklı da olsa hangi yaştan itibaren Pap-smear yaptırması gerekir?

1. 18-29 yaş arası 2. 30-34 yaş arası 3. 35-39 yaş arası 4. 40-44 yaş arası 5. 45-49 yaş arası 6. 50-54 yaş arası 7. 55-59 yaş arası 8. 60-64 yaş arası 9. 65 yaş ve üzeri

44.Sizce sağlıklı da olsanız ne sıklıkta dışkıda gizli kan testi yapılmak gerekir?

1. Ayda bir 2 . altı ayda bir 3. yılda bir 4. beş yılda bir

45. Sizce sağlıklı da olsanız hangi yaştan itibaren dışkıda gizli kan testi yaptırmaya başlamak gerekir?

1. 18-29 yaş arası 2. 30-34 yaş arası 3. 35-39 yaş arası 4. 40-44 yaş arası 5. 45-49 yaş arası 6. 50-54 yaş arası 7. 55-59 yaş arası 8. 60-64 yaş arası 9. 65 yaş ve üzeri

47.Sizce sağlıklı da olsanız ne sıklıkta tiroid fonksiyon testi yapılması gerekir?

1. Ayda bir 2 . altı ayda bir 3. yılda bir 4. beş yılda bir

48. Sizce sağlıklı da olsanız hangi yaştan itibaren tiroid fonksiyon testi yaptırmaya başlamak gerekir?

11. 18-29 yaş arası 2. 30-34 yaş arası 3. 35-39 yaş arası 4. 40-44 yaş arası 5. 45-49 yaş arası 6. 50-54 yaş arası 7. 55-59 yaş arası 8. 60-64 yaş arası 9. 65 yaş ve üzeri

49. Sizce sađlıklı da olsanız özellikle hangi yařtan itibaren dűřme ve arpmalarla ilgili bilgi vermek gerekir?

1. 18-29 yaş arası 2. 30-34 yaş arası 3. 35-39 yaş arası 4. 40-44 yaş arası 5. 45-49 yaş arası 6. 50-54 yaş arası 7. 55-59 yaş arası 8. 60-64 yaş arası 9. 65 yaş ve üzeri



50. Rahatsızlık durumu (Aşağıdaki tabloda belirtilen hastalıklarla ilgili olarak size uygun olan seçeneği işaretleyiniz).

--	--	--	--	--

	<i>Hiç olmadım</i>	<i>Vardı ama geçti</i>	<i>Halen var</i>	<i>Son altı aydır ilaç kullanıyorum</i>
<i>Kalp damar hastalığı(koroner arter hastalığı)</i>				
<i>Kalp krizi</i>				
<i>Kalp yetmezliği</i>				
<i>İnme</i>				
<i>Bacaklarda dolaşım bozukluğu (varis)</i>				
<i>Yüksek tansiyon</i>				
<i>Yüksek kolesterol</i>				
<i>Sarılık (hepatit), karaciğer yağlanması</i>				
<i>Siroz(kronik karaciğer yetmezliği)</i>				
<i>Safra hastalığı</i>				
<i>Şeker hastalığı</i>				

<i>Şişmanlık</i>				
<i>Gut (damla hastalığı)</i>				
<i>Müzmin (kronik) bronşit</i>				
<i>Tiroid hastalığı (guvatr)</i>				
Böbrek hastalığı				

Varsa başka ciddi hastalıklarınız:

51. Diyet yapıyor musunuz ?

1. evet 2. hayır

52. Diyetinizi

neden

yapıyorsunuz? _____

53. Cevabınız evet ise diyetiniz hekim veya diyetisyen tarafından mı düzenlendi?

1. evet 2. hayır

54. Genel olarak, sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

1. Çok kötü 2. kötü 3. orta 4. iyi 5. çok iyi

55. Kendi yaş ve cinsiyetinizdekilerle karşılaştırdığınızda şu anki sağlık durumunuz...

1. Çok kötü 2. kötü 3. orta 4. iyi 5. çok iyi

56. Beş yıl önceye kıyasla, şimdi sağlığınız genel olarak...

1. Çok daha kötü 2. daha kötü 3. aynı 4. daha iyi 5. çok daha iyi

57. Kendinizi şimdiye dek en iyi hissettiğiniz sağlık durumunuz göz önüne alındığında şimdiki sağlığınız genel olarak...

1.Çok daha kötü 2.daha kötü 3.aynı 4.daha iyi 5.çok daha iyi

58.Sağlığınız son 12 ay içerisinde önemli ölçüde değişti mi?

1.Evet 2.hayır

59. kolesterol değeriniz için tahmininiz nedir?

1.çok düşük 2. Düşük 3.normal 4.yüksek 5.çok yüksek

60. tansiyon(kan basıncı)değeriniz için tahmininiz nedir?

1.çok düşük 2. Düşük 3.normal 4.yüksek 5.çok yüksek

61.Son bakılan kolesterol düzeyim...

1.çok düşük 2. Düşük 3.normal 4.yüksek 5.çok yüksek 6.hiç ölçülmedi

62.Son bakılan kan basıncı seviyem...

1.çok düşük 2. Düşük 3.normal 4.yüksek 5.çok yüksek 6.hiç ölçülmedi

63.Bakılan kolesterol seviyesi?

1._____mg/dl 2.hatırlamıyorum 3. ölçülmedi

64.Bakılan sistolik kan basıncı(büyük tansiyon)?

1._____mmHg 2.hatırlamıyorum 3.hiç ölçülmedi

65.Bakılan diyastolik kan basıncı(küçük tansiyon)?

1._____mmHg 2.hatırlamıyorum 3.hiç ölçülmedi

66. Elli yaşındayken kötü kolesterol değerleriniz yüksekse sonraki yıllarda herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaşmayacaksınız.

1.doğru 2.yanlış 3.bilmiyorum

67.İdeal kolesterol seviyesi...

1..... dır. 2.bilmiyorum

68.Yüksek kolesterol seviyeniz aşağıdakilerden hangisinin riskini artırır?

1.soğuk algınlığı 2.allerji 3.kardiyovasküler hastalıklar 4.diabet 5.cevapların hiçbirisi doğru değil 6.bilmiyorum

69. Otuz yaşının altında kolesterol testi yapmaya gerek yoktur.

1.doğru 2.yanlış 3.bilmiyorum

70.Uygun olmayan kolesterol seviyesi şu şekilde bulgu verir.

1.kalp çarpıntısı 2.yorgunluk 3.baş ağrısı
4 rahatsızlık vermez 5.cevapların hiçbir doğru değil 6.bilmiyorum

71.Kilonuz normal dahi olsa kolesterol düzeyiyle ilgili problem olma olasılığı vardır.

1.doğru 2.yanlış 3.bilmiyorum

72.Hiçbir şikayetiniz yoksa, kan basıncınız...

1.normaldir 2.yüksektir 3.düşüktür 4.hiçbirisi 5.bilmiyorum

73.Uygun olmayan kan basıncıyla vücut aşağıdakilerden hangisine karşı savunmasızdır?

1.soğuk algınlığı 2.allerji 3.kardiyovasküler hastalıklar 4.diabet 5.cevapların hiçbirisi doğru değil 6.bilmiyorum

74. Elli yaşından itibaren kan basıncınız yüksek değilse sonraki yaşlarda da yükselmez.

1.doğru 2.yanlış 3.bilmiyorum

75. Kan basıncınız yüksek ise ilave olarak tuz almalı mısınız?

1. evet kesinlikle 2. hayır 3. Hiçbiri 4. bilmiyorum

76. Otuz yaşının altındaysanız kan basıncı ölçtürmeye gerek yoktur.

1.doğru 2.yanlış 3.bilmiyorum

77.Eğer kilonuz normale kan basıncı ile ilgili probleminiz olma olasılığı imkansızdır.

1.doğru 2.yanlış 3.bilmiyorum

78.Ölçülen kolesterol değerinizi nasıl yorumlarsınız ?

1.Çok olumsuz2.Olumsuz3.Bir miktar olumsuz4.Ne olumlu ne olumsuz
5.Bir miktar olumlu6.Olumlu7.Oldukça olumlu

79.Ölçülen kan basıncı değerinizi nasıl yorumlarsınız

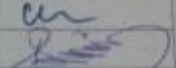
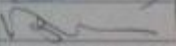
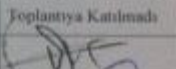
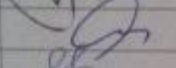
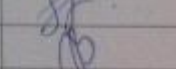
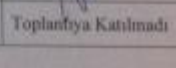
1.Çok olumsuz 2.Olumsuz 3.Bir miktar olumsuz 4.Ne olumlu ne olumsuz
5.Bir miktar olumlu 6.Olumlu 7.Oldukça olumlu

EK-2: Etik Kurul Onay Formu

**T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSİZ OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

Toplam Sayısı	Tarih
48	4 Aralık 2015

KARAR NO 31- Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda, Prof. Dr. Esra Sağıcı yönetiminde, Araç Gör. Dr. Ensalı Ersoy tarafından yürütülmesi öngörülen, "Çukurova Üniversitesi Öğretim Üyelerinin Periyodik Sağlık Muayenesi Algıları, Bilgi Düzeyleri ve Periyodik Sağlık Muayenesi Yaptırma Durumları" başlıklı tıpla zeminlik tez projesi araştırma etigi yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BASKAN	ÜYELER	
Doç Dr Selim Kadıoğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	Prof Dr Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Prof Dr Mehmet Kanadaş Kardiyoloji Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Gülsah Seydaoğlu Biyostatistik Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Doç Dr Suat Gezer Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı	
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	Toplantıya Katılmadı

*Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balçalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22*

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Emrah ERSOY

Doğum Tarihi Ve Yeri : 10.06.1986 / Manisa

Medeni Durumu: Evli

Adres : Güzelyalı Mah. 81031 nolu Sokak No:7/2
Çukurova / ADANA

Telefon : 5534856805

E posta : dremrahersoy86@gmail.com

Mezun Olduğu Tıp Fakültesi : Hacettepe Tıp Fakültesi (Türkçe)

Görev Yerleri : 2011 Ağrı Doğubeyazıt Devlet Hastanesi
2012 Ağrı Doğubeyazıt 2 nolu Aile
Sağlığı Merkezi
2013 Çukurova Üniversitesi Aile
Hekimliği A.D.

Dernek üyelikleri : Doğu Akdeniz Aile Hekimleri Derneği

Yabancı Dil : İngilizce