

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İBNİ SİNA HASTANESİ AİLE
HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA AŞIRI TEŞHİS
İLE İLGİLİ BİLGİ VE GÖRÜŞÜN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Ozan ŞENGÜL

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Mehmet UNGAN

Ankara / 2018

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İBNİ SİNA HASTANESİ AİLE
HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA AŞIRI TEŞHİS
İLE İLGİLİ BİLGİ VE GÖRÜŞÜN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Ozan ŞENGÜL

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Mehmet UNGAN

Ankara / 2018

KABUL VE ONAY

Düzenleme tarihi: 24/12/2014

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN	
Adı, Soyadı : Ozan ŞENGÜL	Sınav tarihi: 10/ 07/ 2018
Anabilim/Bilim Dalı : Aile Hekimliği Anabilim Dalı	
Tez Danışmanı : Prof.Dr.Mehmet UNGAN	

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Tezin Başlığı: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Aşırı Teşhis ile İlgili Bilgi ve Görüşlerin Değerlendirilmesi.	
Tezin Niteliği:	<input checked="" type="checkbox"/> Ana Dal Uzmanlık Tezi <input type="checkbox"/> Yan Dal Uzmanlık Tezi
Kaçıncı tez sınavı olduğu:	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

III. KARAR	
Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak	
<input checked="" type="checkbox"/> Kabulüne	
<input type="checkbox"/> Reddine	
<input type="checkbox"/> Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine	
<input checked="" type="checkbox"/> Oy birliği <input type="checkbox"/> Oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

IV. AÇIKLAMALAR	
Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız	

Jüri Başkanı

Dr.Öğr.Üyesi A.Selda TEKİNER
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Jüri Üyesi

Prof.Dr.Altuğ KUT

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Jüri Üyesi

Prof.Dr.Mehmet UNGAN

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince ve tez hazırlık sürecimin en başından itibaren bana yol gösteren, engin bilgi ve tecrübelerinden yararlanma fırsatı bulduğum tez danışman hocam Prof. Dr. Mehtmet UNGAN'a, bize her zaman anlayışla yaklaşan, her zaman yanımızda olduğunu hissettiğim Ana Bilim Dalı başkanımız Dr. Öğr. Üyesi A. Selda TEKİNER'e, uzmanlık eğitimim süresince desteğini esirgemeyen, yapıcı eleştirileri ile yol gösteren Dr. Öğr. Üyesi A. Gülsen CEYHUN PEKER'e,

İhtiyaç duyduğum her konuda yardım ve desteklerini esirgemeyen Uzm. Dr. Zehra DAĞLI'ya, Uzm. Dr. Seval FERHAT ŞAHABETTİNOĞLU'na, Uzm. Dr. Filiz AK'a, Dr. Şenay GÜREL'e ve özveriyle çalışan bölümümüz personeli Hatice POYRAZ, İlker CANYURT, Necla YENİ ve diğer tüm personelimize,

Birlikte çalışmaktan büyük keyif aldığım, bir çok güzel anılar biriktirdiğim Dr. Tayfun YILMAZ, Uzm. Dr. Serkan DURSUN, Uzm. Dr. Yağmur Murat CEZAROĞLU, Dr. Ülkü ŞİMŞEK, Uzm. Dr. Hilal CANDAN, Dr. Merve Nur SİVLİM ve diğer tüm asistan arkadaşlarıma,

Hayatın her anında yanımda olan can dostlarım, Gökhan TOKER ve Bilal DÖNMEZ'e,

Beni bugünlere getiren, hiçbir desteğini esirgemeyen, her zaman bana inanan, güvenen, yanımda olan annem ve babam Fatma ŞENGÜL ve Mustafa ŞENGÜL'e kardeşim Canberk ŞENGÜL'e

Bana en büyük sabrı gösteren, her durumda bana yanımda olduğunu ve olacağını gösteren hayatımın anlamı, biricik eşim, F. Tuğçe ŞENGÜL'e

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Ozan ŞENGÜL

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

KABUL VE ONAY	i
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER VE KISALTMA DİZİNİ	v
TABLolar DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Giriş	1
1.2. Amaç	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Aşırı Teşhis Tanımı	4
2.2. Aşırı Teşhis Nedenleri.....	5
2.2.1. Kanser Taramaları ve Aşırı Teşhis	5
2.2.2. Tanı Testlerinin Artan Duyarlılığı ve Tesadüfi Bulgular	6
2.2.3 Genişletilmiş Tanı Kriterleri.....	6
2.2.4 Hekimin Teşhisi Atlama Korkusu	7
2.2.5. Medikalizasyon.....	7
2.3 Aşırı Teşhise Örnekler.....	8
2.3.1. Meme Kanseri.....	8
2.3.2. Tiroid Kanseri	8
2.3.3. Akciğer Kanseri	9
2.3.4. Astım.....	9
2.4. Aşırı Teşhisi Önleme.....	10
2.5. Ulusal Kanser Tarama Standartları	11
2.5.1. Kolorektal Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları.....	11
2.5.2. Serviks Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları.....	11
2.5.3. Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları.....	11

3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	12
3.1 Araştırmanın Yeri.....	12
3.2 Araştırmanın Tipi	12
3.3. Araştırmanın Evreni	12
3.4 Araştırmanın Örneklemi.....	12
3.5 Araştırmanın Veri Toplama Araçları.....	12
3.6 Araştırmanın Veri Analizi	13
3.5 Araştırmanın İzni.....	13
3.6 Araştırma Bütçesi	13
3.7 Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri.....	13
3.8 Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri	13
4. BULGULAR	14
5.TARTIŞMA	22
6.SONUÇ ve ÖNERİLER.....	26
6.1. Sonuç	26
6.2. Öneriler.....	27
ÖZET.....	29
SUMMARY	31
KAYNAKLAR	33
EKLER.....	38
EK 1 : Ankara Üniversitesi Etik Kurulu Onayı.....	38
EK 2: Anket Formu	40
EK 3 : Anket bilgilendirme metni	43

SİMGELER VE KISALTMA DİZİNİ

BT : Bilgisayarlı Tomografi

mmHg : Milimetre civa

DDBT : Düşük doz bilgisayarlı tomografi

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

Ca : Kanser

ASM : Aile Sağlığı Merkezi



TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	14
Tablo 4.2. Hastaların kolorektal kanser taraması ve sıklığı hakkındaki bilgi düzeyi.....	15
Tablo 4.3. Hastaların serviks kanseri taraması ve sıklığı hakkındaki bilgi düzeyi ...	16
Tablo 4.4. Hastaların meme kanseri taraması ve sıklığı hakkındaki bilgi düzeyi.....	16
Tablo 4.5. Sosyodemografik özelliklerin aşırı teşhis terimini duyma durumu ile karşılaştırılması.....	17
Tablo 4.6. Doktorun aşırı teşhisten bahsetme durumu ile aşırı teşhis terimini duyma durumunun karşılaştırılması (p=0,01).	18
Tablo 4.7. Çalışmaya katılan hastaların gen analizi ve sonucu belirsiz olabilen genetik tarama testi yaptıрма isteği	20
Tablo 4.8. Aşırı teşhis tanımlamalarıyla cinsiyet arasındaki ilişki.....	20

ŞEKİLLER DİZİNİ

- Şekil 4.1.** Hangisi aşırı teşhisi en iyi tanımlar sorusuna verilen yanıtlar ve yüzdeleri..... 18
- Şekil 4.2** Tarama testinin muhtemel faydalarından bahsedilirken aşırı teşhis ile ilgili bilgilendirme yapılması gerekir mi ?..... 19



1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Giriş

Tıp mesleğine güven, doktorların önce zarar verme ilkesini korumasına dayanmaktadır. Ancak tıbbi uygulamaların bir bölümü sağlığı teşvik etmeye aykırı şekilde genişlemektedir. Bu da kaynakların gereksiz kullanımına bazen de daha da fazlasına yani hastaya zarar verilmesine neden olabilmektedir. Bu olası zarar nedenlerinden biri de “aşırı teşhis”tir.

Aşırı teşhis, herhangi bir belirti ve rahatsızlık vermeyen veya ölümlerle sonuçlanmayacak bir hastalığa tanı konması olarak tanımlanmaktadır (1). Önemle vurgulanması gerekir ki aşırı teşhis yanlış tanı koyma veya yanlış pozitif sonuç değildir. Aşırı teşhis tarama testlerinin, duyarlılığı yüksek tanı testlerinin kullanımından, rutin muayenelerdeki rastlantısal bulgulardan, tanı ölçütlerinin genişletilmesinden kaynaklanabilmektedir (2,-4).

Son zamanlarda hekimlerin üzerindeki baskının neticesi ile artan bir şekilde “teşhis atlama korkusu” da aşırı teşhise neden olan durumlardan biridir. Kanser taramalarının amacı, tedavi ile ömrün uzamasını sağlayacak başlangıç evresindeki asemptomatik kanserleri tespit etmektir. Sağlıklı bireylerin çoğu, tarama sonucunda ortaya çıkabilecek olumsuzlukları bilerek taramaya katılmaktadır. Bu olumsuzluklardan biri de aşırı teşhistir ve hastalar tarafından tam olarak anlaşılammıştır.

Kanser aşırı teşhisi, herhangi bir semptom vermeyecek veya ölüme neden olmayacak histolojik olarak kanseröz bir lezyon olan tümörün saptanmasıdır (5). Yapılan çalışmalarda birçok ülkede toplumun aşırı teşhis kavramı hakkındaki bilgi düzeyi düşük olarak saptanmıştır. Moynihan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 500 Avustralyalı yetişkine daha önce aşırı teşhis terimini duyup duymadıkları sorulduğunda %63’ü daha önce duyduğunu belirtmiştir. Ancak ne anladığı sorulduğunda ancak %41’i tam olarak doğru tanımlı söyleyebilmiştir (6). Ghanouni ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada aşırı teşhis terimiyle karşılaşanların oranı

%30 saptanmıştır. Aşırı teşhisin büyüklüğü, önemi ve sonuçları hakkında tartışmalar devam etmektedir (7).

Aşırı teşhis terimi bazı durumlarda fazla ilaç kullanımını da, tıbbi aşırılığı da içeren daha geniş bir anlamda da kullanılmaktadır. Bu tanım ayrıca aşırı tedavi ve aşırı araştırma terimlerini de içermektedir. Faydalı bilgi sağlamayacak, semptom varlığında dahi gereksiz sayılabilecek tetkikler yapılması buna bir örnektir. Aşırı araştırma gereksiz veya yanlış teşhis koyma tehlikesini arttırabilir ve beraberinde gereksiz veya zararlı olabilecek tedavilerin verilmesine neden olabilir. Benzer durumlar önde gelen tıp dergilerinde ve üniversitelerde ele alınmıştır. Örneğin British Medical Journal'da 'Çok Fazla İlaç' Journal of the American Medical Association'da 'Az Daha Çoktur' ve ABD, Kanada ve Birleşik Krallık'ta 'Akılcı Seçim' kampanyası şeklinde bu konu gündeme getirilmiştir.

2016 yılında Norveç Aile Hekimliği Derneği (Norwegian College of General Practice) aşırı teşhis ile ilgili bir durum raporu yayınlamış ve aynı yıl içinde Nordic Federation of General Practice'in (Danimarka, Finlandiya, İzlanda, Norveç ve İsveç'ten oluşan birlik) desteklemesiyle aşırı teşhis ile ilgili "İskandinav durum raporu" ortaya konmuştur. Bu rapor aşırı teşhis ile ilgili çok önemli mesajlar vermektedir. Aşırı teşhisin hastayı ve halk sağlığını tehlikeye attığı, aşırı teşhise neden olarak klinisyenlerin ciddi hastalıkları erken evrede ve teknolojiye aşırı derecede güvenerek her zaman saptayabilmesi ve erken evrede engelleyebilmesi gerektiği düşüncesinin getirdiği olumsuzlukların varlığı, genel pratisyen/aile hekimlerinin aşırı teşhisi azaltmak açısından çok önemli katkıları olduğu, bunun nedeninin genel pratisyen/aile hekimlerinin çoğunun sağlık hizmetinde hem koordine ediyor olması hem de bekçi konumunda olduğu gibi ortak hususlar bahsedilmektedir. *Bu milletlerarası raporda açıkça belirtilmiştir ki hekimler ve sağlık otoriteleri, en iyi sağlık hizmetini sağlayan bir sistemin bile bir hastalığı erken evrede her zaman yakalayamayacağını onaylamalı ve desteklemelidir.*

2018 Mayıs ayında düzenlenen World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians(WONCA- Europe) Avrupa Ülkeler konseyinde aşırı teşhis ile ilgili bir ortak bildiri tüm ülkelerin, tıp camiasının, politika yapanların, Dünya'daki sağlık

örgütlerinin ve en önemlisi dünya halklarının bilgisine sunmak için kabul ederek yayınlamıştır (8).

Aile hekimliği disiplininin temel görevlerinden biri savunuculuk yaparak gereksiz tarama, test ve tedavilerin yol açabileceği zararlardan hastaları korumak ve sağlık sisteminin karmaşıklığı içinde onlara kılavuzluk etmektir (10). Sağlık profesyonellerinin, hastalara daha iyi danışmanlık yapabilmelerini, kanser tarama verilerini daha uygun bir şekilde yorumlayabilmelerini ve hastaların ise kendileri hakkında bilgi sahibi olup, kendileri hakkında doğru kararlar verebilmelerinin bir gün gerçekleşebilmesini umarız.

1.2. Amaç

Bu çalışmanın amacı; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran hastaların kanser (ca) tarama programları (kolorektal ca, serviks ca, meme ca) hakkındaki bilgilerini değerlendirerek, aşırı teşhis ile ilgili bilgi ve görüşlerini belirlemek. Aşırı teşhis bilgi düzeylerini etkileyen faktörleri saptayabilmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aşırı Teşhis Tanımı

Geleneksel olarak tanı koyma süreci klinik semptomlara, bulgulara ve hastanın geçmiş hikayesine dayanır. Koruyucu hekimliğin ön plana çıkması, tanı koyma teknolojilerinin gelişmesi, tanı koyma sürecini değiştirmiştir ve bununla birlikte asemptomatik bireylere müdahale imkanını genişletmiştir. Sağlık, hastalık riski ve hastalık arasındaki sınırı bulanıklaştırmıştır. Bu gelişmelerin istenmeyen bir etkisi de aşırı teşhistir. Aşırı teşhis, herhangi bir belirti ve rahatsızlık vermeyen veya ölümle sonuçlanmayacak bir hastalığa tanı konması olarak tanımlanmaktadır (1). Aşırı teşhis yanlış tanı koyma veya yanlış pozitif bir sonuç değildir. Yanlış pozitiflik, gerekli araştırmalar yapıldıktan sonra hastalık olmadığı anlaşılan anormalliklerdir. Ancak, tanımı gereği, fayda sağlamayan, zarar verebilecek ve maliyetleri artıracak aşırı tedaviye sebebiyet verebilmektedir. Tıp fakültesinde birinci sınıftan itibaren öğretilen ve verilen söz “**Primum non nocere**” yani ‘önce zarar verme’dir. Ancak aşırı teşhis sebebi ile en faydalı görülen kanser taramaları bile bu sözü yerine getirmeyi zorlaştırmaktadır. Kanser taramalarının amacı, tedavisi ile ömrün uzamasını sağlayacak asemptomatik kanserleri tespit etmektir. Yeterince erken saptanması durumunda, çoğu kanser türü için sonuçlarının iyileştirilebilecek olması cazip gelmektedir. Tarama programlarına katılan pek çok sağlıklı birey, gizli bir kanserin tespit edilip ölümün önlenebileceğine inanıyorsa, yanlış pozitif tarama sonucu ve eşlik eden yanlış tanısal değerlendirme gibi taramada ortaya çıkabilecek olumsuzlukları kabul etmeye isteklidirler (5). Yanlış pozitif tarama testi kavramının anlaşılması kolaydır ve klinisyenlere ve hastalara böyle bir olayın ihtimalini anlamalarına yardımcı olacak veriler mevcuttur. Ancak, aşırı teşhis, kanser taramasının başka bir olumsuz sonucu olabilir bununla birlikte klinisyenler ve hastalar tarafından iyi anlaşılmamıştır. Kanser aşırı teşhisi, herhangi bir semptom vermeyecek veya ölüme neden olmayacak histolojik olarak kanseröz bir lezyon olan tümörün saptanmasıdır. Aşırı teşhis, tarama testlerinin bir zararıdır çünkü tümörün tespiti ve sonrasındaki tedavi gereksizdir. Tarama testlerinin doğru kullanılmaması, ya da güçlü bir öneri seviyesi olmamasına rağmen hasta arzusu ya da hekim

tarafından kullanılması ölümcül ya da zararlı olmayan, sonrasında tedavi gerektirmeyen bir lezyonun gereksiz teşhisi ve sancılı bir süreç ile sonuçlanabilir.

Aşırı teşhis sadece kanser taramalarında değil, günümüzde sık rastlanan hipertansiyon, diyabet, astım, kalp hastalıkları, ruh hastalıkları, obezite vb. gibi kronik hastalıkların yıllarca kişi ile birlikte anılması şeklinde de görülebilmekte, aile hekimliği kapsamında biyopsikososyal açıdan düşünüldüğünde moral, psikolojik ve sosyal sorunlara da yol açabilmektedir.

2.2. Aşırı Teşhis Nedenleri

Tarama testleri, duyarlılığı fazla tanı testlerinin kullanımı, rutin muayenelerdeki rastlantısal bulgulardan, tanı ölçütlerinin genişletilmesinden “aşırı teşhis” kaynaklanabilmektedir (2-4). Dolaylı olarak, hastalık riski ve hastalıklar arasındaki bulanıklaşan sınırlar, bir teşhisi kaçırma korkusu ve hastaların kesinliğe ihtiyaç duyması, aşırı teşhis konmasının diğer nedenleridir (4).

2.2.1. Kanser Taramaları ve Aşırı Teşhis

Taramalar kanser aşırı teşhisinin ana sebebidir. Kanser aşırı teşhisi, herhangi bir semptom vermeyecek veya ölüme neden olmayacak histolojik olarak kanseröz bir lezyon olan tümörün saptanmasıdır (5). Bu tümörler potansiyel kanserlerin bir rezervuarını oluştururlar. Bu rezervuarın büyüklüğü, bu tür bir kansere yakalanmamış veya bu sebepten ölmemiş olan kişilerde, ölüm sonrası histolojik inceleme ile tahmin edilir. Örneğin 60 yaş üzeri erkeklerin %30-70’inde bir prostat asemptomatik kanseröz lezyonu mevcuttur (3).

Sağlık bakanlığı, meme kanseri taramasını 40-69 yaş arası kadınlarda iki yılda bir yapılmasını önermektedir. Randomize çalışmalar rutin taramanın meme kanserinden ölüm oranını yaklaşık %20 azalttığını göstermiştir (10). Taramanın net yararı yaşla birlikte artmaktadır (11). Bunun yanında randomize çalışmaların yakın tarihli bir derlemesinde, 50 yaşından itibaren her 3 yılda bir tarama ile saptanan olguların %19’una aşırı teşhis konulduğu tahmin edilmiştir (10). Mamografiyi takiben ortaya çıkan bazı meme kanseri vakalarının da aşırı teşhis olduğu

gösterilmiştir (12). Bununla birlikte radyolojik takiplerde tesadüfen saptanabilen bazı kanserlerin insidansında artış aşırı teşhis olarak açıklanabilir örneğin melanoma (13), akciğer kanseri (14) ve tiroid kanseri (15) gibi.

2.2.2. Tanı Testlerinin Artan Duyarlılığı ve Tesadüfi Bulgular

Duyarlılığı giderek artan radyolojik tanı testlerinin kullanımı pulmoner emboli gibi bir çok hastalıkta aşırı teşhisin kaynağıdır (16). Yüksek mortalite riski sebebiyle klinisyenler pulmoner emboli tanısını kaçırmak istemez. Buna bağlı olarak yüksek duyarlılıklı tanı testleri cazip görünmektedir. Ancak bu da beraberinde antikoagülan kullanımının doğruluğu şüpheli olan daha az ciddi pulmoner emboli vakalarına da tanı konmasına ve gereksiz ilaç başlanmasına neden olabilecektir. Amerika'da pulmoner emboli insidansı 1993-1998 yılları arasında sabitken, 1998 ve 2006 yılları arasında 100.000'de 62'den 112'ye yükselmiştir. Bu dönem daha duyarlı bilgisayarlı tomografilerin kullanımının arttığı dönemdir (17). Mortalitede önemli bir değişiklik olmaksızın insidanda büyük bir artış paterni aşırı teşhis ile uyumlu görünmektedir. Tanısal görüntülemenin artan kullanımı, artan bir hassasiyetle birlikte, klinik tehlikesi belirsiz olan, ancak takip testlerinin gerekli olduğu ve sonuçta tedavi önerilen anormalliklerin tesadüfen saptanmasına yol açmaktadır (18).

En bilinen örneklerden biri abdominal bilgisayarlı tomografi (BT)'de saptanan adrenal insidentalomadır. Daha önce 25 çalışmayı içeren 87.065 otopsinin değerlendirildiği bir çalışmada tesadüfen saptanan adrenal kitlenin %6 olduğunu ve abdominal BT'lerin %4'ünün beklenmedik bir adrenal kitleyi ortaya çıkardığını göstermiştir (19). Adrenal insidentalomaların büyük çoğunlu iyi huylu kitlelerdir. Ancak saptanan kitleler feokromasitoma, adrenokortikal karsinoma veya metastatik karsinoma olabilir, bunlar için de ileri tanısal testler yapılması gerekmektedir ve bunun sonucunda aşırı teşhis ve aşırı tedavi ihtimali artmaktadır.

2.2.3 Genişletilmiş Tanı Kriterleri

Aşırı teşhisin bir farklı nedeni de tanı kriterlerinin genişletilmesidir, buna örnek olarak tedavi gerektiren kan basıncı veya kan glikoz düzeylerinin düşürülmesi

gösterilebilir (20). Kan basıncının, başlangıçta 160 mmHg'dan daha yüksek olması durumunda 10 mmHg'lık basınç düşüşü, başlangıçta kan basıncının 140 mmHg olmasına göre daha büyük bir mutlak risk azalması ile ilişkilidir yani kan basıncı ne kadar yüksek olursa mutlak risk azalması da o kadar büyük olur. Belirli bir eşğin altında tedavinin mutlak yararı, olası zararlara karşı minimum düzeyde ve yetersizdir (21). Bu bir aşırı teşhis ve aşırı tedavi durumudur. Tanı kriterlerinin genişletilmesi, yüksek kan basıncı, diyabet, yüksek kolesterol aynı zamanda öncülleri olan pre-diyabet ve pre-hipertansiyon için teşhis konulan ve tedavi başlanan vaka sayısında belirgin olarak artışa yol açmaktadır (21). Sonuç olarak hastalık riski ve hastalık arasındaki sınırların bulanıklaşması, aşırı teşhise neden olmaktadır(22).

2.2.4 Hekimin Teşhisi Atlama Korkusu

Aşırı tanı konmasının bir başka nedeni, hekimin bir teşhisi kaçırma korkusu ve hastaların kesinliğe ihtiyaç duymasıdır. Bir teşhisi kaçırma korkusu, hekimin kişiliğine işlemiştir ve kalbinde yer alır bu nedenle savaşması zordur. Ayrıca Türkiye gibi bazı ülkelerde bir test yapılmadığı için dava açılma korkusu da vardır. Toplumsal olarak “daha çok, daha iyidir” tavırları ve yeni teknolojilerdeki kör inançlar, daha fazla test için büyük bir itici güç olmaktadır ve bu nedenle daha fazla aşırı teşhis ortaya çıkmaktadır (23).

2.2.5. Medikalizasyon

Medikalizasyonun temelinde çoğu insanın zaman zaman yaşadığı, kendini kötü hissettiği durumlara ‘hastalık’ etiketinin konulması ile karşımıza çıkmaktadır. Örneğin çoğu insanın uyku bozukluğu yaşadığı, mutsuz hissettiği, dikkat eksikliği yaşadığı zamanlar olmuştur. Eğer burada normal ile anormal arasındaki sınır kaldırılırsa orta dereceli semptomlara teşhis konulması durumu ile karşılaşılabılır. Az sayıda insan için bu semptomlar yoğun ve zorlayıcı olurken, birçok insan için hafif ve geçicidir. Az sayıdaki insan teşhis konulduğunda (bu örnekte insomnia, depresyon, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu oluyor) ve tedavi aldığında fayda göreceken daha fazla sayıda insan zarar görebilir (24).

2.3 Aşırı Teşhise Örnekler

Bir bireye aşırı teşhis konulduğunun saptanması zor olmasına rağmen, bir toplumda aşırı teşhis konulduğunu saptamak nispeten daha kolaydır. Hızlı yükselen test oranları ve aynı şekilde artan tanı oranları ile karşılaştırılan ölüm oranlarının sabit olması durumu, aşırı teşhisi düşündürmektedir. Bu da daha fazla teşhis konduğunu ancak hastalara etki eden altta yatan kanser miktarında hiçbir değişiklik olmadığını göstermektedir. **Sonuç olarak çok yavaş ilerleyen veya ilerlemeyen kanserlere tanı konması aşırı teşhisi işaret etmektedir.** Güvenilirliği en yüksek olan toplum tabanlı kayıtlar Surveillance, Epidemiology, and End Results programı verileri değerlendirildiğinde ortaya çıkmaktadır. Beş kanser(tiroid, böbrek, meme, prostat kanseri ve melanoma) için yeni tanı eğilimi artmış olmasına rağmen, ölüm oranlarının değişmediği saptanmıştır (3).

2.3.1. Meme Kanseri

Muhtemelen aşırı teşhisin en güçlü kanıtı, taramayla saptanan meme kanseri ile ilgili çalışmalardan gelmektedir. Lancet Oncology dergisinde 2007 tarihli bir sistematik derlemede, 50'li yaşlardaki kadınlarda invaziv meme kanserinin aşırı teşhis oranının %1,7'den % 54'e kadar çıktığı bulunmuştur (25). Avusturalya'da yapılan benzer bir çalışmada bu oran en az %30 olarak saptanırken (26) Norveç'te yapılan benzer bir çalışmada aşırı teşhis oranı %15-25 saptanmıştır (27). British Medical Journal'de 2009 yılında yayınlanan bir sistemik derlemede taramayla saptanan her üç kanserden birinin aşırı teşhis olabileceği sonucuna varılmıştır (28). Bununla birlikte, toplum tabanlı çalışmalardan elde edilen güçlü kanıtlarla bile, zarar verebilecek kanserler ve vermeyecek olanlar arasında ayırım yapmak şu anda mümkün değildir.

2.3.2. Tiroid Kanseri

Bir tiroid anormalliğini saptayabilen tetkik imkanları fazla iken bu saptanan anormalliğin zarar verme riski düşüktür (29). Tiroid kanserlerinin artan insidansı analiz edildiğinde, yeni teşhis edilen kanserlerin çoğunun tedavi gerektirmeyen, -ki

tedavi ile nadiren sinir hasarı, sıklıkla uzun süreli ilaç kullanımına neden olabilir- daha küçük ve daha az agresif formlar olduğu görülmektedir (30). Harach ve arkadaşlarının (31) 101 otopside tiroid bezini sistematik olarak incelemiştir. 2.5 mm'lik kesitlerdeki her tiroid doku dilimi incelenmiş ve Finlandiyalı yetişkinlerin %36'sında en az bir papiller karsinom bulunmuştur. Kanserin birçoğu dilimlerin genişliğinden daha küçük olduğu için, bazılarını kaçırdıklarını düşünmüşlerdir. Buldukları küçük kanserlerin sayısı ve kaçırdıklarını tahmin ettikleri sayı göz önüne alındığında Harach ve arkadaşları histolojik olarak doğrulanabilir papiller karsinom prevalansının, yeterince ince kesitlerde incelendiğinde, eşit olmasa bile, %100'e yakın olacağı sonucuna varmışlardır (31).

2.3.3. Akciğer Kanseri

Taramalar, geleneksel olarak en hızlı büyüyen ve öldürücü olarak görülen kanserler arasında bile aşırı teşhise neden olabilir. Edward F. P. ve arkadaşlarının (32) yaptığı bir çalışmada düşük doz bilgisayarlı tomografi (DDBT) ile saptanan akciğer kanserlerinin %18'inin ve DDBT ile saptanan küçük hücreli olmayan akciğer kanserlerinin %22'sinin aşırı teşhis olabileceği sonucuna varmıştır.

2.3.4. Astım

Astımın şiddetli bir hastalık olması, yeterince tanı konulmamasına ve yeterince tedavi edilmemesine rağmen, bazı çalışmalar da aşırı teşhis olabileceğini düşündürmektedir. 2008 yılında yapılan büyük bir çalışma, astım tanısı konmuş kişilerin neredeyse %30'unun bu hastalığa sahip olmadığını ve altı aylık takip süresince hastaların %66'sının ilaç veya astım tedavisine ihtiyaç duymadığını bulmuştur (33). Yazarlar, sonuç olarak, astım tanısı konan hastaların önemli bir kısmının aşırı teşhis olabileceği ve gereksiz yere astım ilaçları reçete edilmiş olabileceği sonucuna varmıştır. Aynı yıl Hollanda'da yapılan bir çalışmada, inhale kortikosteroid kullanan 1100 hastanın %30'unun herhangi bir endikasyon olmadan ilaçları kullandığı bulunmuştur (34).

2.4. Aşırı Teşhisi Önleme

Bir kişinin saptanan bir anormallik sonrasında tedavi edilmemesi, bu anormallikten asla etkilenmemesi ve sonuçta farklı bir nedene bağlı olarak ölmesi durumu aşırı teşhis olarak tanımlanabilir. Bununla birlikte, bir anormallik belirlendiğinde, aşırı teşhis olasılığı yüksek olsa bile hastalığı araştırmamak ve hastayı tedavi etmemek neredeyse imkansızdır ve aynı zamanda etik de değildir. Bu şekilde değerlendirildiğinde bile aşırı teşhis önlenabilir bir durumdur. Bu da ancak sağlık hizmeti veren mesleklerin mensuplarını ve hastaları aşırı teşhis konusunda bilinçlendirerek ve gereksiz tanı, tarama testlerinden ve gereksiz rutin incelemelerden kaçınılarak yapılabilir.

Hedefe yönelik tarama testleri de aşırı teşhis ihtimalini azaltmaktadır. Tanısal ve prognostik araçlarla kombine edilen tarama testleri (örn, hastalığın gelişmesi ve tespit edilen hastalığın saldırganlığı için hastanın duyarlılığını değerlendirmek amacıyla taramadan önce biyo-belirteçler) kullanılarak en çok fayda görecektür kişilerin hedeflenmesi ve aşırı teşhis ihtimalinin azaltılması sağlanabilir (35, 36). Ne yazık ki, çoğu riskli veya kronik durumların gelişimini henüz bir klinik tablo oluşmadan belirlemek için ikna edici bir prognostik araç yoktur.

Bireyselleştirilmiş ilaca yönelik araştırmalar, hedefe yönelik tarama testi stratejisinin tasarlanmasına yardımcı olabilmelidir. Yüksek kan basıncı gibi risk faktörleri üzerine bir müdahale, sadece ilgili mutlak hastalık riskini önemli ölçüde azaltma kabiliyetiyle doğrulanmaktadır. Bu nedenle doktorları ve hastaları, hastalık riski açısından göreceli terimlerden ziyade mutlak terimlerle şekillendirmek için eğitmek önemlidir. Daha genel olarak, bir testi yapmadan önce, o anki durumla ilişkili mutlak riski tahmin etmek ve bu riski yalnızca önemli ölçüde azaltmak mümkün olduğunda testi yapmak gereklidir. Ayrıca, aynı popülasyonda yetersiz teşhis ile aşırı teşhis birlikte görülebilir. Örneğin, düşük kardiyovasküler risk altındaki bazı hastalar tedavi edilirken, bazı yüksek riskli hastalar tedavi edilmemektedir. Bu, tedavi kararının, ilişkili mutlak kardiyovasküler risk üzerinden alınan karara göre değil, risk faktörünün (örn. kolesterol seviyesi) düzeyine dayandırılması gerçeğinden de kaynaklanıyor olabilir (37).

2.5. Ulusal Kanser Tarama Standartları

Ülkemizde “kolorektal kanser”, “serviks kanseri” ve “meme kanseri” ulusal tarama programları ile kanser taramaları ülke çapında organize şekilde ve ücretsiz olarak Aile Sağlığı Merkezleri yönlendirmesi ve koordinasyonu ile yapılmaktadır.

2.5.1. Kolorektal Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları

Türkiye’de kolorektal kanser taraması için gaitada gizli kan ve kolonoskopi kullanılmaktadır. Taramaya 50-70 yaş arasındaki tüm erkek ve kadınlar dahil edilmektedir. Gaitada gizli kan taraması her iki yılda bir, kolonoskopi ise her on yılda bir tekrarlanır (38).

2.5.2. Serviks Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları

Türkiye’de serviks kanseri taraması için pap-smear testi kullanılmaktadır. Pap-smear 30-65 yaşları arasındaki kadınlara her beş yılda bir uygulanmaktadır (39).

2.5.3. Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları

Türkiye’de meme kanseri taraması için mamografi kullanılmaktadır. Mamografi 40-69 yaş arasındaki kadınlara her iki yılda bir uygulanmaktadır (40).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Yeri

05.03.2018 tarihinde Ankara Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Birimleri Etik Kurulu'ndan 56786525-050.04.04/28464 sayılı, 04/60 numaralı etik kurul onayı alınarak, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından planlanarak Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran hastalara uygulanmıştır.

3.2 Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel tipte, tanımlayıcı, analitik özellikleri olan bir araştırmadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine 05.03.2018-05.05.2018 tarihleri arasında başvuran hastalar arsından gönüllü katılımı kabul edenler oluşturmaktadır.

3.4 Araştırmanın Örneklemi

Çalışmaya katılmayı kabul eden Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği İbni Sina Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine 05.03.2018-05.05.2018 tarihleri arasında başvuran ve katılmayı kabul eden tüm hastalar ile yapılmıştır.

3.5 Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada veri toplama aracı olarak araştırmacı ve danışman tarafından oluşturulan anket kullanılmıştır (EK-2). Çalışmaya alınan hastalara sosyodemografik özellikleri içeren, kanser taramaları ve aşırı teşhis hakkında bilgi ve görüşlerini değerlendiren sorular bulunan anket verilerek yanıtlanması istendi. Kişiler cevaplarırken refakat edildi. Daha sonra değerlendirmek için anketler geri toplandı.

3.6 Araştırmanın Veri Analizi

Verilerin analizi IBM SPSS 20.0 paket programı ile yapılmıştır. Normal dağılım gösteren nümerik değişkenler için ortalama +/- standart sapma, normal dağılım göstermeyen nümerik değişkenler medyan (minimum - maksimum), kategorik değişkenler ise frekans (yüzdeler) olarak verilmiştir. Gruplar arasındaki farklılık normal dağılıma sahip olan nümerik değişkenlerde Student-t testi normal dağılıma sahip olmayan nümerik değişkenler için ise Mann Whitney-U testi, kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler de Pearson Ki-Kare ve Fischer Exact Test ile belirlenmiştir. İki ya da daha fazla normal dağılım gösteren gruplara ait ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını test etmek için ANOVA testi, gruplar normal dağılmıyorsa Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

$p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.5 Araştırmanın İzni

Ankara Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Etik Kurul Başkanlığı'ndan yazılı izin alınmıştır (EK-1).

3.6 Araştırma Bütçesi

Araştırma formlarının masrafları araştırmacı tarafından karşılanmıştır. Herhangi bir kişi veya kurumdan destek alınmamıştır.

3.7 Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

Araştırmaya 05.03.2018-05.05.2018 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 18-65 yaş arasında olan, araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalar dahil edilmiştir.

3.8 Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

Araştırmadan çıkarılma kriteri yoktur.

4. BULGULAR

Araştırmamıza Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran, yaş grubuna uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 229 hasta dahil edildi.

Tablo 4.1’de katılımcıların sosyodemografik özellikleri verilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

	Sayı	Yüzde
Yaş		
18-30	88	%38,4
31-50	114	%49,8
51-65	27	%11,8
Cinsiyet		
Kadın	152	66,4
Erkek	76	33,6
Eğitim Durumu		
Okuryazar	7	3,1
İlköğretim	20	8,7
Lise	46	20,1
Üniversite ve üstü	156	68,1

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması $36,07 \pm 11,4$ idi. Cinsiyet dağılımına bakıldığında katılımcıların %66,4’ü kadın, %33,6’sı erkektir. Eğitim durumu değerlendirildiğinde katılanların %3,1’i okuryazar, %8,7’si ilköğretim mezunu, %20,1’i lise mezunu ve %68,1’i üniversite mezunu veya üstünde eğitim düzeyine sahiptir.

Hastalara kolorektal kanser erken teşhisi için hangi tarama testi kullanıldığı sorulduğunda %75,5’i “gaitada gizli kan ve kolonoskopi” olduğunu biliyordu, %9,2’sinin fikri yoktu. Hastalara kolorektal kanser tarama testi ne sıklıkta yapıldığı sorulduğunda %35,8’i “iki yılda bir gaitada gizli kan, 10 yılda bir kolonoskopi”

şeklinde olduğunu biliyordu, %38'i yanlış biliyordu, %26,2'sinin fikri yoktu (Tablo 4.2). Hastaların %32,7'si hem kolorektal kanser tarama testinin ne olduğunu hem de tarama sıklığını doğru biliyordu. Kolorektal kanser tarama testini doğru bilenlerin %15'i daha önce aşırı teşhis terimini duyduğunu belirtti. Her ikisini doğru bilen hastaların %17,3'ü daha önce aşırı teşhis terimini duyduğunu belirtti. Bununla birlikte kolorektal kanser tarama testlerini ve tarama sıklığını bilme ile aşırı teşhis terimini duyma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Kolorektal kanser tarama testini ve sıklığını doğru bilen hastaların %24'ü aşırı teşhis terimini doğru tanımlayabildi. Aynı şekilde aşırı teşhis terimini doğru tanımlama ile kolorektal kanser tarama testi ve sıklığını bilme arasından anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.2. Hastaların kolorektal kanser taraması ve sıklığı hakkındaki bilgi düzeyi

	Kolorektal Kanser Tarama Testi		Kolorektal Kanser Tarama Sıklığı	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Doğru	173	75,5	82	35,8
Yanlış	35	15,3	87	38
Bilmiyorum	21	9,2	60	26,2

Çalışmaya katılan hastalara, serviks kanserinin erken teşhisi için hangi tarama testi kullanılır diye sorulduğunda, hastaların %64,2'si “pap-smear” olduğunu biliyordu. Serviks kanseri tarama testini doğru bilenlerin %16,3'ü daha önce aşırı teşhis terimini duyduğunu belirtti. Hastalara serviks kanseri taraması ne sıklıkta yapılır diye sorulduğunda hastaların %14'ü “5 yılda bir” yapılması gerektiğini biliyordu (Tablo 4.3). Çalışmaya katılanların %11,3'ü hem serviks kanseri tarama testini hem de tarama sıklığını doğru biliyordu. Her ikisini doğru bilenlerin %19,2'si daha önce aşırı teşhis terimini duyduğunu belirtti. Serviks kanseri tarama testi ve tarama sıklığını bilme durumu ile aşırı teşhis terimini duyma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Hem tarama testini hem de tarama sıklığını doğru bilen hastaların %34,6'sı aşırı teşhis terimini doğru tanımlayabildi. Ancak aşırı teşhis tarama testi ve sıklığını bilme durumu ile aşırı teşhis terimini tanımlama arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.3. Hastaların serviks kanseri taraması ve sıklığı hakkındaki bilgi düzeyi

	Serviks Kanseri Tarama Testi		Serviks Kanseri Tarama Sıklığı	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Doğru	147	64,2	32	14
Yanlış	46	20,1	137	59,8
Bilmiyorum	36	15,7	60	26,2

Hastaların %88,6'sı meme kanserinde erken teşhis için hangi tarama testi kullanılır sorusuna “mamografi” cevabını verdi. Meme kanseri tarama testini doğru bilenlerin %14,3'ü daha önce aşırı teşhis terimini duyduğunu belirtti. Meme kanseri tarama testi sıklığı sorulduğunda, hastaların %15,3'ü doğru cevaplayabildi (Tablo 4.4). Hastaların %13,5'i hem meme kanseri tarama testini hem de tarama sıklığını doğru biliyordu. Her ikisini doğru bilenlerin %19,4'ü daha önce aşırı teşhis terimini duyduğunu belirtti. Meme kanseri tarama testi ve sıklığını bilme ile aşırı teşhis terimini duyma arasında istatistiksel olarak bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Hem meme kanseri tarama testini hem de tarama sıklığını bilenlerin %22,5'i aşırı teşhis terimini doğru tanımlayabildi. Bunun yanında aşırı teşhis terimini doğru tanımlama ile meme kanseri tarama testi ve sıklığını doğru bilme arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.4. Hastaların meme kanseri taraması ve sıklığı hakkındaki bilgi düzeyi

	Meme Kanseri Tarama Testi		Meme Kanseri Tarama Sıklığı	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Doğru	203	88,6	35	15,3
Yanlış	12	5,2	153	66,8
Bilmiyorum	14	6,1	41	17,9

Hastalara aşırı teşhis terimini duyup duymadıkları sorulduğunda yalnızca %16,2'si daha önce duyduğunu belirtmiştir. Yaşla aşırı teşhis terimini duyma arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Cinsiyet ile aşırı teşhis terimini duyma arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Eğitim durumu ile aşırı teşhis terimini duyma arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$)(Tablo 4.5).

Çalışmaya katılan hastalardan %83,8'i daha önce aşırı teşhis terimini duymadığını belirtmiştir. Bunun yanında daha önce aşırı teşhis terimini duyduğunu belirtenlerin %35,1'i aşırı teşhis terimini doğru tanımlayabilmiştir. Aşırı teşhis terimini duymadığını belirten hastaların %42'si bir hastalığı teşhis edebilmek için gereğinden fazla tetkik yapılması olarak tanımlamıştır. Aşırı teşhisi daha önce duymadığını belirten hastaların %12,2'si aşırı teşhisi doğru tanımlamıştır. Aşırı teşhis terimini duyma oranı ile doğru tanımlama arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0,022).

Tablo 4.5. Sosyodemografik özelliklerin aşırı teşhis terimini duyma durumu ile karşılaştırılması

Sosyo-demografik Özellikler		Araştırma grubunun aşırı teşhis terimini duyma durumu				P
		Evet		Hayır		
		Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	
Cinsiyet	Erkek	6,1	14	27,5	63	0,554
	Kadın	10,1	23	56,3	129	
Yaş	18-30	8,7	20	29,7	68	0,093
	31-50	5,7	13	44,1	101	
	51-65	1,7	4	10,1	23	
Öğrenim Durumu	Okur yazar değil	-	-	-	-	0,716
	Sadece okur yazar	0,9	2	2,2	5	
	İlköğretim mezunu	1,3	3	7,4	17	
	Lise Mezunu	2,6	6	17,5	40	
	Üniversite mezunu ve üzeri	11,4	26	56,8	130	

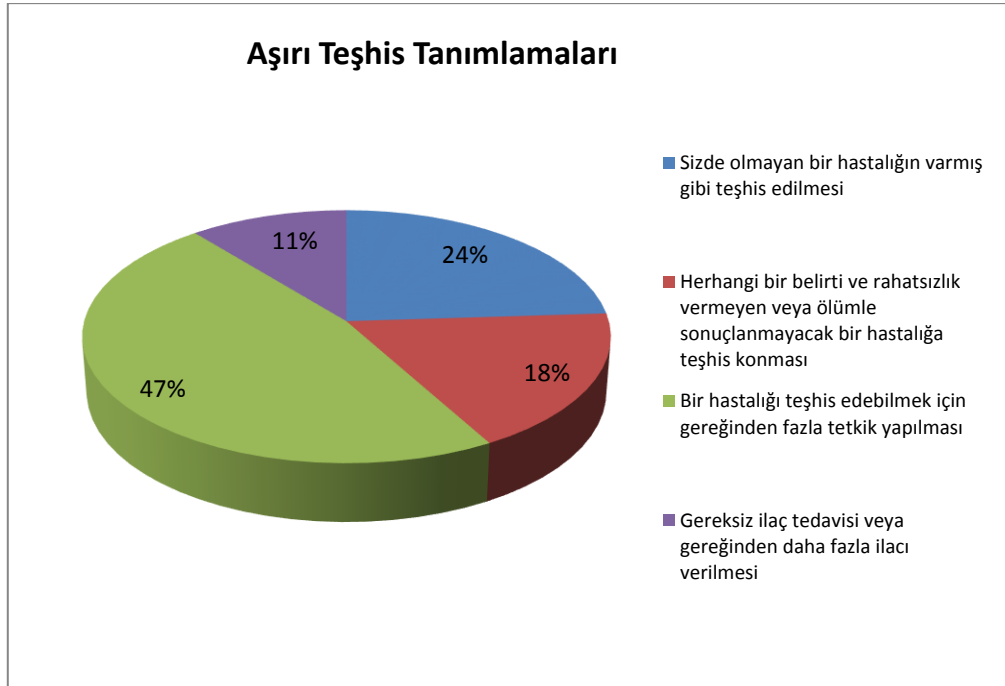
Çalışmaya katılan hastaların %10,5'i daha önce doktorunun tarama testleri ile aşırı teşhis konabileceğinden bahsettiğini belirtti (Tablo 4.6). Daha önce doktorunun tarama testleriyle aşırı teşhis konabileceğinden bahsettiğini belirten hastaların %25'i aşırı teşhis terimini doğru tanımlayabilmiştir.

Tablo 4.6. Doktorun aşırı teşhisten bahsetme durumu ile aşırı teşhis terimini duyma durumunun karşılaştırılması (p=0,01).

		Daha önce aşırı teşhis terimini duydunuz mu ?	
		Evet	Hayır
Doktorunuz aşırı teşhisten bahsetti mi ?	Evet	%4,4(10)	%6,1(14)
	Hayır	%11,8(27)	%77,7(178)

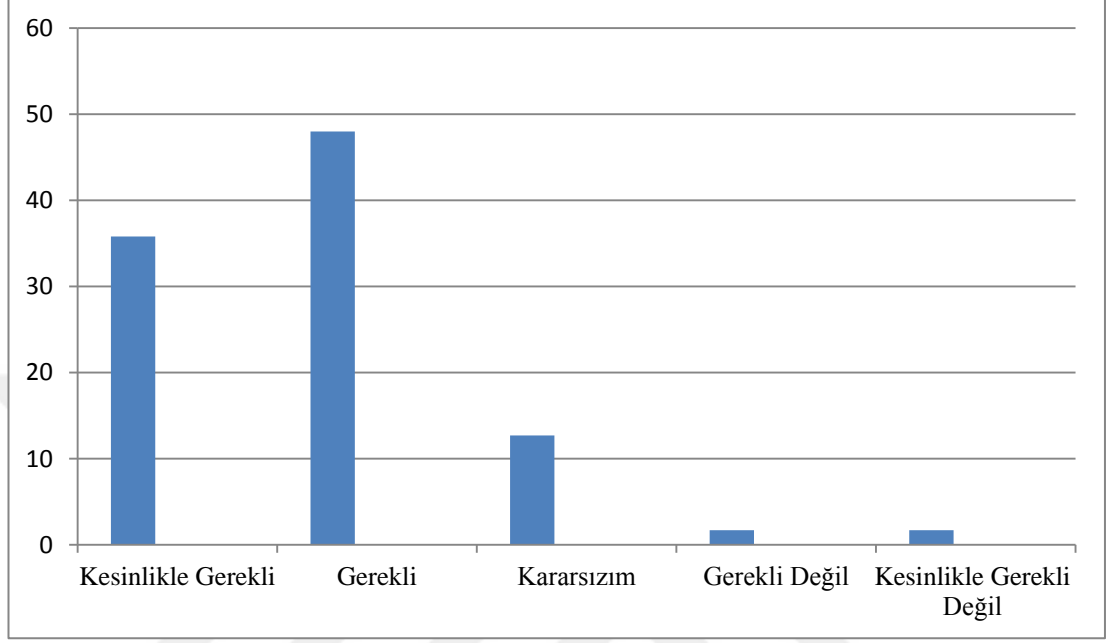
Hangisi aşırı teşhisi daha iyi tanımlar diye sorulduğunda hastaların %47,2'si “bir hastalığı teşhis edebilmek için gereğinden fazla tetkik yapılması” olarak, %24'ü “olmayan bir hastalığın varmış gibi teşhis edilmesi” olarak, %17,9'u “herhangi bir belirti ve rahatsızlık vermeyen veya ölümlü sonuçlanmayacak bir hastalığa teşhis konması” olarak ve %10,9'u “gereksiz ilaç tedavisi veya gereğinden daha fazla ilacın verilmesi” olarak tanımlamıştır (Şekil 4.1). Çalışmaya katılan hastaların yalnızca %17,9'u aşırı teşhis terimini doğru tanımlayabilmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların %83'ü zaten sağlıklı olan insanlara uygulanan, hastalık önleme veya erken teşhis için düzenli olarak yapılan tarama testlerinin doğru bir uygulama olduğunu düşünüyor.



Şekil 4.1. Hangisi aşırı teşhisi en iyi tanımlar sorusuna verilen yanıtlar ve yüzdeleri.

Hastaların %83,8'i (kesinlikle gerekli ve gerekli diyenler) tarama testinin muhtemel faydalarından bahsedilirken aşırı teşhis olasılığı hakkında da bilgilendirme yapılması gerektiğini düşünmektedir (Şekil 4.2).



Şekil 4.2 Tarama testinin muhtemel faydalarından bahsedilirken aşırı teşhis ile ilgili bilgilendirme yapılması gerekir mi ?

Katılımcılara genleri analiz edilerek geçirebileceği tüm hastalıkların bulunabileceğini ancak bazı hastalıkların tedavisi olduğu bazı hastalıkların olmadığı bir durumda bu testi yaptırır mıydı diye sorulduğunda, %79,9'u yaptıracağını (kesinlikle yaptırım ve yaptırabilirim diyenler) söylemiştir. Benzer şekilde hastalara bu genetik tarama testinin sonuçları belirsiz veya ortada bırakır şekilde olsaydı yaptırır mıydınız diye sorulduğunda hastaların %41'i yaptıracağını söylemiştir, %31'i kararsız kalmıştır (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Çalışmaya katılan hastaların gen analizi ve sonucu belirsiz olabilen genetik tarama testi yaptıırma isteği

	Gen analizi yaptıırma isteği		Sonucu belirsiz genetik tarama testi yaptıırma isteği	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Kesinlikle yaptıırırım	89	38,9	33	14,4
Yaptırabilirim	94	41	61	26,6
Kararsızım	35	15,3	71	31
Yaptırmam	11	4,8	49	21,4
Kesinlikle Yaptırmam	-	-	15	6,6

Çalışmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile aşırı teşhis terimini tanımlamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Çalışmaya katılan kadınların %21'i, erkeklerin %11.7'si aşırı teşhis teriminin doğru anlamını biliyordu (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Aşırı teşhis tanımlamalarıyla cinsiyet arasındaki ilişki.

	Olmayan hastalığa tanı konması		Aşırı teşhis doğru tanımı		Gereğinden fazla tetkik yapılması		Gereğinden fazla ilaç verilmesi	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Kadın	35	15,2	32	14	72	31,4	13	5,7
Erkek	20	8,7	9	4,1	36	15,7	12	5,2

Hastaların eğitim düzeyleri üniversite altı ve üniversite üstü olarak, aşırı teşhis terimini tanımlamaları ise aşırı teşhisin doğru tanımını bilenler ve yanlış bilenler olarak kategorize edildi. Bunun sonucunda üniversite veya üstü eğitim düzeyinde olanlar üniversite altı eğitime sahip olanlara göre aşırı teşhis terimini daha doğru tanımlayabilmiştir ($p=0,025$).

Çalışmaya katılan hastaların %21,4'ü daha önce kanser taraması yaptıırmıştır, %78,6'sı yaptıırmamıştır. Daha önce kanser taraması için tetkik veya muayene

yaptıran hastaların %12,2'si daha önce aşırı teşhis terimini duyduğunu belirtmiştir. Kansere taraması yaptıran hastaların %14,3'ü aşırı teşhis tanımını doğru biliyordu. Kansere taraması yaptıran durumu ile aşırı teşhis terimini duyma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,401$). Hastaların %3,5'i daha önce kansere tanısı almıştır. Çalışmaya katılan hastalardan daha önce kansere tanısı almış kişi sayısı az olduğundan değerlendirmeye alınmamıştır.



5.TARTIŞMA

Aşırı teşhis, tarama testlerinin istenmeyen bir sonucu olarak giderek daha sık karşımıza çıkmaktadır. Bunun yanında giderek artan bir tehlike olmasına rağmen toplumun aşırı teşhis ile ilgili bilgi düzeyi yeterli değildir. Çalışmamızda aşırı teşhis terimini daha önce duyduğunu belirten hastaların oranı %16,2'dir. Buradan anlaşılacağı gibi hastaların beşte birinden fazlası daha önce aşırı teşhisi terimini duymamıştır. Moynihan ve arkadaşlarının Avustralya'da 500 kişiyle yaptığı bir çalışmada aşırı teşhis terimini duyma oranını %63 olarak bulmuştur (6). Ghanouni ve arkadaşlarının Birleşik Krallık'ta 390 kişiyle yaptığı çalışmada daha önce aşırı teşhis terimini duyma oranını %30 saptamıştır (7). Bizim çalışmamızda saptadığımız oran her iki çalışmadan da daha düşüktür.

Çalışmamızda aşırı teşhis terimini duyma düzeyi ile yaş ve cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Benzer şekilde Moynihan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da yaş ve cinsiyet ile aşırı teşhis terimini duyma düzeyi karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (6).

Çalışmamızda aşırı teşhis terimini daha önce duyduğunu belirten hastaların %35,1'i doğru tanımlayabilmiştir. Ghanouni ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada aşırı teşhis terimini duyanların %7,7'si doğru tanımlayabilmiştir (7). Bizim çalışmamızda aşırı teşhis terimini doğru tanımlama oranı belirgin derecede daha yüksektir. Bunun nedeni eğitim düzeyi, yaş, içinde bulunulan sağlık sistemi, sağlık tanıtımı vb. olabilir ancak ülkeler arası bu konuda kıyaslamaya rastlanmamıştır.

Çalışmamıza katılan hastalara kolorektal kanserin nasıl tarandığı sorulduğunda, %75,5'i gaitada gizli kan ve kolonoskopi cevabını vermiştir. Aydın'da sekiz aile sağlığı merkezinde (ASM) 50 yaş ve üzeri 562 katılımcıyla yapılan bir çalışmada, katılımcıların %5,7'si kolonoskopiyi, %2,3'ü gaitada gizli kan testi cevabını vermişlerdir (41). Bizim çalışmamızda saptanan yüksek oran polikliniğimize başvuran hastaların eğitim düzeyinin bu çalışmaya kıyasla yüksek olması ve genellikle sağlık çalışanı olması ile açıklanabilir. Çalışmamıza katılan hastaların %32,7'si hem kolorektal tarama testinin ne olduğunu hem de tarama sıklığını doğru biliyordu. Ancak her ikisini de doğru bilenlerin sadece %17,3'ü daha önce aşırı teşhis terimini duyduklarını belirtti. Kolorektal tarama testini çalışmaya

katılanların büyük çoğunluğunun bilmesine rağmen hastalara tarama sıklığı sorulduğunda bu oran düşmektedir ve her ikisini de bilenlerin %82,7'si daha önce aşırı teşhis terimini duymamıştır. Çalışmanın genel popülasyonu değerlendirildiğinde bu beklenen bir orandır. Fakat kolorektal kanser tarama testinin ne olduğunu ve tarama sıklığını bilme ile aşırı teşhis terimini duyma düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Her ikisini de doğru bilen hastalar ile aşırı teşhis terimini doğru tanımlamaları arasında da bir ilişki bulunamamıştır. Bu sonuçlara bakılınca kolorektal tarama testlerini ve sıklığını bilmenin aşırı teşhis bilgi düzeyine etki etmediği düşünülebilir.

Çalışmamızda hastaların %64,2'si pap-smear testini serviks kanseri için tarama testi olduğunu biliyordu. Hindistan'da 262 hemşireyle yapılan bir çalışmada katılımcıların %77'si pap-smear'ı serviks kanseri için bir tarama testi olarak bildiğini göstermiştir (42). Bu sonuç katılımcıların tümünün hemşire olması düşünüldüğünde bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Bununla birlikte çalışmamızda, katılımcılara tarama testi sıklığı sorulduğunda ancak %14'ü doğru cevap verebilmiştir. Serviks tarama testinin ne olduğunu ve tarama sıklığını katılımcıların %11,3'ü doğru bilmiştir. Her ikisini doğru bilenlerin yalnızca %19,2'si daha önce aşırı teşhis terimini duymuştur. Serviks kanseri tarama testi ve/veya sıklığını bilmenin aşırı teşhis terimini duyma düzeyine bir etkisi saptanmamıştır. Her ikisini bilme ile aşırı teşhisi doğru tanımlama arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu sonuçlar ile her ikisini bilmek aşırı teşhis ile ilgili bilgi düzeyine etki etmediği düşünülebilir.

Benzer şekilde meme kanseri tarama testini ve sıklığını bilmenin aşırı teşhis ile ilgili bilgi düzeyine etki etmediği bulgularımızda belirtilmiştir.

Çalışmamıza katılan hastaların %10,5'i daha önce doktorunun tarama testleri ile aşırı teşhis konabileceğinden bahsettiğini belirtti. Moynihan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da benzer şekilde çalışmaya katılanların %10'u doktorunun aşırı teşhisten bahsettiğini belirtmiştir (6). Doktorun aşırı teşhisten bahsetmiş olmasının aşırı teşhis terimini duyma düzeyine etkide bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır ancak sayı çok düşük olduğundan (10 kişi) bu anlamlı kabul edilmemelidir. Doktorun aşırı teşhisten bahsetmemiş olduğu ve aşırı teşhis terimini duymayan katılımcı sayısı

178(%77,7) olduğundan bu durumda doktorun bahsetmemesi ile terimi hiç duymama arasındaki ilişkisinin anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,001$). Aile Hekimleri'nin hastaları ile en azından periyodik sağlık muayeneleri için karşılaşmalarını fırsat olarak görerek bu konudan bahsetmesi ya da aile sağlığı merkezlerinde bu yönde sağlık tanıtımının yapılmasının olumlu bir etkisi olacağı düşünülebilir.

Hastalara hangisi aşırı teşhisi en iyi tanımlar diye sorduğumuzda yarıya yakını (%47,2) “bir hastalığı teşhis edebilmek için fazla tetkik yapılması” yanıtını vermiştir. Ghanouni ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada “gereğinden fazla test yapılması” diyen hastaların oranı %3,1'dir (7). Bu oranlar oldukça farklıdır. Bunun nedeni o çalışmada seçenek sayısının fazla olması, algı ve sosyokültürel farklılıklar olabilir. Çalışma grubumuzda aşırı teşhis denilince akıllara ilk olarak fazlaca tetkik yapılması geldiği görülmektedir. Bunun muhtemel sebebi hastaların tetkik yapılmadan tanı konulmasının mümkün olmadığını düşünmeleri olabilir. Daha önce bahsettiğimiz gibi hastaların tanıdan emin olmak için tetkik yaptırma isteği aşırı teşhise sebep olan durumlardan biridir (4).

Aşırı teşhis terimini doğru tanımlayabilen hastaların oranı %17,9'dur. Ghanouni ve arkadaşlarının çalışmasında bu oran %2,6 olarak saptanmıştır (7).

Bizim çalışmamızda hastaların %83,8'i tarama testlerinin faydalarından bahsedilirken aşırı teşhis olasılığı ile ilgili bilgilendirme yapılması gerektiğini düşünmektedir. Moynihan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da hastaların %76'sı bilgilendirme yapılması gerektiğini düşünmekteydi (6). Bu çalışmalara dayanarak aşırı teşhis olasılığı ile ilişkili bilgilendirme yapılmasının periyodik sağlık muayeneleri ve Ulusal Kanseri Tarama Programlarının rutin süresini aksatmadan uygun olan bir bölümüne dahil edilmesi ile ilişkili çalışma yapılması önerilebilir.

Çalışmaya katılan hastaların %21,4'ü daha önce kanser taraması yaptırdığını belirtmiştir. Ulusal kanser tarama programlarından meme kanseri tarama programlarına ülke çapında katılım oranı %20-30, serviks kanseri tarama programlarına ülke çapında katılım oranı %20, kolorektal kanser tarama programlarına ülke çapında katılım oranı %20-30 arasında saptanmıştır (43). Bizim çalışmamızda daha önce kanser tarama programlarına katılan hastalar ile Türkiye

apındaki ulusal kanser tarama programlarına katılım oranları uyumluluk göstermektedir.

Katılımcılara “genetik testler ile geçirebileceğiniz tüm hastalıkların bulunabileceğini ancak bazı hastalıkların tedavisinin olduğu, bazı hastalıkların tedavisinin olmadığı bir durumda bu testi yaptırır mıydınız” diye sorulduğunda, %79,9’u yaptıracağını (kesinlikle yaptırım ve yaptırabilirim diyenler), bu genetik tarama testinin sonuçları belirsiz veya ortada bırakır şekilde olsaydı yaptırır mıydınız diye sorulduğunda hastaların %41’i yaptıracağını belirtmiştir. Moynihan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gen analizi yaptırma sorusuna yaptıracağım diyenlerin oranı %45, sonuçları belirsiz ve ortada bırakır şekilde olan genetik tarama testini yaptıracağım diyenlerin oranı %28 olarak saptanmıştır (6). Bizim alışmamız, Moynihan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre biraz daha yüksek oranlarda da olsa genel iki soru arasındaki azalma oranı olarak uyumlu görünmektedir. Her iki çalışmada da sonucu belirsiz olabilecek bir genetik tarama söz konusu olduğunda hastaların genetik test yaptırma düşüncelerinin yaklaşık yarıya düştüğü görülmüştür. Belirsizlik veya neticesinde bir çözüm alınamayacak durumlarda halkın tercihi belirgin şekilde değişmekte olduğu bu çalışmalarda görüldüğünden bilimsel olarak faydası kanıtlanmamış yeni veya popüler tarama testleri olarak topluma medyada tanıtılan testlerin gerçek neticeleri ile aşırı teşhis olasılıkları hakkında toplumun bilgilendirilmesi için uluslararası sağlık kurumlarının, ulusal merkezi sağlık otoritelerinin, meslek örgütlerinin, hasta derneklerinin, hastalık derneklerinin ve devletlerin birlikte çalışması etkili olabilir düşüncesindeyiz.

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Çalışmamız aile hekimliği alanında aşırı teşhis ile ilgili yapılmış ilk çalışmadır. Çalışmamızın en önemli sonuçlarından biri, katılımcıların büyük çoğunluğunun aşırı teşhis terimini daha önce duymamış olduğudur. Aşırı teşhis terimini duyanların büyük kısmı da aşırı teşhisi yanlış tanımlamıştır. Ancak aşırı teşhisi daha önce duyduğunu belirten hastalar aşırı teşhis terimini daha doğru tanımlayabilmiştir.

Yaş ve cinsiyet, aşırı teşhis terimini duyma durumu ile ilgili bir fark yaratmamaktadır. Ancak eğitim düzeyi üniversite veya üstü ile üniversite altı olarak değerlendirildiğinde üniversite üstü eğitim düzeyine sahip olanlar aşırı teşhis terimini daha doğru tanımlamaktadır. Eğitim durumu kategorize edildikten sonra da aşırı teşhis terimini duyma düzeyi ile arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Bizim çalışmamızda daha önce aşırı teşhis terimini duyduğunu belirten hastalar aşırı teşhis terimini daha önce duymamış olan hastalara göre daha doğru tanımlayabilmiştir($p=0,02$). Bizim çalışmamızdan çıkan sonuç; aşırı teşhisi doğru tanımlayabilmek, aşırı teşhis ile ilgili farkındalığın oluşmasında önemli bir noktadır ve daha önce aşırı teşhis terimini duymuş olmak bu duruma pozitif yönde etki etmektedir.

Kanser taramaları ile ilgili bulgular değerlendirildiğinde katılımcıların önemli bir kısmının Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen kanser tarama programlarından kolorektal kanseri, serviks kanseri ve meme kanseri taraması için hangi testlerin kullanıldığını bildiğini saptadık. Bununla birlikte tarama sıklığı ile birlikte değerlendirildiğinde bu oranın düştüğünü gördük. Kanser tarama testleri tek tek değerlendirildiğinde bu tarama testlerini biliyor olmak aşırı teşhis duyma durumu üzerinde anlamlı bir artış sağlamamaktadır.

Daha önce kanser taraması yaptırmış olmanın aşırı teşhis duyma durumu ve aşırı teşhis terimini doğru tanımlama üzerine anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır.

Doktorunun aşırı teşhisten bahsetmemesi, hastaların aşırı teşhis terimini duyma durumu üzerine etki etmektedir. Bunun yanında katılımcıların büyük kısmı tarama testlerini doğru bir uygulama olarak görüyor ve tarama testleri ile birlikte aşırı teşhis ile ilgili de bilgi verilmesi gerektiğini düşünüyor. Burada en çok görev tarama testlerinin periyodik sağlık muayenelerinde uygulayıcıları olan biz aile hekimlerine düşmektedir. Diğer önemli bir konu da aile hekimlerinin aşırı teşhis kavramı ile ilgili bilgi düzeyleridir. Bunun da araştırılması gerektiğini düşünüyoruz.

6.2. Öneriler

Aşırı teşhis dünyada giderek artan bir sorun haline gelmektedir. Bunun önüne geçebilmek için yapılacak ilk iş toplumsal farkındalığı arttırmaktır. Koruyucu hekimliğin temelinde aile hekimliği bulunmaktadır ve aile hekimlerinin, tarama testleri ile ilgili hastalarına bilgi verirken aşırı teşhisten de bahsetmesi toplumsal farkındalığı arttırmak için önemli bir yoldur. Umuyoruz ki bu tez ile hem hekimler hem de halk, aşırı teşhis ile ilgili daha detaylı bilgi edinebilecektir. Bunun yanında ulusal kongrelerde aşırı teşhis ile ilgili oturumlar düzenlemek veya uzmanlık derneklerinin katılımıyla yerel bir bildiri yayınlamak faydalı olabilir.

Teknolojik olanaklar giderek artmaktadır ve bu da sağlıklı insana yapılan tarama testlerinin çeşitlenmesine yol açmaktadır. Sonucu aşırı teşhise sebep olabilecek bu durumları önlemek için yeni stratejiler geliştirilmesi gerekmektedir.

Toplumun aşırı teşhis terimini duyma oranı düşüktür ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek için yapılmış çalışma çok azdır. Çalışmamızda da bahsettiğimiz literatürler haricinde özellikle Türkiye’de yeterli veri bulunmamaktadır ve daha çok çalışma yapılması gerekmektedir.

Belirsizlik, ya da neticesinde bir çözüm alınamayacak durumlarda halkın tercihi belirgin şekilde değişmekte olduğu bu çalışmalarda görüldüğünden bilimsel olarak faydası kanıtlanmamış yeni ya da popüler tarama testleri olarak topluma medyada tanıtılan testlerin gerçek neticeleri ile aşırı teşhis olasılıkları hakkında toplumun bilgilendirilmesi için uluslararası sağlık kurumlarının, ulusal merkezi sağlık

otoritelerinin, meslek örgütlerinin, hasta derneklerinin, hastalık derneklerinin ve devletlerin birlikte çalışması etkili olabilir düşüncesindeyiz.



ÖZET

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran hastalarda aşırı teşhis ile ilgili bilgi ve davranışın değerlendirilmesi

Giriş ve Amaç: Tıp mesleğine güven, doktorların önce zarar verme ilkesini korumasına dayanmaktadır. Ancak tıbbi uygulamaların bir bölümü sağlığı teşvik etmeye aykırı şekilde genişlemektedir. Bu da kaynakların gereksiz kullanımına daha da fazlası hastaya zarar verilmesine neden olabilmektedir. Bu olası zararlardan biri de aşırı teşhistir. Aşırı teşhis, herhangi bir belirti ve rahatsızlık vermeyen veya ölümlü sonuçlanmayacak bir hastalığa tanı konması olarak tanımlanmaktadır. Aşırı teşhis tarama testlerinden, hassaslığı artmış tanısal testlerin kullanımından, rutin muayenelerdeki rastlantı bulgular, tanı ölçütlerinin genişletilmesinden kaynaklanabilmektedir. Çalışmamızın amacı, polikliniğe başvuran hastaların kanser(ca) tarama programları(kolorektal ca, serviks ca, meme ca) hakkındaki bilgilerini değerlendirerek, aşırı teşhis ile ilgili bilgi ve görüşlerini belirlemek. Aşırı teşhis bilgi düzeylerini etkileyen faktörleri saptayabilmektir.

Gereç Yöntem: Çalışmamız, 05.03.2018-05.05.2018 tarihleri arasında polikliniğimize başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 229 hasta ile yapılmıştır. Çalışmaya alınan hastalara sosyodemografik özellikleri içeren, kanser taramaları ve aşırı teşhis hakkında bilgi ve görüşlerini değerlendiren sorular bulunan anket verilerek yanıtlanması istendi. Daha sonra değerlendirmek için anketler geri toplandı. Verilerin analizi SPSS v20 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Grup sayısı iki olduğunda gruplar arasında ortalamalar yönünden farkın önemliliği t testi ile ortanca değerler yönünden farkın önemliliği Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Grup sayısı ikiden fazla olduğunda gruplar arasında ortalamalar yönünden farkın önemliliği ANOVA Varyans Analizi testi ile ortanca değerler yönünden farkın önemliliği Kruskal Wallis testi ile araştırılmıştır. Nominal değişkenler Pearson Ki-Kare veya Fisher Exact testi ile değerlendirilmiştir. Sonuçlar $p < 0,05$ için istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza 229 kişi katılmıştır. Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması $36,07 \pm 11,4$ idi. Hastalara aşırı teşhis terimini duyup duymadıklarını

sorulduğunda yalnızca %16,2'si daha önce duyduğunu belirtmiştir. Kolorektal kanser, serviks kanseri, meme kanseri, tarama testi ve sıklığını doğru bilen hastaların sırasıyla %17,3'ü, %19,2'si, %22,5'i daha önce aşırı teşhis terimini duyduğunu belirtti. Çalışmaya katılan hastaların yalnızca %17,9'u aşırı teşhis terimini doğru tanımlayabilmiştir. Daha önce aşırı teşhis terimini duyduğunu belirtenlerin %35,1'i aşırı teşhis terimini doğru tanımlayabilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların %10,5'i daha önce doktorunun tarama testleri ile aşırı teşhis konabileceğinden bahsettiğini belirtti.

Sonuçlar: Çalışmamızda kolorektal kanser, serviks kanseri, meme kanseri tarama testi ve sıklığını bilme ile aşırı teşhis terimini duyma veya doğru tanımlama arasında bir ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızın en önemli sonuçlarından biri, katılımcıların büyük çoğunluğunun aşırı teşhis terimini daha önce duymamış olduğudur. Aşırı teşhis terimini duyanların büyük kısmı da aşırı teşhisi yanlış tanımlamıştır. Bunun yanında aşırı teşhisi daha önce duyduğunu belirten hastalar aşırı teşhis terimini daha doğru tanımlayabilmiştir. Yaş ve cinsiyet, aşırı teşhis terimini duyma durumu ile ilgili bir fark yaratmamaktadır. Ancak eğitim düzeyi üniversite veya üstü ile üniversite altı olarak değerlendirildiğinde üniversite üstü eğitim düzeyine sahip olanlar aşırı teşhis terimini daha doğru tanımlamaktadır. Eğitim durumu kategorize edildikten sonra da aşırı teşhis terimin duyma düzeyi ile arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Koruyucu hekimliğin temelinde aile hekimliği bulunmaktadır ve aile hekimlerinin, tarama testleri ile ilgili hastalarına bilgi verirken aşırı teşhisten de bahsetmesi toplumsal farkındalığı arttırmak için önemli bir yoldur.

Anahtar Kelimeler: aşırı teşhis, kanser taramaları, tarama testleri, koruyucu hekimlik, aile hekimliği

SUMMARY

Evaluation of knowledge and behavior about overdiagnosis in patients who applied to Ankara University Faculty of Medicine Ibni Sina Hospital Family Medicine Polyclinic

Introduction and Objective: Trust in the medical profession is based on the principle of doctors that “first, do not harm”. However, some of the medical practices are expanding contrary to the promotion of health. This can lead to further damage to the patient due to unnecessary use of resources. One of these possible damage is overdiagnosis. Overdiagnosis is defined as diagnosing a disease that does not cause any symptoms or discomfort or that will not result in death. Overdiagnosis can result from screening tests, the use of increased diagnostic tests, and incidental findings in routine examinations and extending diagnostic criteria. The aim of our study is to evaluate the information about cancer screening programs of patients who have applied to polyclinic and to determine their knowledge and opinions about overdiagnosis. To identify the factors that affect the level of overdiagnosis knowledge.

Materials and methods: Our study was conducted with 229 patients who applied to our clinic between 05.03.2018-05.05.2018 and accepted to participate in the study. Patients participating in the study were asked to respond with a questionnaire that included sociodemographic characteristics, cancer screenings, knowledge and behavior on overdiagnosis. Later, the surveys were recalled to assess. The data were analyzed by using SPSS software (Version 11.5). When the group number was two, the significance of differences between the groups in terms of averages was assessed by the Mann Whitney U test. When the number of groups is more than two, the significance of differences between the groups in terms of averages was assessed by ANOVA, and the significance of differences in terms of median values with the Kruskal Wallis test. Nominal variables were analyzed by Pearson Chi-Square or Fisher Exact test. Any p value less than 0.05 was considered statistically significant.

Results: 229 people participated in our study. The mean age of the patients participating in the study was 36.07 ± 11.4 . When asked if they heard the term

overdiagnosis, only 16.2% had heard it before. 17.3%, 19.2% and 22.5% of patients who correctly understood colorectal cancer, cervical cancer, breast cancer screening test and frequency, respectively, heard the term over diagnosis. Only 17.9% of patients participating in the study correctly identified the term of overdiagnosis and 35.1% of patients who had previously heard the overdiagnosis, correctly identified the term. Only 10% of people said they had ever been told by a doctor that overdiagnosis was a risk of being screened or tested.

Conclusions: In our study, there was no relationship between colorectal cancer, cervical cancer, breast cancer screening test knowledge and hearing or knowing overdiagnosis correctly. One of the most important conclusions of our work is that the vast majority of participants have not heard the term of overdiagnosis. Most of those who have heard of the overdiagnosis before know the definition wrong. Furthermore, patients who have already heard overdiagnosis have been able to identify the overdiagnosis term more accurately. Age and gender do not make a statistically difference about hearing overdiagnosis. However, when the level of education is considered to be university or higher and under-university, those with higher education level are more accurately describing the term of overdiagnosis. After categorizing the educational status, there was no significant relationship with the level of hearing the overdiagnosis. Family medicine is on the basis of preventive medicine and it is an important way to increase social awareness when family physicians mention overdiagnosis while informing their patients about screening tests.

Key Words: overdiagnosis, cancer screenings, screening tests, preventive medicine, family medicine

KAYNAKLAR

1. Welch H.G., Schwartz L.M., Woloshin S., Overdiagnosed : Making people sick in the pursuit of health. Boston: Beacon Press, 2011.
2. Moynihan R., Doust J., Henry D., Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. British Medical Journal 2012: 344-350.
3. Welch H.G., Black W.C., Overdiagnosis in cancer. J Natl Cancer Inst. 2010; 102(10):605–613.
4. Chiolerio A., Paccaud F., Aujesky D., et all. How to prevent overdiagnosis. Swiss Med Wkly 2015;145:w14060.
5. Marcus P., Prorok P., Miller A., Conceptualizing overdiagnosis in cancer screening. JNCI J Natl Cancer Inst, (2015) 107(4): djv014.
6. Moynihan R., Nickel B., Hersch J., Beller E,Doust J., Compton S., et al. (2015) Public Opinions about Overdiagnosis: A National Community Survey. PLoS ONE 10(5): e0125165. doi:10.1371/journal.pone.0125165.
7. Ghanouni A,Meisel SF, Renzi C, et al.Survey of public definitions of the term ‘overdiagnosis’ in the UK. BMJ Open 2016;6:e010723. doi:10.1136/bmjopen-2015-010723.
8. Wonca Europe Position paper on overdiagnosis and action to be taken. (<http://woncaeurope.org/content/overdiagnosis-position-paper>)
9. WONCA AVRUPA 2005 Basımı Türkçe Çevirisi Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları .

10. Independent UK Panel On Breast Cancer Screening. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Lancet* 2012;380(9855):1778-86.
11. Pace L.E., Keating N.L., A systematic assessment of benefits and risks to guide breast cancer screening decisions. *JAMA* 2014;311(13):1327-35.
12. Bleyer A., Welch H.G., Effect of three decades of screening mammography on breast cancer incidence. *N Engl J Med.* 2012;367(21):1998-2005.
13. Glusac E.J., The melanoma ‘epidemic’ : lessons from prostate cancer. *J Cutan Pathol.* 2012;39(1):17-20.
14. Veronesi G., Maisonneuve P., Bellomi M., Estimating overdiagnosis in low-dose computed tomography screening for lung cancer: a cohort study. *Ann Intern Med.* 2012;157(11):776-84.
15. Hall S.F., Irish J., Groome P., Access, excess and overdiagnosis: the case for thyroid cancer. *Cancer Med.* 2014. doi: 10.1002/cam4.184.
16. Hoffman J.R., Cooper R.J., Overdiagnosis of disease : a modern epidemic. *Arch Intern Med.* 2012;172(15):1124-4.
17. Wiener R.S., Schwartz L.M., Woloshin S., Time trends in pulmonary embolism in the United States: evidence of overdiagnosis. *Arch Intern Med.* 2011;171(10):832-7.
18. Rao V.M., Levin D.C., The overuse of diagnostic imaging and the Choosing Wisely initiative. *Ann Intern Med.* 2012;157(8):574-6.
19. Young W.F. Jr. Clinical practice. The incidentally discovered adrenal mass. *N Engl J Med.* 2007;356(6):601-10.
20. Yudkin J.s., Montori V.M., The epidemic of pre-diabetes: the medicine and the politics. *BMJ* 2014;349:g4485.

21. Kaplan R.M., Ong M., Rationale and public health implications of changing CHD risk factor definitions. *Annu Rev Public Health*. 2007;28:321-44
22. Aronowitz R.A., The converged experience of risk and disease. *Milbanl Q*. 2009;87(2):417-42.
23. Cornell S.J., Another cause of overdiagnosis: fear of litigation. *BMJ* 2013;347:f6969.
24. Brodersen J., Schwartz L.M., Henegan C., Overdiagnosis: what it is and what it isn't. *BMJ* 2018;23:1-3.
25. Biesheuvel C., Barratt A., Howard K. ve ark., Effects of study methods and biases on estimates of invasive breast cancer overdiagnosis with mammography screening: a systematic review. *Lancet Oncol* 2007;8:1129-38.
26. Morrell S., Barratt A., Irwig L., Howard K., ve ark, Estimates of overdiagnosis of invasive breast cancer associated with screening mammography. *Cancer Causes Control* 2010;21:275-82.
27. Kalager M., Adami H., Bretthauer M., ve ark, Overdiagnosis of invasive breast cancer due to mammography screening: results from Norwegian screening program. *Ann Intern Med* 2012;156:491-9.
28. Jotgensen K., Gotzche P., Overdiagnosis in publicly organised mammography screening programmes: systematic review of incidence trends. *BMJ* 2009;339:b2587.
29. Tan G., Gharib H., Thyroid incidentalomas: management approaches ton onpalpable nodules discovered incidentally on thyroid imaging. *Ann Intern Med* 1997;126:226-31.
30. Davies L., Welch G., Increasing incidence of thyroid cancer in United States, 1973-2002. *JAMA* 2006;295:2164-7.

31. Harach HR., Franssila KO, Wasenius V., Occult papillary carcinoma of the thyroid: a normal finding in Finland. A systematic autopsy study. *Cancer* 1985;56(3):531-538.
32. Edward P., Paul P., Constantine G., et al., Overdiagnosis in low-dose computed tomography screening for lung cancer., *JAMA Intern Med.* 2014;174(2):269-274
33. Aaron S., Vandemheen K., Boulet L., et al., Overdiagnosis of asthma in obese and nonobese adults. *CMAJ* 2008;179:1121-31.
34. Lucas A., Smeenk F., Smeele I., Overtreatment with inhaled corticosteroids and diagnostic problems in primary care patients, an exploratory study. *Fam Pract* 2008;25:86-91.
35. Esserman L., Shieh Y., Thompson I., Rethinking screening for breast cancer and prostate cancer. *JAMA* 2009;301(15):1685-92.
36. Esserman LJ., Thompson IM., Reid B., Overdiagnosis and overtreatment in cancer: an opportunity for improvement. *JAMA* 2013;310(8):797-8.
37. Johansen ME., Gold KJ., Sen A., et al., A national Survey of the treatment of hyperlipidemia in primary prevention. *JAMA Intern Med.* 2013;173(7):586-8.
38. Kolorektal Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları – Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/484-kolorektal-kanser-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html>)
39. Serviks Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları – Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/483-serviks-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html>)
40. Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları – Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/485-meme-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html>)

41. Şahin N., Üner B., Aydın M., ve ark. Aydın merkez ilçede kolorektal kanser taramasına ilişkin bilgi, tutum ve engeller. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2015;19(1):37-48
42. Shekhar S., Sharma C., Thakur S., et all. Cervical cancer screening: knowledge, attitude and practices among nursing staff in a tertiary level teaching institution of rural India. Asian Pac J Cancer Prev. 2013;14(6):3641-5
43. Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013-2018
(https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/raporlar/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdf)

EKLER

EK 1 : Ankara Üniversitesi Etik Kurulu Onayı

GİZLİ



T.C
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : 56786525-050.04.04 / 28464
Konu : Etik Kurul Kararı Hakkında

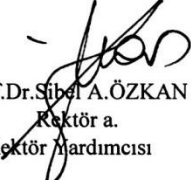
27 Nisan 2013

Sayın Arş.Gör.Dr.Ozan ŞENGÜL
Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi Aile Hekimliği

İlgi: 05/01/2017 tarihli başvurunuz.

“Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Aşırı Teşhis ile ilgili Bilgi ve Görüşlerin Değerlendirilmesi” başlıklı uzmanlık tezi ile ilgili olarak Ankara Üniversitesi Etik Kurulunun 05/03/2018 tarihli toplantısında alınan 04/60 sayılı kararın bir örneği ilişikte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.


Prof.Dr.Sibel A.ÖZKAN
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

EKLER:
Karar Örneği (1 sayfa)

GİZLİ

Ankara Üniversitesi Rektörlüğü 06100 - Tandoğan/ANKARA
Telefon : 0 (312) 60 40 / 2101
Faks : 0 (312) 212 60 49

Ayrıntılı Bilgi İçin

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ALT ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi : 05/03/2018

Toplantı Sayısı : 04

Karar Sayısı : 60

60-Üniversitemiz Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi Aile Hekimliği asistan doktorlarından **Arş.Gör.Dr. Ozan Şengül**'ün "Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Aşırı Teşhis ile ilgili Bilgi ve Görüşlerin Değerlendirilmesi" başlıklı uzmanlık tezi ile ilgili 05/01/2018 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Yapılan görüşmeler ve incelemeler sonucunda **Arş.Gör.Dr. Ozan Şengül**'ün "Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Aşırı Teşhis ile ilgili Bilgi ve Görüşlerin Değerlendirilmesi" başlıklı uzmanlık tezi ile ilgili önerilen düzeltmeler yapılmıştır. Çalışmasının, araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

ASLININ AYNIDIR
05/03/2018


Prof.Dr.Muharrem ÖZEN
Ankara Üniversitesi
Etik Kurulu Başkanı

EK 2: Anket Formu

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine
Başvuran Hastalarda Aşırı Teşhis ile İlgili Bilgi ve Görüşlerinin Değerlendirilmesi
Araştırması

1. Yaşınız
2. Cinsiyetiniz?
a.Kadın b.Erkek
3. Eğitim durumunuz?
a.Okuryazar b.Okuryazar değil c.İlköğretim d.Lise e.Üniversite
ve üstü
4. Aşağıdakilerden hangisi kolorektal(kalın barsak) kanserin erken teşhisi için yapılan tarama testidir?
a.Endoskopi
b.Ultrason
c.Gaitada gizli kan ve kolonoskopi
d.Bilmiyorum
5. Kolorektal(kalın barsak) kanseri tarama testi ne sıklıkta yapılır?
a.Yılda bir
b.İki yılda bir gaitada gizli kan, 10 yılda bir kolonoskopi
c.Beş yılda bir
d.Bilmiyorum
6. Rahim ağzı kanserinin erken teşhisi için aşağıdakilerden hangisi tarama testi olarak kullanılır?
a.Pap-smear testi
b. Rahim ağzından alınan biyopsi
c.Bilgisayarlı Tomografi
d. Bilmiyorum
7. Rahim ağzı kanseri tarama testi ne sıklıkta yapılır?
a.Yılda bir
b.İki yılda bir
c.Beş yılda bir
d.Bilmiyorum

8. Aşağıdakilerden hangisi meme kanseri erken teşhisi için tarama testi olarak kullanılır?
- Manyetik Rezonans Görüntüleme
 - Mamografi
 - Bilgisayarlı Tomografi
 - Bilmiyorum
9. Meme kanseri tarama testi ne sıklıkta yapılır?
- Yılda bir
 - İki yılda bir
 - Beş yılda bir
 - Bilmiyorum
10. Daha önce kanser taraması için tetkik veya muayene yaptırınız mı ?
- Evet
 - Hayır
11. Daha önce aşırı teşhis diye bir terim duydunuz mu ?
- Evet
 - Hayır
12. Aşağıdakilerden hangisi aşırı teşhisi en iyi tanımlar ?
- Sizde olmayan bir hastalığın varmış gibi teşhis edilmesi
 - Herhangi bir belirti ve rahatsızlık vermeyen veya ölümlü sonuçlanmayacak bir hastalığa teşhis konması
 - Bir hastalığı teşhis edebilmek için gereğinden fazla tetkik yapılması
 - Gereksiz ilaç tedavisi veya gereğinden daha fazla ilacı verilmesi
13. Daha önce bir doktor size sağlıklı bir insana tarama testleriyle veya hastalığa yönelik testlerle aşırı teşhis konabileceğinden bahsetti mi ?
- Evet
 - Hayır
14. Daha önce size kanser teşhisi kondu mu ?
- Evet
 - Hayır
15. Sizce zaten sağlıklı olan insanlara yapılan hastalık önleme veya erken teşhis için düzenli olarak yapılan tarama testleri doğru bir uygulama mı?
- Evet
 - Hayır
 - Fikrim yok

- 16.** Sağlıklı insanlar sıklıkla tarama testi yaptırıyor, tarama testinin muhtemel faydalarından bahsedilirken aşırı teşhis olasılığı hakkında size bilgilendirme yapılması gerekir mi ?
- a.Kesinlikle gerekli
 - b.Gerekli
 - c.Kararsızım
 - d.Gerekli değil
 - e.Kesinlikle gerekli değil
- 17.** Sizin genlerinizi analiz ederek geçirebileceğiniz tüm hastalıkların gösterilebileceğini hayal edin. Ve bu hastalıkların bazıları için etkin tedavi var bazıları için yok. Bu testi yaptırmayı düşünür müsünüz?
- a.Kesinlikle yaptırırım
 - b.Yaptırabilirim
 - c.Kararsızım
 - d.Yaptırmam
 - e.Kesinlikle yaptırmam
- 18.** Peki bu genetik tarama testinin sonuçları belirsiz veya ortada bırakır biçimde olsaydı bu testi yaptırmayı düşünür müsünüz?
- a.Kesinlikle yaptırırım
 - b.Yaptırabilirim
 - c.Kararsızım
 - d.Yaptırmam
 - e.Kesinlikle yaptırmam

EK 3 : Anket bilgilendirme metni

ANKET BİLGİLENDİRME FORMU

Araştırmanın Adı: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Aşırı Teşhis ile İlgili Bilgi ve Görüşlerinin Değerlendirilmesi

Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Mehmet UNGAN

Araştırmanın Yürütüleceği Yer: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği

Sayın Gönüllü;

Bu anket formu; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi polikliniğe başvuran hastalarda aşırı teşhis ile ilgili bilgi ve tutumu değerlendirmeyi amaçlamıştır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeniz halinde 18 sorudan oluşan bu anket formunu doldurmanız yaklaşık 5 dakika alacaktır.

Anketimizde kimlik bilgileriniz (isim, soyisim, tc kimlik no, vb.) istenmeyecektir.

Bu araştırmada yer almak tümüyle sizin isteğinize bağlıdır.

Tüm sorulara eksiksiz bir şekilde yanıt vermeniz çalışmamız için oldukça önemlidir. Bu ankette elde edeceğimiz bilgiler amacı dışında kullanılmayacağı gibi size ait kişisel bilgiler üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Araştırma Ekibi:

Prof. Dr. Mehmet UNGAN

Araş. Gör. Dr. Ozan ŞENGÜL

İrtibat:

0506 845 84 73

0532 245 13 88