

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**2012-2013 YILLARI ARASINDA ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI PERİYODİK SAĞLIK
MUAYENESİ POLİKLİNİĞİ'NE BAŞVURAN ERİŞKİNLERİN
DEMOGRAFİK VE MEDİKAL DURUMLARI İLE KENDİ
“SAĞLIK ÖZ-DEĞERLENDİRMELERİ” ARASINDAKİ İLİŞKİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mustafa Kürşat ŞAHİN

SAMSUN-2014

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**2012-2013 YILLARI ARASINDA ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI PERİYODİK SAĞLIK
MUAYENESİ POLİKLİNİĞİ'NE BAŞVURAN ERİŞKİNLERİN
DEMOGRAFİK VE MEDİKAL DURUMLARI İLE KENDİ
“SAĞLIK ÖZ-DEĞERLENDİRMELERİ” ARASINDAKİ İLİŞKİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mustafa Kürşat ŞAHİN

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Mustafa Fevzi DİKİCİ

SAMSUN-2014

TEŞEKKÜR

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda bulunduğum süre içinde eğitimime katkıda bulunan tüm hocalarıma,

Asistanlık eğitimime başladığım günden itibaren her çalışmamda yanımda olan, desteğini esirgemeyen, farklı bakış açıları geliştirmemi sağlayan, güler yüzlü, anlayışlı, bir akademisyende bulunması gereken tüm özellikleri barındıran değerli tez hocam Doç. Dr. Mustafa Fevzi DİKİCİ'ye,

Yine bu süreçte çok büyük desteğini gördüğüm, bilimin nasıl yapılması gerektiğini öğreten, her zaman asistanı için zaman yaratan, asistanının arkasında durup hep destek olan, şefkatli ve anlayışlı değerli hocam Prof. Dr. Füsun YARIŞ'a,

İlk geldiğim günden beri yüzündeki tebessümü eksilmeyen, asistanlarına hep yardımcı olan, fikirleri ile yaptığımız çalışmaların zenginleşmesini sağlayan değerli hocam Doç. Dr. Füsun Aysin ARTIRAN İĞDE'ye,

Asistanlığım süresince bana hep destek olan tüm asistan arkadaşlarıma,

Çocuklarının iyiliğinden başka bir şey düşünmeyen, ömürlerini bizlere adayan, her anlamda destekleriyle hep yanımda olan sevgili anneme ve babama,

Hayatıma girdiği günden beri mutluluk kaynağım, hayatımın anlamı sevgili eşim Dr. Gülay ŞAHİN'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Mustafa Kürşat ŞAHİN

2014, Samsun

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	ii
TABLO LİSTESİ	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
1.GİRİŞ ve AMAÇ	
1.1 Giriş	1
1.1.1 Sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi	1
1.1.2 Hastalıklardan korunma kavramı	1
1.2 Amaç	2
2. GENEL BİLGİLER	
2.1 Periyodik sağlık muayenesinin tanımı	3
2.2 Periyodik sağlık muayenesinin tarihçesi	3
2.3 USPSTF kanıt düzeyleri	6
2.4 USPSTF'nin erişkinler için tarama ve danışmanlık önerileri	7
2.5 Risk değerlendirmesi	10
2.6 İmmünizasyon (Bağışıklama)	11
2.7 Tarama	12
2.8 Hasta eğitimi ve danışmanlık	13
2.9 Sağlığın öz değerlendirilmesi	15

	<u>Sayfa No</u>
3. MATERYAL VE YÖNTEM	
3.1 Araştırmanın Yeri	17
3.2 Araştırmanın Tipi	17
3.3 Araştırmanın Evreni	17
3.4 Araştırmanın Örneklemi	17
3.5 Araştırmanın Veri Kaynakları	17
3.6 Araştırmanın Uygulama Şekli	19
3.7 Veri Analizi	20
3.8 Araştırmanın Kısıtlılıklar	20
3.9 Etik Konular	20
3.10 Araştırmanın Takvimi	20
3.11 Araştırmanın Bütçesi	20
3.12 Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri	20
3.13 Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri	20
4. BULGULAR	21
5. TARTIŞMA	31
6. SONUÇLAR	42
7. KAYNAKLAR	45
8. EKLER	
EK-1: Periyodik Muayene Formu	54
EK-2: Etik Kurul Onayı	60

TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
	<u>No</u>
Tablo 2.3: USPSTF'nin öneri kategorileri	6
Tablo 4.1: Katılımcıların beslenme ve egzersiz yapma durumlarının cinsiyete göre dağılımı	21
Tablo 4.2: Katılımcılarda bulunan hastalıklar	22
Tablo 4.3: Katılımcıların sigara ve alkol kullanımının cinsiyete göre dağılımı	23
Tablo 4.4: Katılımcıların bağışıklama durumlarının cinsiyete göre dağılımı	23
Tablo 4.5: Katılımcıların psikiyatrik hastalık ve ilaç kullanımının cinsiyete göre dağılımı	24
Tablo 4.6: Katılımcıların aile öyküsünün cinsiyete göre dağılımı	24
Tablo 4.7: Katılımcıların ailelerinde bulunan kanser türlerinin cinsiyete göre dağılımı	25
Tablo 4.8: Katılımcıların sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, kilo, boy, beden kitle indeksi ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı	26
Tablo 4.9: Beden kitle indeksinin cinsiyete göre sınıflandırılması	26
Tablo 4.10: Katılımcıların APG, Trigliserid, total kolesterol, HDL kolesterol ve LDL kolesterol ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı	27
Tablo 4.11: Açlık plazma glukozunun cinsiyete göre sınıflandırılması	27
Tablo 4.12: Lipid panelinin cinsiyete göre sınıflandırılması	28
Tablo 4.13: Sağlık öz değerlendirmesi ile çeşitli değişkenlerin ilişkisi	30

SİMGELER VE KISALTMALAR

- Abdominal aort anevrizması (AAA)
- Amerika Birleşik Devletleri Koruyucu Hizmetler Görev Gücü (USPSTF)
- Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması (NHANES)
- Açlık plazma glukoz (APG)
- Amerikan Tıp Derneği (AMA)
- Beden Kitle İndeksi (BKİ)
- Bozulmuş açlık glukozu (BAG)
- Diyastolik kan basıncı (DKB)
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)
- Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC)
- Kanada Koruyucu Sağlık Hizmetleri Görev Gücü (CTFPHC)
- Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA)
- Mamografi sonuçları meme görüntüleme raporlama ve veri sistemi (BI-RADS)
- Ondokuz Mayıs Üniversitesi (OMÜ)
- Periyodik sağlık muayenesi (PSM)
- Sağlık Bakım Araştırmaları ve Kalite Kuruluşu (AHRQ)
- Sistolik kan basıncı (SKB)
- Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi (TURDEP)
- Türkiye Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Çalışması (TEKHARF)
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)
- Ulusal Hastalık Yüğü Ve Maliyet-Etkililik Projesi (UHY-ME)

ÖZET

Amaç: 2012-2013 yılları arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi (OMÜ) Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Polikliniği'ne Periyodik Sağlık Muayenesi için başvuran erişkinlerin demografik ve medikal durumları ile kendi "sağlık öz-değerlendirmeleri" arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Materyal-metod: 01.01.2012-31.12.2013 tarihleri arasında OMÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Periyodik Sağlık Muayenesi polikliniğine başvuran 274 kişinin periyodik sağlık muayenesi formları geriye dönük olarak değerlendirilmiştir. Veriler SPSS 22.0 for Windows kullanılarak işlenmiştir. Veriler sayı ve yüzde olarak değerlendirilmiş, istatistiksel anlamlılık t testi, ki kare ve Mann Whitney U testiyle analiz edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 138' i kadın (% 50,4), 136'sı erkek (% 49,6) olmak üzere 274 hasta dâhil edilmiştir. Hastaların yaş ortalaması $44,48 \pm 15,72$ yıl idi. Kadınların 95'i (%68,8), erkeklerin 70'i (% 51,5) egzersiz yapmıyordu. Hastaların 159'unun (% 66,6) beden kitle indeksi 25 kg/m^2 'den fazlaydı. Kadınların 75'inde (%54,3) erkeklerin 39'unda (%28,7) psikiyatrik hastalık öyküsü vardı. Kadınların 34'ü (% 24,6), erkeklerin 17'si (% 12,5) psikiyatrik bir ilaç kullanmaktaydı. Kadın hastalarda psikiyatrik hastalık öyküsü ($p<0,001$) ve ilaç kullanımı ($p:0,010$) anlamlı olarak daha fazlaydı. 40 yaş ve üstü yaştaki 90 kadının 66'sı (% 73,3) mamografi yaptırmıştı. Bir hastada meme kanseri tanısı kondu. Katılımcıların 113'ü (% 41,3) genel sağlık durumlarının kötü olduğunu belirtti. Kadınların ve psikiyatrik hastalığı olan kişilerin sağlık öz değerlendirmeleri anlamlı olarak daha kötüydü.

Sonuç: Katılımcıların yarısından fazlası egzersiz yapmıyordu ve kilolu veya şişmandı. Kanser taramaları sonucunda bir meme kanseri saptandı. PSM için başvuran kadınların yarısından fazlasının, erkeklerin ise dörtte birinin psikiyatrik hastalık öyküsü vardı. Psikiyatrik hastalığı olan kişilerin hastalık öz değerlendirmeleri anlamlı olarak daha kötüydü.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, periyodik sağlık muayenesi, koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık öz değerlendirmesi

ABSTRACT

Aim: To evaluate the relationship between demographic and medical status of the adults admitted to OMU School of Medicine Department of Family Medicine for the Periodic Health Examination between 2012- 2013 and their own "self-assessment of health".

Material and methods: Total 274 Periodic Health Examination forms of the people admitted to OMU School of Medicine Department of Family Medicine outpatient clinic between 01.01.2012-31.12.2013 were screened retrospectively. Data were processed using SPSS 22.0 for Windows. Data were evaluated as number and percentages, statistically significance was analyzed using t test, chi-square test and the Mann-Whitney U test. Statistical significance was considered at $p < 0.05$.

Results: Of the 274 patients, 138 were women (50.4%) and 136 were men (49.6%). The mean age was 44.48 ± 15.72 years. Of the women, 95 (68.8%) and 70 of the men (51.5%) had not exercised. In the patient group, body mass index of 159 (66.6%) was higher than 25 kg/m^2 . Total 75 (54.3%) women and 39 (28.7%) men had psychiatric disorders. Among these patients, 34 women (24.6%) and 17 men (12.5%) had a psychiatric drug use. Psychiatric illness history ($p < 0.001$) and psychiatric drug use ($p: 0.010$) was significantly higher in women than in men. Of the 90 women over 40 years, 66 (73.3%) had mammography. One patient was diagnosed with breast cancer. Of the participants, 113 (41.3%) stated that their general health status was poor. Women's self-assessment of health was significantly worse.

Conclusion: More than half of the participants had not exercised and were overweight or obese. As a result of cancer screening, a patient with breast cancer was detected. More than half of women had a psychiatric illness while one in four of the men had. Self-assessment of women and people with psychiatric disorders was significantly worse.

Keywords: Family practice, periodic health examination, preventive health service, self-assessment of health status.

1. GİRİŞ VE AMAÇLAR

1.1 Giriş

1.1.1 Sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi

Aile hekimleri hastalarına sağlıklarını koruma ve geliştirme konusunda yardımcı olmada eşsiz bir konuma sahiptirler (1). Aile hekimi her bir hastasını yılda 3- 4 kez görür. Türkiye’de aile hekimlerine kişi başı yıllık başvuru sayısının 5- 7 arasında olduğu bildirilmektedir (2). Bundan dolayı aile hekimleri sağlık danışmanlığı ve hastalıkların erken tanısında önemli fırsatlar elde ederler. Aile hekimleri ikincil korumada hastalığı tespit etmekten, soruna yaklaşıma kadar tüm sürecin sorumluluğunu alabilir (1).

1.1.2 Hastalıklardan korunma kavramı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1998 tanımına göre hastalıklardan korunma risk faktörünün azaltılması gibi hastalıkların ortaya çıkması için alınan önlemler, hastalık ortaya çıktıktan sonraki sürecin durdurulması ve sonuçlarının azaltılmasını içermektedir. Korunma hükümetler, yerel topluluklar, sivil toplum örgütleri, kitle iletişim araçları, dini, kültürel ve eğitsel örgütlerin, halk sağlığı enstitülerinin ve sağlık çalışanlarının birlikte yapması gereken bir iştir. İki temel koruma stratejisi vardır, birincisi toplum, diğeri yüksek risk stratejisidir. Toplum stratejisi farklı hastalıkların gelişimini önlemek için tüm topluma yöneliktir. Bu strateji bilgi ve eğitim odaklıdır. Önlenbilir hastalıkların etkisini en aza indirmek için insan davranışlarını değiştirmeyi hedeflemektedir. İkinci yaklaşım yüksek risk stratejisi, belli hastalıkların gelişimi açısından riski artmış özel gruplara yapılan girişimlerdir. Yüksek risk stratejisi risk faktörlerinin ortadan kaldırılması, azaltılması, hastalıkların erken saptanması, gecikmiş sonuçları önlemek için tedavinin erken başlamasını içerir. Aile hekimleri toplumsal stratejik aktivitelere katılabilir, ancak temel rolleri yüksek risk stratejisine yönelik önlemlere katkıda bulunmaktır. Koruyucu aktiviteler hastalıkların gelişim evresine göre primordiyal, birincil, ikincil ve üçüncül koruma olarak gruplandırılır. (3, 4)

Primordiyal koruma: Risk faktörlerinin kendisinin önlenmesidir. Risk faktörlerinin geliştiği sosyal ve çevresel koşulların değiştirilmesi ile başlayarak, yüksek riskli çocuk, ergen ve genç erişkinlerde devam eder. Riskli davranışların başladığı çocukluk çağında başlar, anne, baba, öğretmenler ve akran gruplarından faydalanır.

Birincil koruma: Hastalığın ortaya çıkmasını önleyen koruyuculuktur. Birincil korumanın hedefleri nedenleri ve risk faktörlerini kontrol ederek hastalık insidansını sınırlamak, sağlıklı kişilerde ilk aşamada bir hastalık veya hasar gelişmesini önlemektir. Sadece profilaktik tedaviyi değil, davranış değişikliklerini de içerir.

İkincil koruma: Genellikle belirti, bulgu ve işlev bozukluğuna yola açmamış, ancak vücutta oluşmuş hastalıklara yöneliktir. Bu klinik öncesi durumlar genelde taramalarla saptanır. Erken tanı ile hastalığı tedavi etmeyi, ciddi sonuçları önlemeyi hedefler. Hastalığın başlangıcından tanıya kadar olan dönemi içerir ve hastalık prevalansını azaltmayı hedefler. Kolayca saptanabilen ve tedavi edilebilen hastalıklarda mümkündür.

Üçüncül koruma: Kalp hastalığı, diyabet, kanser gibi komplike, uzun süren sağlık sorunlarının yönetiminde yardıma odaklanır. Amaç, komplikasyonları önlemek ve yaşam kalitesini artırmaktır.

Koruma ve sağlığı geliştirmenin önde gelen hedefi majör önlenebilir hastalıklara yakalanma yükünü azaltmaktır. Bu hedef bireyleri ve toplumu kapsar. Kanıta dayalı tıp ilkelerini uygulayarak koruyucu sağlık hizmetleri ile bu hedefe ulaşılabilir. Koruyucu bakım üç temel hizmeti içerir. 1) Bağışıklama ve kemoproflaksi, 2) Tarama, 3) Hastalara eğitim ve danışmanlık verilmesi. Aile hekimleri bakımın sürekliliği, etkili bir hasta hekim ilişkisi ve eğitim ve danışmanlığı vurgulamaları bu mesajların verilebilmesi açısından pekiştirici olurlar (5).

1.2 Amaç

Bu çalışmanın amacı 2012-2013 yılları arasında OMÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Periyodik Sağlık Muayenesi Polikliniği'ne başvuran erişkinlerin demografik ve medikal durumları ile kendi "sağlık öz-değerlendirmeleri" arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Periyodik Sağlık Muayenesinin Tanımı

Organizmanın giderek yaşlanan ve yıpranan yapısı bireylerde bu süreci hem uzatma hem de olabildiğince sağlam ve sorunsuz olarak sürdürebilme çabasına yol açmaktadır. Bu içgüdü mümkün olduğunca sağlıklı ve uzun yaşamak için bireylerin ellerinde yiyecek, içecek, ilaç gibi en kolay ulaşılabilir seçeneklerden başlayarak doğada bulunan değişik mineraller, manipülasyonlar ve spiritüel uygulamalar gibi geniş bir yelpazede arayışa neden olabilmektedir (6).

Günümüzde giderek daha fazla kişi sağlıklı yaşam biçimlerine ve periyodik sağlık kontrollerini yaptırmaya ilgi duymaktadır (7).

Aile hekimliği, sağlık 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 birincil bakım uygulamalarının önemli bir bileşenidir (8).

PSM sağlıklı veya henüz bir hastalık belirtisi olmayan bireylerde; sağlık durumunun korunabilmesi ya da geliştirilebilmesi amacıyla bireye özgü, düzenli yapılan sağlık kontrolleridir. PSM; bireye ve içinde bulunduğu toplumun risk faktörlerine göre biçimlendirilmiş, kapsamlı bir anamnez ve muayeneyi içeren, tıbbi kanıtlara dayalı yapılandırılmış tarama testleri olan, aynı zamanda danışmanlık, sağlık eğitimi, immünizasyon ve kemoprofilaksi uygulamalarını da içeren bir izlem programıdır (9).

2.2 Periyodik Sağlık Muayenesinin Tarihçesi

Hastalık belirtisi olmayan kişilerin periyodik olarak sağlık kontrolünden geçirilmesi fikri ilk kez 1861'de tüberküloz ve göğüs hastalıkları uzmanı olan Dr. Horace Dobell tarafından dillendirilmiştir. Dr. Dobell ayrıntılı bir öykü, çok titiz bir fizik muayene ve laboratuvar testleri kullanarak fizyolojik durumdaki bir bozukluğu en erken evrede tanımlamanın hastalara tedavi ve tam iyileşme için bir şans verebileceğinden hastalıkları en erken evrede tanımlamanın bir yolu olarak periyodik

sağlık muayenesini önermiştir. Dr. George Gould gibi bazı doktorlar Dobell'i desteklemişlerdir. Dr. Gould gelecekte ortaya çıkabilecek hastalıkları önleyebilecek ve yaşam kalitesini artırabilecek önemli bir enstrüman olarak hastaların periyodik olarak muayenelerini önermiştir (10, 11, 12).

Okul çocuklarının periyodik muayenesi 1800'lerin sonunda ve 1900'lerin başında fiziksel yetersizlikleri ve bulaşıcı hastalıkları saptamanın bir yolu olarak savunulmuştur. Henüz kanser hakkında çok az şey bilinirken, 1918 yılında çoğu seçkin hekim erken tanının kür olasılığını artırabileceği umudu ile özellikle kanserin erken tanısı için yıllık muayeneler yapılmasını savunmuşlardır. Yaşam sigortası şirketleri yirminci yüzyılın başında sigorta yapacakları hastaları muayene etmeleri için bazı hekimleri görevlendirmiştir. Sigorta yöneticileri ölüm risklerini azaltmak amacı ile müşterilerinin en az bir kez muayene olmalarını önermeye başlamışlardır. Bu uygulamalar periyodik sağlık muayenesinin yararına ilişkin küçük kanıtların yayınlanmasını sağlamıştır. İlk önemli destek "Yaşam Uzatma Enstitüsü (Life Extension Institute)'nün" tıbbi direktörü Eugene Lyman Fisk'ten gelmiştir. Fisk muayene edilen kişilerin gözlenen mortalitesi ile sigorta istatistiklerine göre hesaplanan beklenen mortalitelerini karşılaştırmış ve mortalite azalmasını göstermiştir (13).

Fizik muayene yapmadaki bu merkezi rol hasta – hekim ilişkisi kurmak için bir fırsat olarak PSM'nin kabul edilmesi için tıbbi kurumlar tarafından da teşvik edilmektedir. Dr. Francis W. Peabody 1925'te bu ilişkiyi şöyle vurgulamıştır: "Klinisyenin temel niteliklerinden biri insanlıkla ilgilenmektir, hastanın bakımının sırrı hastaya (kişiye) özel bakım vermektir." (14).

Amerikan Tıp Derneği (AMA) da 1922'de resmi olarak periyodik sağlık muayenesini desteklemiş ve yaygınlaşması için kampanya başlatmıştır (15).

1925 yılında da 35 yaş üzeri kişilerin yıllık muayenesini öneren bir belge yayınlamıştır. Yetmişli yılların başlangıcına kadar bu uygulama devam etmiştir. Standart klinik uygulama olarak popülaritesi giderek artan yıllık fizik muayeneler, 1960'larda kanıta dayalı tıbbın ortaya çıkması ile tıbbi kuruluşlar tarafından değerine dair ciddi olarak sorgulanmaya başlanmıştır. Bazı hastalıkların bu muayeneler sırasında henüz tanısal büyüklüğe ya da olgunluğa ulaşmadığı için kolaylıkla gözden kaçabilmekte olduğu, ayrıca bu hastalıklar tanısal büyüklüğe ya da olgunluğa

ulaştığında ise zaten semptom verdiği için ek tarama ya da tetkik yapılmasına gerek kalmadığı gözlemlenmiştir (11).

Bin dokuz yüz yetmişlerde, sağlık bakımı sunanlar bireyselleştirilmiş PSM'ne kaymaya başlamışlardır. Yıllık muayeneler kapsamlı öykü, fizik muayene, danışmanlık ve hastanın temel sağlık durumunu belirlemek için kullanılan tanısal testlerin yapıldığı fizik değerlendirmeler olarak yapılırken PSM bireylerin risk profillerine göre biçimlendirilmiş koruyucu hizmetler olarak ortaya çıkmaya başlamıştır. Periyodik sağlık değerlendirmeleri fark edilebilir ve tedavi edilebilir durumlar için hastanın yaşı, cinsiyeti ve risk profili değerlendirildikten sonra gerekli koruyucu sağlık hizmetlerini sunma olarak tanımlanmıştır (12).

PSM'nin bu şekilde yeniden tanımlanması koruyucu hizmetlerin geçerliliğini değerlendiren önemli çalışmaların başlatılmasını teşvik etmiş ve PSM'nin geçerliliğini değerlendirmek için pek çok çalışma yürütülmüştür. PS Frame ve SJ Carlson 1975'de tarama testlerinin doğruluğunu ve 36 majör tıbbi durumla ilişkili değişen hastalık seyri ve mortalite üzerine etkilerini araştırmışlar ve periyodik muayenelerin yaşa ve cinsiyete özgü, etkinliği kanıtlanmış testlere odaklanması gerektiğini belirtmişlerdir (16, 17, 18).

Kanada Koruyucu Sağlık Hizmetleri Görev Gücü (CTFPHC) (ilk kuruluş adı Kanada Periyodik Sağlık Muayenesi Görev Gücü) 1976'da kurulmuştur. Yetmiş sekiz farklı klinik durumu ve hizmeti gözden geçiren CTFPHC tanımlanmamış "yıllık kontrollerin" terk edilmesi gerektiğini ve yerini başka amaçlar için tıbbi ziyaret seyri sırasında yürütülen yaşa özgü sağlığı koruma paketleri serisinin alması gerektiğini belirten ilk raporunu 1979'da yayınlamıştır (19).

ABD Koruyucu Hizmetler Görev Gücü (USPSTF), ilk kez ABD Halk Sağlığı Hizmetleri tarafından 1984'te toplanmış; 1998'de sponsorluğu Sağlık Bakım Araştırmaları ve Kalite Kuruluşu (AHRQ) üstlenmiştir. USPSTF koruyucu hizmetler ve birincil bakımda özel sektör uzmanlarının bağımsız panelidir. USPSTF tarama, danışmanlık ve koruyucu hizmetlerin bilimsel kanıtlarının titiz ve tarafsız bir biçimde değerlendirmesini yapmaktadır. Onun önerileri uluslararası alanda klinik koruyucu hizmetler için altın standart olarak kabul görür (20).

USPSTF ilk önerilerini 1989'da Klinik Önleyici Hizmetler Rehberi adı altında yayınlamıştır. Bu rehberin ikinci baskısı 1996'da yapılmıştır. Bu rehber 2005'de

yeniden düzenlenmiş ve son güncelleme 2012’de yapılmıştır. Bu rehberlerdeki öneriler hastalıkları önleme ve sağlığı geliştirme girişimlerinin dayandığı temeli oluşturur. USPSTF önerilerini belli kriterler temelinde yapar. Her koruyucu hizmetin yarar ve zararları konusunda ki kanıtları gözden geçirir, her koruyucu hizmetin net yararı konusunda uzlaşmaya varır ve önerilerini yapar. Bu önerileri kanıt gücüne göre derecelendirir.(20)

2.3 USPSTF Kanıt Düzeyleri

Tablo 2.3’de USPSTF’nin öneri kategorilerini göstermektedir (21).

Tablo 2.3 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 küçük olduğuna dair en azından orta derece kesinlik vardır.	Bireysel koşullara bağlı olarak seçilmiş hastalara bu hizmeti sunun ya da sağlayın.
D	USPSTF hizmetin sunulmasına karşı. Hizmetin net yararı olmadığına ya da zararın yarardan fazla olduğuna dair orta ya da yüksek düzeyde kesinlik var.	Bu hizmeti kullanmaktan vazgeçin.
I	USPSTF eldeki kanıtların hizmetin yarar – zarar dengesini değerlendirmek için yetersiz olduğu sonucuna ulaşmıştır. Kanıt yok, zayıf kalitede ya da tartışmalı ve yarar - zarar dengesi belirlenemiyor.	USPSTF’in öneri açıklamasının klinik özellikler bölümünü okuyun. Hizmet sağlanacaksa hasta hizmetin yarar ve zarar dengesinin belirsizliğini anlamalıdır.

2.4 USPSTF'nin erişkinler için tarama ve danışmanlık önerileri (22)

1. Abdominal aort anevrizması (AAA) taraması: erkekler (B) Şubat 2005

Sigara içmiş olan 65-75 arası erkekleri AAA açısından USG ile bir kez taramayı önerir.

2. Alkol kötüye kullanımı: tarama ve danışmanlık (B) Mayıs 2013

18 yaş ve üstü bireylere alkol kötüye kullanımını taramayı önerir. Riskli ya da tehlikeli alkol kullanımı olan kişilere kısa davranışsal danışmanlık müdahalesinde bulunulmalıdır.

3. Erişkinlerde kan basıncı taraması: (A) Aralık 2007

18 yaş ve üzeri yetişkinlerde yüksek kan basıncı için tarama önermektedir.

4. Meme kanseri taraması: (B) Eylül 2009

50-74 yaş arasındaki kadınlara 2 yılda bir mamografi taraması önerir.

5. Serviks kanseri taraması: (A) Mart 2012

21-65 yaş arasındaki kadınlara 3 yılda bir pap-smear yapılmasını ya da tarama aralığını uzatmak isteyen 30-65 yaş arası kadınlara her 5 yılda bir pap-smear ile HPV testinin birlikte yapılmasını önerir.

6. Lipid bozuklukları taraması: (A,B) Haziran 2008

≥ 35 yaşındaki erkeklerin lipid bozuklukları açısından taraması şiddetle önerilmektedir. (A)

20-35 yaşları arasındaki erkeklerin koroner arter hastalığı riskine sahip iseler taramalarını önermektedir. (B)

≥ 45 yaşındaki kadınlar yüksek koroner arter hastalığı riskine sahiplerse lipid bozuklukları açısından taramalarını şiddetle önermektedir. (A)

20-45 yaşları arasındaki kadınlar koroner arter hastalığı için artmış riske sahiplerse taramalıdır. (B)

7. Kolorektal kanser taraması: (A) Ekim 2008

50-75 yaşları arasında, gaitada gizli kan, sigmoidoskopi veya kolonoskopi ile kolorektal kanser taraması yapılmalıdır. Bu tarama yöntemlerinin riskleri ya da faydaları duruma göre değişmektedir.

8. Depresyon taraması: (B) Aralık 2009

Doğru tanı konulup, etkili tedavisinin ve izleminin yapılabileceği durumlarda erişkinlerde depresyon taraması yapılması önerilmektedir.

Birinci basamak hekimine, ruh sağlığı konusunda tanı ve tedavide yardımcı olabilecek sağlık profesyoneli bulunmadığı durumlarda rutin tarama önerilmemektedir. (C)

Tarama stratejileri; duygu durum ve zevk alamama konusunda 2 basit soru daha karmaşık yöntemler kadar etkili olabilir.

- Son 2 hafta içinde kendinizi mutsuz hissettiğiniz oldu mu?
- Son 2 hafta içinde, çevrenizdeki şeylere karşı ilginizin azaldığını hissettiniz mi?

9. DM taraması: (B) Haziran 2008

Tedaviyle ya da tedavisiz tekrarlanan kan basıncı ölçümleri $\geq 135/80$ mmHg olan asemptomatik bireyler tip 2 DM açısından taranmalıdır.

10. Sağlıklı diyet danışmanlığı: (B) Ocak 2003

USPSTF, hiperlipidemisi, kardiyovasküler ve diyet ilişkili hastalıklar için bilinen risk faktörleri olan yetişkinlere yoğunlaştırılmış danışmanlık verilmesini önermektedir. Bu yoğun danışmanlık birinci basamak hekimi veya diyetisyen gibi diğer uzmanlar tarafından verilmelidir.

11. Obezite taraması ve danışmanlık: erişkinler (B) Haziran 2012

Tüm hastalar obezite açısından taranmalıdır ve obez bireylere ($BKİ \geq 30$) kilo vermeleri için yoğunlaştırılmış danışmanlık verilmelidir.

12. Tütün kullanımı taraması ve davranışsal danışmanlık girişimi: (A) Nisan 2009

Tüm bireyler tütün kullanımı açısından taranmalı ve tütün kullananlara bırakmaları konusunda davranışsal danışmanlık verilmelidir.

13. Osteoporoz taraması: kadınlar (B) Ocak 2012

≥ 65 yaşındaki kadınlar osteoporoz açısından taranmalıdır. Hiçbir ek risk faktörü bulunmayan 65 yaşındaki kadına eşit ya da daha yüksek kırık riski taşıyanlar taranmalıdır.

14. Kardiyovasküler hastalıkları önlemek için aspirin kullanımı: erkekler (A) Mart 2009

45 ile 79 yaş arası erkeklerde miyokard enfarktüslerinin azalmasının potansiyel yararı, gastrointestinal kanama artışının potansiyel zararına göre ağır bastığı için aspirin kullanımını önerir.

15. Kardiyovasküler hastalıkları önlemek için aspirin kullanımı: kadınlar (A) Mart 2009

55 ile 79 yaş kadınlarda iskemik inmelere azaltmasının potansiyel yararı, gastrointestinal kanama artışının potansiyel zararına göre ağır bastığı için aspirin kullanımını önerir.

16. BRCA risk değerlendirmesi ve genetik danışmanlık / test: (B) Aralık 2013

Aile öyküsünde BRCA1 veya BRCA2 genlerinde zararlı mutasyonlar ile ilişkili bir risk artışı olan kadınlara, BRCA testi için genetik danışmanlık ve değerlendirme önerir.

17. Meme kanseri önleyici ilaçlar: (B) Eylül 2013

Meme kanseri için yüksek riskli ve ilaç yan etki riskinin az olduğu kadınlarla kemoprevansiyon tartışılabilir. Raloksifen, tamoksifen gibi

18. Gonore taraması: Kadın (B) Mayıs 2005

Cinsel olarak aktif tüm kadınlar, enfeksiyon için artmış riske sahiplerse gonore açısından taranmalıdır.

Enfeksiyon riskine sahip kadınlar bireysel ve toplumsal risk faktörlerine sahiptir: önceki gonore veya diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar öyküsü, yeni/birden çok eş, düzensiz kondom kullanımı, seks işçileri veya ilaç bağımlılığı.

19. HCV taraması: (B) Haziran 2013

USPSTF, artmış riske sahip yetişkinlerin HCV enfeksiyonu açısından taranmasını önerir. 1945-1965 yılları arasında doğanlara HCV enfeksiyonu açısından bir kez taranmasını önerir.

20. HIV taraması: (A) Nisan 2013

HIV enfeksiyonu için 15-65 yaş arasındaki adölesan ve yetişkinlerin ve gebelerin taranması önerilmektedir. Artmış riski bulunan <15, >65 yaş kişilerde taranmalıdır.

21. Aile içi şiddetin taranması: çocuk doğurma çağındaki kadınlara (B) Ocak 2013

Çocuk doğurma çağındaki (14 ile 46 yaş) tüm kadınların eşe yönelik şiddet açısından taranmasını önermektedir.

22. Akciğer kanseri taraması: (B) Aralık 2013

55-80 yaş arasındaki erişkinlerin, 30 paket yıl sigara içme öyküsü olan ve halen sigara içen veya sigarayı bırakması üzerinden 15 yıl geçmemiş olan kişilerin yıllık olarak düşük doz tomografi ile taranmasını önerir.

23. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar danışmanlığı: (B) Ekim 2008

Cinsel olarak aktif tüm adölesanlar ve risk faktörleri olan tüm erişkinlere yüksek yoğunlukta davranışsal danışmanlık verilmelidir.

Artmış risk; şu anda veya son bir yıl içinde cinsel yolla bulaşan hastalığı olanlar, birden çok cinsel eşi olanlar.

24. Cilt kanseri davranışsal danışmanlık: (B) Mayıs 2012

Cilt kanseri riskini azaltmak için ultraviyole radyasyona maruz kalmayı minimize etmek hakkında açık tenli çocuk, adölesan ve 10-24 yaş arası genç erişkinlere danışmanlık verilmelidir.

25. Sifiliz taraması: (A) Temmuz 2004

Sifiliz enfeksiyonu için artmış riske sahip bireylerin taranması kuvvetle önerilmektedir

2.5 Risk Değerlendirmesi

Sağlık birçok faktör tarafından etkilenir. Rahatsızlık, hastalık, engellilik ve ölüm ile ilişkili olan bu faktörler risk faktörleri olarak bilinir. Toplumdaki bazı risklerde küçük oranda azalma toplum için büyük yarar anlamına gelebilir. Bir veya daha fazla bireyin etkilenmesinin söz konusu olduğu durumlarda gruplarla ilgili risk değerlendirmesi söz konusudur. Belirli bir sürede belirli bir etkenin etkisinde kalan kişilerin ne oranda risk taşıdığı belirlenmesi risk değerlendirmesidir (23).

Risk faktörleri aşağıda tek tek sunulmuştur, ama gerçekte böyle bir ayırım yapmak pek mümkün değildir. Çünkü bu faktörler sıklıkla birliktelik ve etkileşim gösterirler (24).

• **Davranışsal Risk Faktörleri**

- Tütün (sigara) kullanımı
- Aşırı alkol tüketimi

- Kötü beslenme
- Fiziksel inaktivite
- **Biyomedikal Risk Faktörleri**
 - Kiloluluk ve obezite
 - Yüksek tansiyon
 - Yüksek lipid profili
 - Diyabet
- **Çevresel Risk Faktörleri**
 - Sosyal, ekonomik, kültürel, siyasi
 - Fiziksel, kimyasal, biyolojik
- **Genetik Risk Faktörleri**
- **Demografik Risk Faktörleri**
 - Yaş, cinsiyet, ırk

2.6 İmmünizasyon (Bağışıklama)

Sağlıklı erişkinde değişik yaş ve seçilmiş risk durumuna göre önerilen ve yapılması kontrendike aşular vardır. Aşıya yanıt oranı; aşının cinsine, yaşa ve kişinin bağışıklık durumuna bağlıdır. Erişkinlerin yaş gruplarına göre değişmek üzere belirli aşularla bağışıklıklarının sağlanması zorunludur. Her erişkin difteri ve tetanoza karşı bağışık olmalıdır; difteri ve tetanoza karşı bağışık olmayan erişkinlere 3 doz Td (0, 1/2, 6/12 aylar) uygulanır ve her 10 yılda bir rapeli tekrarlanır. Grip aşısı ile ilgili öneriler değişmiştir. ABD’de 50, diğer ülkelerde 65 ve üzeri yaşlarda; daha küçük yaşlarda ise riskli gruplara önerilen aşı burun içi formların üretilmesiyle birlikte artık altı aydan büyük herkese yılda bir kez önerilmektedir. 65 yaş üzerinde olanlar pnömokok aşısı ile aşılanır; ayrıca risk durumuna sahip olan daha küçük yaşlardaki kişilere de aşı uygulanır. Her erişkin kızamık, kabakulak ve kızamıkçığa karşı bağışık olmak zorundadır. Pratik olarak 30 yaşını aşmış olanlar (kızamıkçık için doğurganlık yaşındaki kadınlar hariç) bu hastalıklara bağışık olarak kabul edilir; bunun dışında seronegatif olanlar bağışıklanır. Kızamıkçıkta hastalığın geçirilme öyküsüne güvenilmez, bağışıklık

durumu belirlenip doğurganlık yaşındaki kadınlar aşılır. Her duyarlı erişkin suçiçeğine karşı aşılmalıdır. Sağlıklı her erişkine zorunlu aşilar dışında özel durumlarda (gebelik, bağışıklık baskılanması veya yetmezliği), kronik hastalıklarda (diyabet, kalp hastalığı, kronik akciğer hastalığı, kronik karaciğer hastalığı, kronik böbrek yetmezliği, son dönem böbrek hastalığı ve hemodiyaliz uygulanan hasta), seyahat, askerlik ve sağlık çalışanı olması durumunda değişik aşilar önerilir. Erişkinde yaş gruplarına göre önerilen aşilar şunlardır: 18-24 yaş grubuna bağışık olmadıkları takdirde uygulanacak aşilar: TdaP (tetanoz, atenüe difteri ve aselüler boğmaca), KKK (kızamık, kızamıkçık, kabakulak), suçiçeği; 25-64 yaş: Td (tetanoz ve atenüe difteri), kızamıkçık (sadece kadınlar), influenza, suçiçeği; 60 yaş ve üzeri: zona; 65 yaş ve üzeri: Td, influenza, pnömokok, suçiçeği.(25, 26, 27)

2.7 Tarama

Bir toplumda uygulanabilen testler ve muayenelerle bilinmeyen fakat potansiyel risk taşıyan hastalıkların ortaya çıkarılması sürecidir. Taramanın birincil amacı, hastalık riski taşıyanların tedavinin daha etkin ve daha ucuz olduğu dönemde mümkün olduğu kadar doğru bir şekilde tespit ederek, belirtiler gelişmeden önce erken tanı konulmasıdır. Burada altta yatan düşünce hastalık klinik olarak belirti vermeden önce uygulanacak müdahalelerin prognozunun daha geç dönemlerde tespitine göre daha yüz güldürücü, daha etkili olacağıdır. Taramanın ikincil amacı ise, kişilerin yaşa bağlı geliştirmesi olası hastalıkların risk faktörlerini tespit edip, söz konusu hastalıklardan korunma ya da hastalığın mümkün olduğunca hafifletilmesi için risk faktörlerinin modifiye edilmesidir. Hastalık göstergelerinin erken bir aşamada belirlenmesi, kısa sürede topluma yararlı olacak şekilde tedavinin geliştirilmesini sağlayabilir (28).

Başarılı bir tarama programı için bazı ön şarlara gereksinim vardır. Bu şartların en iyi bilinen ve halen geçerli olanları Wilson ve Jungner tarafından ortaya konulmuştur (29). Bu kriterlere göre;

1. Araştırılan durum önemli bir sağlık sorunu olmalıdır.
2. Saptanan hastalar için kabul edilen bir tedavi yöntemi olmalıdır.
3. Tedavi ve teşhis için olanaklar olmalıdır.
4. Saptanabilen bir latent veya erken semptomatik dönem olmalıdır.

5. Uygun bir test veya muayene yöntemi olmalıdır.
6. Test toplum tarafından kabul edilebilir olmalıdır.
7. Hastalığın doğal gidişi tam olarak anlaşılmış olmalıdır.
8. Kimlerin hasta olarak tedavi edileceği konusunda uzlaşmış bir politika olmalıdır.
9. Yapılacak harcama, medikal bakım harcamasıyla ekonomik açıdan dengede olmalıdır.
10. Olgu saptanması bir kerelik değil, süregelen bir süreç olmalıdır.

2.8 Hasta eğitimi ve danışmanlık

Hasta eğitimi terimi 1950'lerde kullanılmaya başlanmıştır. Sağlık eğitimi, sağlık tanıtımı, öğretim, bilgilendirme gibi terimlerde aynı amaç için kullanılmıştır. Hasta eğitimi, sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki ilişki sırasındaki öğretme ve öğrenme süreci olarak tanımlanabilir. Amerikan Aile Hekimleri Eğiticileri Topluluğu (STFM) hasta eğitimini: "Sağlığı iyileştirmek amacıyla hasta davranışlarını etkileyerek bilgi, beceri ve tavırlarını değiştirmek" olarak tanımlamaktadır. Eğer eğitimin amacı hastalık ve sakatlığı önlemek için sağlıklı yaşam tarzını özendirme ise buna sağlığın tanıtımı denmektedir ve hasta eğitimi ile koruyucu hekimliğin bir bölümünü kapsar (30,31).

Periyodik sağlık muayenesinin daha ileri bir hedefi de kişiyi hastalığa neden olabilecek davranış örüntüleri ve çevresel maruziyetleri konusunda eğitmek ve danışmanlık vermektir (32).

Periyodik muayenede hastanın bilgilendirilmesi ve eğitimi üç aşamada ortaya çıkar: Kişilerin yaşa ve cinsiyete uygun periyodik muayene konusunda bilgilendirilmeleri, muayene sırasında saptanan riskli sağlık davranışları hakkında danışmanlık ve davranış değişikliği, saptanan patolojik bulguların tanı ve izlem süreçleri hakkında bilgilendirme ve eğitim. Günümüzde hastalık bazlı karar verme süreçleri, hastayı kendi bakımına işbirlikçi ve partner olarak katan, sorumluluğu sağlık çalışanı ile paylaşan risk yönetimi süreçlerine dönüşmüş durumdadır. Riskli davranışların ne derece azaltılabileceği büyük ölçüde hastanın riski ve davranış değişikliğinin önemini kavramasına bağlıdır. Bu bağlamda sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazanılması

konularında hastaların eğitimi ve desteklenmesi için periyodik muayene erken tanının ötesinde önemli bir fırsat sunar (33).

Hasta eğitimi, bireylerde sağlıkla ilgili herhangi bir davranışı, bilinçli ve gönüllü olarak kabul etmesini hazırlamak, olanaklı kılmak ve güçlendirmek için düzenlenen öğrenme deneyimlerinin bileşimidir. DSÖ'ye göre; hastaların hastalıkları ile yaşamlarını sürdürebilmeleri ve hastalıklarını yönetebilmek için kazanmaları gereken yeteneklere sahip olabilmelerine olanak tanıyıp bu konuda yardımcı olmaktır (34).

Hasta eğitimi; sağlık bakımına entegredir ve sürekli olmalıdır. Hasta uyum ve memnuniyetinin artırılması, sağlık harcamalarının düşürülmesi, morbidite ve mortalitenin azaltılması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, hastalara yetki verilmesi ve otonomilerinin artırılması için önerilmektedir (35).

Hasta eğitimi klinik görüşmenin dışında bir süreç değildir; tam tersine klinik görüşme ile bütünleşmeyen eğitimler amaçlarına ulaşamayacaktır (36).

İlk adım sorunların ve hastanın eğitim gereksinimlerinin tanımlanmasıdır. Periyodik muayenede bu, çoğu zaman karşımıza riskli sağlık davranışlarının tanımlanması veya erken evre hastalık tanıları olarak karşımıza gelecektir. Hem sorunların saptanmasında ve hedeflerin belirlenmesinde hem de eğitim sürecinin planlanmasında etkin hasta iletişimi ve motivasyonel görüşme tekniklerinin kullanımı önemlidir (37).

Özellikle yaşlı popülasyonun ve kronik hastalıkların arttığı günümüzde her periyodik sağlık muayenesi kişinin sağlık risklerinin değerlendirilmesi ve yaşam tarzı değişiklikleri önerileri için fırsattır. Periyodik muayenede değerlendirilmesi gereken başlıca risk bileşenleri beslenme, fizik aktivite, madde kötüye kullanımı, yaralanma riskleri, güvenli seks, tütün kullanımı, kalsiyum alımı, folik asit, güneş maruziyeti, ağız sağlığı, ilaçlar/polifarmasidir (14).

Başta sigara danışmanlığı olmak üzere egzersiz ve aktif yaşam, sağlıklı ve dengeli beslenme, ideal kiloda olma ve sürdürme, doğurganlık çağındaki kadınlarda hamilelik planlaması ve hamilelik öncesi danışmanlık, ergenlerde öncelikli olmak üzere tüm bireylerde madde kötüye kullanımı ve riskli davranış danışmanlığı periyodik muayenenin önemli bir bölümünü oluşturur. Sigara içen kişilerde hekim tarafından verilen beş dakikalık sigara bırakma danışmanlığının bırakma oranlarını iki üç kat

arttırdığı iyi bilinmektedir (38).Yine kısa danışmanlığın fizik aktiviteyi artırdığı ve alkol tüketimini azalttığı gösterilmiştir (39).

Periyodik sağlık muayenesinin uzun vadede sağlık üzerindeki etkileri tam bilinmemekle birlikte kısa danışmanlığın muayene eklenmesinin sinerjistik etkisini beklemek mantıklı bir çıkarım olacaktır. Yong Son ve ark. 1000 kişi ile yaptıkları bir çalışmada periyodik sağlık muayenesine kısa danışmanlığın eklenmesinin hastaların yaşam stili değişikliklerini olumlu yönde etkilediği sonucuna varmışlardır (40).

Davranış değişikliği değerlendirme ve müdahalesinde bugün genel olarak kabul edilen en etkin yöntemlerden birisi de trans teorik modeldir. Sigara danışmanlığın da özellikle iyi benimsenmiş olan model riskli davranış yönetiminden kronik hastalık yönetimine kadar birçok alanda kullanılabilir ve diğer modellerden farklı olarak biyopsikososyal yaklaşıma dayalı çok yönlü ve bütünleşmiş bir model sunar (41).

Kanada’da yapılan yeni bir sistematik değerlendirme 5Ö’ ye (Öğren, Öner, Ölç, Önderlik et, Örgütle) dayalı davranış değişikliği kısa müdahalesinin obezite danışmanlığında da kanıta dayalı etkin bir girişim olduğu sonucuna varılmıştır (42, 43).

Yine sağlıklı beslenme yönünde davranış değişikliği ve fizik aktivitenin artırılmasında da etkin olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir(44, 45, 46).

2.9 Sağlık öz değerlendirilmesi

Sağlığın öz-değerlendirilmesi ile mortalite arasında bir ilişki olduğu ilk defa Manitoba Kesitsel Yaşlanma Çalışmasında bildirilmiştir (47). Hastaların kendi sağlıkları ile ilgili öz-değerlendirme yapmaları için “Genel olarak yaşınıza göre sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?” sorusuna “çok iyi”, “iyi”, “kötü”, “çok kötü” cevaplarından birini vermeleri istenmiştir. İzlem sürecinde sağkalım öngörmek açısından katılımcıların bu soruya verdikleri yanıtın, Manitoba Sağlık Sigortası Planının sağlık ile ilgili kapsamlı verilerine göre çok daha belirleyici olduğu gösterilmiştir. Tanılar ve sağlık hizmetlerinin kullanımı kayıt altına alınmıştır. Çalışmanın yedi yıllık sürecinde öznel olarak kötü sağlık durumu olduğunu düşünen kişilerde daha fazla ölüm görülmüştür. Benzer bulgular diğer yapılan beş çalışmada da gösterilmiştir (48). Bu şaşırtıcı gerçeği nasıl açıklayabiliriz? Katılımcılar kendi sağlık durumları ile ilgili nesnel bulgular olmasa da sağlık durumlarının sezgisel olarak farkında olabilirler. Alternatif olarak, bütünlük algısına sahip olduklarını ya da olmadıklarını yansıtan öz-

değerlendirmeleri, sonraki sağlık durumları üzerinde bağımsız bir etki yapmış olabilir. Sağlığın öz-değerlendirmesi, eğitim, medeni durum ve gelir düzeyi ile farklılık gösterir. Daha az eğitilmiş, gelir düzeyi düşük ve evli olmayanlar, sağlık durumlarını kötü olarak değerlendirmişlerdir.

Bu durumdan yola çıkarak aile hekimleri, bulgularıyla çelişse bile, hastalarının kendi sağlıklarıyla ilgili söylediklerini ciddiye almalıdırlar. Hollnagel ve Malterud (1995), genel pratisyenlikte hastaların iyileşme potansiyelleri ile ilgili araştırmaların azlığına ve birinci basamak sınıflandırma sisteminde hastanın destek kaynakları ile ilgili bilgileri toplayan boyutun bulunmamasına dikkat çekmektedirler (49). İnsanlara güven vermek ve onları desteklemek, kişilerin daha sağlıklı ve işlevsel olmalarını sağlar. Sobel (1995), “kendine güvenin bir biyolojisi vardır.” demiştir. Başarılması çok zor olan yaşam tarzı ve davranış değişikliği ile ilgili hastalara reçeteler vermek başarısızlık duygularını arttırabilir. Kontrol edebilme duygusu, hastalara kendi hedefleri koymak için güven verir. Amaçları sınırlı bile olsa, kendi hedeflerini ulaşmak güven duygusunu arttırır (50, 51).

3.MATERYAL VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın yeri

Bu çalışma; OMÜ Tıbbi Araştırmalar Yerel Etik Kurul Yönergesi'ne göre hazırlanan Etik Kurul raporu onayı alındıktan sonra, OMÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından planlanarak yürütülmüş olup, geriye dönük olarak hasta verileri değerlendirilmiştir.

3.2 Araştırmanın Tipi

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

3.3 Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini 01.01.2012-31.12.2013 tarihleri arasında OMÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Periyodik Sağlık Muayenesi Polikliniği'ne başvuran erişkinler oluşturmaktadır.

3.4 Araştırmanın Örnekleme

Örnekleme büyüklüğü %20 sıklık, %5 hata payı ve %95 güvenilirlik ile 246 olarak hesaplanmıştır. Örnekleme büyüklüğü 246 kişi olarak saptanmakla birlikte 01.01.2012-31.12.2013 tarihleri arasında OMÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Periyodik Sağlık Muayenesi polikliniğine başvuran 274 kişi çalışmaya dâhil edilmiştir.

3.5 Araştırmanın Veri Kaynakları

Veri kaynağı olarak literatür taranarak oluşturulmuş olan ve her yıl kanıta dayalı tıp uygulamalarına göre revize edilen OMÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı periyodik muayene formu kullanılmıştır (Ek-1). Form başvuranların demografik, medikal durumları ile kendi "Sağlık öz-değerlendirmeleri" hakkında bilgiler içermektedir.

Kişilerin boy, ağırlık ölçümü yapılmıştır. Buna göre kişilerin boyları düz bir duvara ayakları sert zeminde, baş arkası, sırtı, kalçası, baldırları, ayak topukları duvara değecek biçimde yaslanarak, ayakkabısız olarak ölçülmüştür. Kişinin başı ağız kenarı ile kulak ucunu birleştiren hayali çizgi yere paralel hale getirilecek şekilde ve cetvel

başın tam tepesi ile temas edilecek şekilde başın tepesine konularak ölçüm yapılmıştır. Boy santimetre (cm) cinsinden ölçülmüştür.

Vücut ağırlığının saptanmasında sağlık kuruluşlarında bulunan baskül kullanılmıştır. Kişilerin vücut ağırlığı sert zemin üzerinde, üzerlerindeki fazlalık (ayakkabı, kazak, hırka, ceket, çanta vs.) giysiler çıkartılarak ve kilogram (kg) cinsinden ölçülmüştür. Ağırlık ve boyun birlikte ele alındığı Beden Kitle İndeksi (BKİ), ağırlık(kg) / boy(m²) formülüyle hesaplanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre BKİ değeri <18,5 olanlar “düşük ağırlıklı”, 18,5-24,9 olanlar “normal ağırlıklı”, 25,0-29,9 olanlar “fazla kilolu” ve ≥ 30 olanlar “obez” olarak tanımlanmıştır (52).

Kişilerin kan basıncı değerleri en az 15 dakika istirahatten sonra, tek bir ölçümle elde edilmiştir. Ölçüm için standart bir protokol kullanılmış, kişi oturur durumdayken sağ kolunun kan basıncı ölçmeye müsaade edecek şekilde çıplak olması sağlanmış, sistolik kan basıncını (SKB) ve diyastolik kan basıncı (DKB) stetoskop ve sphygmomanometer (tansiyon aleti) kullanılarak ölçülmüştür (53). Daha önce hipertansiyon tanısı almamış kişiler, ortalama SKB ≥ 140 mmHg veya ortalama DKB ≥ 90 mmHg üzerinde ise “hipertansiyonu var” olarak tanımlanmıştır. Daha önce hipertansiyon tanısı alan ve antihipertansif ilaç kullananlar, kan basıncı ölçümleri ne olursa olsun “hipertansiyonu var” olarak kabul edilmişlerdir. Daha önce hipertansiyon tanısı alan ve ilaç kullanmayanlar ise ortalama SKB ≥ 140 mmHg veya ortalama DKB ≥ 90 mmHg olduğunda “hipertansiyonu var” olarak tanımlanmıştır (53).

Kişilerden en az 8 saatlik gece boyu açlığı takiben alınan venöz kan örneğinden açlık plazma glukoz (APG) düzeyi değerlendirilmiştir. Diyabet tanısı, diyabet öyküsü, ilaç kullanma durumu ve APG ölçümüne dayalı olarak yapılmıştır. APG değerleri diyabet için 126 mg/dl ve üzeri, bozulmuş açlık glukozu için ise 100-125 mg/dl olarak alınmıştır (54). Buna göre aşağıdaki kategoriler tanımlanmıştır:

- Bilinen diyabet: Diyabet öyküsü olan ve ilaç kullanan kişilerle; diyabet öyküsü olan, ilaç kullanmayan ve APG > 125 mg/dl olanlar,
- Yeni diyabet: Diyabet öyküsü olmayan ve APG > 125 mg/dl olanlar
- Bozulmuş açlık glukozu (BAG): Diyabet öyküsü olmayan ve APG 100-125 mg/dl olanlar

Total kolesterol ≤ 199 mg/dl ise normal, 200-239 mg/dl ise “sınırdaki yüksek” ve Total kolesterol ≥ 240 “yüksek” olarak sınıflandırılmıştır. Düşük HDL kolesterol için sınır değeri erkekler için 40 mg/dl, kadınlar için 50 mg/dl olarak belirlenmiştir. LDL kolesterol için 99 mg/dl’nin altında olması “ideal”, 100-129 mg/dl olması “normal”, 130-159 olması “sınırdaki yüksek”, 160-189 olması “yüksek”, 190 ve üzeri olması durumunda ise “çok yüksek” olarak sınıflanmıştır. Trigliserid için 150 mg/dl’nin altında olması “normal”, 150-199 mg/dl olması “sınırdaki yüksek”, 200-499 mg/dl olması “yüksek”, 500 mg/dl ve üzeri olması ise “çok yüksek” olarak sınıflanmıştır (55).

Kolonoskopi, gaitada gizli kan (GGK), pap smear testleri sonuçlarına göre normal ve patolojik olarak sınıflandırılmıştır. Mamografi sonuçları meme görüntüleme raporlama ve veri sistemi (BI-RADS) sınıflamasına göre değerlendirilmiştir (56).

Meme görüntüleme raporlama ve veri sistemi sınıflaması

A. Tamamlanmamış değerlendirme

Kategori 0. Ek incelemelere ve/veya önceki mamografilere gereksinim vardır.

B. Tamamlanmış değerlendirme- Sonuç kategorileri

Kategori 1. Negatif.

Kategori 2. Benign bulgular.

Kategori 3. Benign olma olasılığı yüksek bulgu- Kısa aralıklarla takip önerilir. Bu kategoride değerlendirilen bulgunun malign olma olasılığının çok düşük ($<2\%$) olması gerekir.

Kategori 4. Kuşku bulgu- Biyopsi önerilir. Bu lezyonlar, kanserin karakteristik özelliklerini taşımazlar ancak malign olma olasılıkları kategori 3’den fazladır.

Kategori 5. Büyük olasılıkla malign lezyon- Biyopsi ve uygun yaklaşım yapılmalıdır. Bu lezyonların malign çıkma olasılığı çok yüksektir ($>95\%$).

Kategori 6. Bilinen malignite- Uygun yaklaşım yapılmalıdır.

3.6 Araştırmanın Uygulama Şekli

01.01.2012-31.12.2013 tarihleri arasında OMÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Periyodik Sağlık Muayenesi polikliniğine başvuran 274 kişinin periyodik sağlık muayenesi formları geriye dönük olarak değerlendirilmiştir.

3.7 Veri Analizi

Periyodik sađlık muayenesi formundaki veriler SPSS sűrűm 22.0 istatistik programına aktarılmıř, bu veriler sayı ve yűzde olarak deđerlendirilmiř, istatistiksel açıdan anlamlılık dűzeyi t testi, ki kare testi ve Mann Whitney u testiyle analiz edilmiřtir. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edilmiřtir.

3.8 Araştırmanın Kısıtlılıkları

Çalışma sűresince hastaların değerlendirilmesi farklı hekimler tarafından yapılmıştır. Verilerin kaydedilmesinde bazı eksiklikler oluşmuş kan basıncı, boy, kilo lűmű gibi bazı verilerin kayıtlarında eksiklikler saptanmıştır. Aynı zamanda konuyla ilgili ulusal literatűrde az sayıda çalışmanın olması bulguların tartışılması anlamında zorluklar oluşturmuştur.

3.9 Etik Konular

OMű Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı izin alındı (Ek-2).

3.10 Araştırma Takvimi

Ocak 2012'den itibaren konu ile ilgili literatűr taramasına başlandı. Periyodik sağlık muayenesi, koruyucu sağlık hizmetleri, sağlığın öz değerlendirilmesi, risk değerlendirmesi, tarama, bağışıklama ve sağlık eğitimi konularında araştırmalar toplandı. 28.02.2014 tarihinde OMű Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı izin alındı. 01.03.2014'de başlayan çalışma 31.03.2014'de sonlandırılmıştır.

3.11 Arařtırmanın Bűtesi

Periyodik sağlık muayenesi formlarının masrafı araştırmacı tarafından karşılanmıştır. Herhangi bir kişi ya da kurumdan destek alınmamıştır.

3.12 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

01.01.2012-31.12.2013 tarihleri arasında OMű Tıp Fakűltesi Aile Hekimliđi Anabilim Dalı Periyodik Sađlık Muayenesi Polikliniđine bařvuran 18 yař ve űstű tűm hastalar çalıřmaya dahil edilmiřtir.

3.13 Araştırmadan ıkarılma Kriterleri

Araştırmadan ıkarılma kriteri yoktur.

4. BULGULAR

Çalışmaya 138'i kadın (% 50,4), 136'sı erkek (% 49,6) olmak üzere 274 hasta dâhil edilmiştir. Kadın hastaların yaş ortalaması 44,75± 15,77 yıl, erkeklerin ise 44,21±15,71 yıl idi. Katılımcıların 120'si (% 43,8) 18-44 yaş arasında, 125'i (% 45,6) 45-64 yaş arasında 29'u (% 10,6) ise 65 ve üstü yaşta idi. 274 kişinin 202'si (% 73,7) evli, 61'i (% 22,3) bekar, 11'i (% 4) dul veya boşanmıştı. Başvuru esnasında 205 kişinin (% 74,8) bir şikâyeti varken, 69 kişinin (% 25,2) ise aktif herhangi bir şikâyeti yoktu. Kadınların 95'i (% 68,8), erkeklerin 70'i (% 51,5) egzersiz yapmıyordu. Egzersiz yapma durumu ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki vardı. Kadınların 115'i (% 83,3), erkeklerin 108'i (% 79,4) günde 1 veya 2 porsiyon meyve-sebze tüketiyordu. Günlük ortalama meyve-sebze tüketimi 1,76±0,74 porsiyon idi. Katılımcıların beslenme ve egzersiz yapma durumlarının cinsiyete göre dağılımı tablo 4.1'de sunulmuştur.

Tablo 4.1: Katılımcıların beslenme ve egzersiz yapma durumlarının cinsiyete göre dağılımı

		Kadın		Erkek		χ^2
		n	%	n	%	p
Beslenme (meyve –sebze tüketimi)	1 porsiyon	61	44,2	55	40,4	0,672
	2 porsiyon	54	39,1	53	39,0	
	3 porsiyon	23	16,7	28	20,6	
Egzersiz	Yapmam	95	68,8	70	51,5	0,020
	Arasına	19	13,8	36	26,5	
	Haftada 3 gün	17	12,3	20	14,7	
	Haftada >3 gün	7	5,1	10	7,4	

χ^2 : Ki-kare testi, n: sayı, %: tablo yüzdesi

Başvuru sırasında 96 kişinin (% 35,0) hiçbir hastalığı yokken, 71 kişinin (% 25,9) sadece bir hastalığı ve 107 kişinin (% 39,1) ise en az iki hastalığı vardı. En sık görülen hastalıklar sırasıyla hipertansiyon, kas iskelet hastalıkları, psikiyatrik hastalıklar ve diyabetti. Katılımcılarda bulunan hastalıkların ayrıntılı listesi tablo 4.2'de sunulmuştur.

Tablo 4.2: Katılımcılarda bulunan hastalıklar

	Bir Hastalık		En az İki Hastalık		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Hipertansiyon	7	2,8	47	17,1	54	19,9
Diyabet	2	0,7	27	9,8	29	10,5
Kalp hastalığı	2	0,7	7	2,6	9	3,3
Psikiyatrik hastalık	12	4,4	18	6,6	30	11,0
Kanser	0	0,0	6	2,2	6	2,2
Akciğer hastalığı	5	1,8	12	4,4	17	6,2
Böbrek hastalığı	2	0,7	9	3,4	11	4,1
Dislipidemi	5	1,8	18	6,6	23	8,4
Nörolojik hastalık	9	3,3	17	6,2	26	9,5
Kas-iskelet hastalığı	12	4,4	24	8,7	36	13,1
Tiroit hastalığı	7	2,8	18	6,3	25	9,1
Diğer hastalıklar	8	2,9	11	4,0	19	6,9

n: sayı, %: yüzde

Muayeneye başvuru sırasında hastaların 85'i (% 31,0) sigara kullandığını, 51'i (% 18,6) sigarayı bıraktığını ve 138'i (% 50,4) hiç sigara kullanmadığını belirtti. Ortalama sigara kullanım süresi 17,83±15,75 paket/yıl, ortalama bırakma süresi 7,57±6,84 yıl idi. Elli dört kişi (% 19,7) alkol kullanırken, 220 kişi (% 80,3) ise alkol kullanmıyordu. Alkol kullananların 40'ı (% 74,1) ayda bir kadeh veya daha az miktarda alkol tükettiğini belirtirken, 14'ü (% 25,9) ayda iki kadeh veya daha fazla miktarda alkol tükettiğini belirtti. Katılımcıların sigara ve alkol kullanımının cinsiyete göre dağılımı tablo 4.3'te sunulmuştur.

Tablo 4.3: Katılımcıların sigara ve alkol kullanımının cinsiyete göre dağılımı

		Kadın		Erkek		χ^2
		n	%	n	%	p
Tütün kullanım durumu	Kullanıyor	34	24,6	51	37,5	<0,001
	Kullanmıyor	89	64,5	49	36,0	
	Bıraktım	15	10,9	36	26,5	
Alkol kullanım durumu	Evet	9	6,5	45	33,1	<0,001
	Hayır	129	93,5	91	66,9	

n: sayı, %: tablo yüzdesi

Erişkin bağışıklamalarından olan tetanoz, grip ve pnömokok aşılarının yaptırma durumu kadınlarda sırasıyla %2 8,2 (n: 39), % 5,8 (n:8), % 1,4 (n:2) iken, erkeklerde ise sırayla % 39 (n:53), % 8,1 (n:11) ve % 3,7 (n:5) olarak beyan edilmiştir. Cinsiyete göre bağışıklama değişmemekle birlikte, bağışıklama oranları azdı. Katılımcıların bağışıklama durumlarının cinsiyete göre dağılımı tablo 4.4’de sunulmuştur.

Tablo 4.4: Katılımcıların bağışıklama durumlarının cinsiyete göre dağılımı

		Kadın		Erkek		χ^2
		n	%	n	%	p
Tetanoz aşısı	Yaptırdım	39	28,3	53	39,0	0,061
	Yaptırmadım	99	71,7	83	61,0	
Grip aşısı	Yaptırdım	8	5,8	11	8,1	0,455
	Yaptırmadım	130	94,2	125	91,9	
Pnömokok aşısı	Yaptırdım	2	1,4	5	3,7	0,243
	Yaptırmadım	136	98,6	131	96,3	

n: sayı, %: tablo yüzdesi

Kadınların 75'inde (% 54,3) erkeklerin 39'unda (% 28,7) psikiyatrik hastalık öyküsü vardı. Kadınların 34'ü (% 24,6), erkeklerin 17'si (% 12,5) psikiyatrik bir ilaç kullanmaktaydı. Kadın hastalarda psikiyatrik hastalık öyküsü ($p<0,001$) ve ilaç kullanımı ($p:0,010$) anlamlı olarak daha fazlaydı. Katılımcıların psikiyatrik hastalık ve ilaç kullanımının cinsiyete göre dağılımı tablo 4.5'te sunulmuştur.

Tablo 4.5: Katılımcıların psikiyatrik hastalık ve ilaç kullanımının cinsiyete göre dağılımı

		Kadın		Erkek		χ^2
		n	%	n	%	p
Psikiyatrik hastalık öyküsü	Var	75	54,3	39	28,7	<0,001
	Yok	63	45,7	97	71,3	
Psikiyatrik ilaç kullanımı	Var	34	24,6	17	12,5	0,010
	Yok	104	75,4	119	87,5	

n: sayı, %: tablo yüzdesi

Katılımcıların 34'ü (% 12,4) aile öykülerinde osteoporoz, 84'ü (% 30,7) kalp krizi ve 137'si (% 50) kanser öyküsü bulunduğunu beyan etti. Aile öyküsünde osteoporoz, kalp krizi ve kanser öyküsü bulunması kadınlarda anlamlı olarak daha fazlaydı. Katılımcıların aile öyküsünün cinsiyete göre dağılımı tablo 4.6'da sunulmuştur.

Tablo 4.6: Katılımcıların aile öyküsünün cinsiyete göre dağılımı

		Kadın		Erkek		χ^2
		n	%	n	%	p
Ailede osteoporoz öyküsü	Var	27	9,9	7	2,6	<0,001
	Yok	111	40,5	129	47,1	
Ailede kalp krizi öyküsü	Var	50	18,2	34	12,4	0,044
	Yok	88	32,1	102	37,2	
Ailede kanser öyküsü	Var	83	30,3	54	19,7	0,001
	Yok	55	20,1	82	29,9	

n: sayı, %: tablo yüzdesi

Katılımcıların ailelerinde en sık saptanan kanser türleri sırasıyla meme, akciğer ve kolon kanseriydi. Katılımcıların ailelerinde bulunan kanser türlerinin cinsiyetlerine göre dağılımı tablo 4.7’de sunulmuştur.

Tablo 4.7: Katılımcıların ailelerinde bulunan kanser türlerinin cinsiyete göre dağılımı

	Kanser türü	Kadın		Erkek		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Ailede kanser öyküsü	Kolon	8	5,8	12	8,8	20	14,6
	Meme	30	21,9	8	5,8	38	27,7
	Serviks	3	2,2	0	0,0	3	2,2
	Akciğer	18	13,1	20	14,6	38	27,7
	Prostat	5	3,6	3	2,2	8	5,8
	Mide	7	5,1	0	0,0	7	5,1
	Pankreas	1	0,7	1	0,7	2	1,5
	Diğer	11	8,0	10	7,3	21	15,3

Katılımcıların 226’sının (% 82,5) fizik muayenesi doğal iken 48’inin (% 17,5) fizik muayenesinde patolojik bulgular vardı. Katılımcıların 236’sının (% 86,1) kan basıncı ölçümü yapılmıştı. Bu hastaların 75’inin (% 31,8) kan basıncı 140/90 mm/Hg’den yüksekti. Bu hastalardan 30’unun (% 12,7) başvuru öncesinde hipertansiyon tanısı vardı. Ortalama SKB 127,01±22,62 mm/Hg, ortalama DKB 82,53±13,14 mm/Hg, ortalama boy 165,76±10,01 cm, ortalama kilo 75,95±16,34 kg, ortalama BKİ 27,71±5,64 kg/m² olarak bulunmuştur. Cinsiyet ile diyastolik kan basıncı, kilo, boy ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı. Hastaların sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, kilo, boy, beden kitle indeksi ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı tablo 4.8’de sunulmuştur.

Tablo 4.8: Katılımcıların sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, kilo, boy, beden kitle indeksi ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı

	Kadın	Erkek	p
SKB (mm/Hg)	125,50±24,59 %95 GA [121,00-129,99]	128,61±18,98 %95 GA [125,10-132,12]	* 0,062
DKB (mm/Hg)	81,04±13,46 %95 GA [78,62-83,46]	84,09±12,68 %95 GA [81,74-86,43]	* 0,032
Kilo (kg)	72,79±15,64 %95 GA [69,49-76,08]	83,38±15,05 %95 GA [80,33-86,42]	* <0,001
Boy (cm)	158,04±7,14 %95 GA [156,54-159,55]	171,95±7,90 %95 GA [170,35-173,55]	** <0,001
BKİ (kg/m²)	29,23±6,14 %95 GA [27,94-30,53]	28,19±4,68 %95 GA [27,24-29,14]	* 0,957

GA: güven aralığı

*Mann Whitney U testi

**Bağımsız örneklerde t testi

Hastaların 159'unun (% 66,6) beden kitle indeksi 25 kg/m² 'den fazlaydı. Kadın ve erkeklerin beden kitle indeksi arasında anlamlı bir fark yoktu. Dünya Sağlık Örgütü kriterlerine göre beden kitle indeksinin cinsiyete göre sınıflandırması tablo 4.9'da sunulmuştur.

Tablo 4.9: Beden kitle indeksinin cinsiyete göre sınıflandırması

	BKİ (kg/m²)	Kadın		Erkek	
	Sınıflandırma	n	%	n	%
Düşük ağırlıklı	<18,5	3	1,3	1	0,4
Normal ağırlıklı	18,5-24,9	39	16,3	37	15,5
Fazla kilolu	25,0-29,9	31	13,0	43	18,0
Obez	≥ 30	45	18,8	40	16,7

n: sayı, %: yüzde

Katılımcıların ortalama APG'si 96,66±24,02 mg/dl, ortalama trigliserid 138,45±94,90 mg/dl, ortalama total kolesterol 200,44±43,05 mg/dl, ortalama HDL kolesterol 51,06±15,47 mg/dl, ortalama LDL kolesterol 122,22±37,12 mg/dl olarak bulunmuştur. Cinsiyet ile trigliserid ve HDL kolesterol düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı. Katılımcıların açlık plazma glukozu ve lipid paneli ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı tablo 4.10'da sunulmuştur.

Tablo 4.10: Katılımcıların APG, Trigliserid, total kolesterol, HDL kolesterol ve LDL kolesterol ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı

	Kadın	Erkek	p
APG (mg/dl)	95,32±22,29 %95 GA [91,42-99,22]	98,03±25,68 %95 GA [93,48-102,58]	* 0,351
Trigliserid (mg/dl)	113,71±57,63 %95 GA [101,57-125,85]	148,72±84,17 %95 GA [131,66-165,77]	* 0,005
Total kolesterol (mg/dl)	204,17±43,70 %95 GA [194,96-213,38]	193,95±40,04 %95 GA [185,83-202,06]	** 0,164
HDL kolesterol (mg/dl)	57,72±17,44 %95 GA [54,04-61,39]	44,92±9,62 %95 GA [42,97-46,87]	* <0,001
LDL kolesterol (mg/dl)	123,40±38,60 %95 GA [115,27-131,53]	119,31±35,76 %95 GA [112,07-126,56]	* 0,429

GA: güven aralığı *Mann Whitney U testi **Bağımsız örneklerde t testi

APG ölçümü yapılan hastaların 54'ünün (% 65,1) kan basıncı 135/80 mm/Hg'nin üstündeydi. Diyabet hastalarının 11'inin (% 4) APG'si 126 mg/dl'nin üstündeydi. Açlık plazma glukozunun cinsiyete göre sınıflandırılması tablo 4.11'de sunulmuştur.

Tablo 4.11: Açlık plazma glukozunun cinsiyete göre sınıflandırılması

	Sınıflandırma	KB>135/80		Diyabetik hasta	
	APG	n	%	n	%
Normal	< 100 mg/dl	34	12,3	7	2,5
BAG	100 - 125 mg/dl	16	5,8	11	4
Diyabet	≥ 126 mg/dl	4	1,4	11	4
	Toplam	54	19,5	29	10,5

Hastaların ATP III kriterlerine göre lipid paneli sınıflaması tablo 4.12’de sunulmuştur.

Tablo 4.12: Lipid panelinin cinsiyete göre sınıflandırılması

		Kadın		Erkek	
		n	%	n	%
Trigliserid (mg/dl)	<150	83	38,1	66	30,3
	150-199	11	5,0	23	10,6
	200-499	14	6,4	19	8,7
	≥500	0	0,0	2	0,9
Total Kolesterol (mg/dl)	<200	46	21,1	57	26,1
	200-239	39	17,9	35	16,1
	≥240	23	10,6	18	8,3
HDL Kolesterol (mg/dl)	<40	15	6,9	34	15,7
	40-60	49	22,6	67	30,9
	≥60	43	19,8	9	4,1
LDL Kolesterol (mg/dl)	<100	29	13,6	30	14,0
	100-129	30	14,0	35	16,4
	130-159	28	13,1	29	13,6
	160-189	14	6,5	11	5,1
	≥190	5	2,3	3	1,4

Kolon kanseri açısından taranan 50 yaş ve üstü 121 hastanın 56'sı (% 46,3) sadece gaitada gizli kan, 5'i (% 4,1) hem gaitada gizli kan hem de kolonoskopi, 10'u (% 8,3) sadece kolonoskopi yaptırmıştı. GGK sonuçlarının 63'ü (% 96,9) negatif, 2'si (% 3,1) pozitif. Kolonoskopi sonuçlarının 13'ü (% 86,7) doğal, 2'sinde (% 13,3) benign adenom vardı.

18-65 yaş arası 128 kadının 29'u (% 22,7) pap smear yaptıırken, 99'u (% 77,3) pap smear yaptırmamıştı. Yapılan pap smear sonuçlarının 2'si (% 6,5) ASCUS (Önemi belirlenememiş atipik hücreler) olarak sonuçlanırken, geri kalan sonuçlar normaldi.

40 yaş ve üstü yaştaki 90 kadının 66'sı (% 73,3) mamografi yaptıırken, 24'ü (% 26,7) mamografi yaptırmamıştı. Mamografi sonuçlarının 39'u (% 59,1) BI-RADS 1, 23'ü (% 34,8) BI-RADS 2, 3'ü (% 4,5) BI-RADS 3, 1'i (% 1,5) BI-RADS 5 idi. Sonucu BIRADS 5 olan hastanın patoloji sonucu invaziv duktal karsinom olarak sonuçlandı.

65 yaş ve üstü olan 13 kadının 8'inin (% 61,5) kemik mineral dansitometri testi yapmıştı ve 2'sinin (% 25) sonucu patolojikti.

65 yaş üstü 16 erkekte 10'u sigara kullanıyordu. Abdominal aort anevrizması açısından sadece 2 hasta değerlendirilmişti ve sonuçları normal olarak raporlanmıştı.

Katılımcıların 58'i (% 21,2) sağlık öz değerlendirmeleri hakkında çok iyi, 103'ü (% 37,6) iyi, 87'si (% 31,8) kötü, 26'sı (% 9,5) çok kötü beyanında bulunmuştur. Kadınların sağlık öz değerlendirmeleri anlamlı olarak daha kötüydü (p:0,002).

Cinsiyet, medeni durum, başvuru sırasında şikâyet bulunması, hastalık öyküsünün olması, psikiyatrik hastalık öyküsü bulunması, psikiyatrik ilaç kullanımı ile sağlık öz değerlendirmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu ilişkiler tablo 4.13'te gösterilmiştir. Sağlık öz değerlendirmesi ile beslenme, egzersiz, alkol kullanma, sigara kullanma, ailede kanser veya kalp krizi öyküsü bulunması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 4.13: Sağlık öz değerlendirmesi ile çeşitli değişkenlerin ilişkisi

		Sağlık öz değerlendirmesi							
		Çok iyi		İyi		Kötü		Çok kötü	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	22	8,0	44	16,1	54	19,7	18	6,6
	Erkek	36	13,1	59	21,5	33	12,0	8	2,9
<i>p:0,002</i>									
Medeni durum	Evli	35	12,8	78	28,5	70	25,5	19	6,9
	Bekar	22	8,0	19	6,9	15	5,5	5	1,8
	Dul, ayrılmış	1	0,4	6	2,2	2	0,7	2	0,7
<i>p:0,039</i>									
Şikâyeti	Var	34	12,4	73	26,6	73	26,6	25	9,1
	Yok	24	8,8	30	10,9	14	5,1	1	0,4
<i>p<0,001</i>									
Hastalık öyküsü	Yok	32	11,7	44	16,1	15	5,5	5	1,8
	1 hastalık	9	3,3	21	7,7	30	10,9	11	4
	2 hastalık	17	6,2	38	13,9	42	15,3	10	3,6
<i>p<0,001</i>									
Psikiyatrik hastalık öyküsü	Var	0	0,0	21	7,7	71	25,9	22	8,0
	Yok	58	21,2	82	29,9	16	5,8	4	1,5
<i>p<0,001</i>									
Psikiyatrik ilaç kullanma	Evet	0	0,0	7	2,6	32	11,7	12	4,4
	Hayır	58	21,2	96	35,0	55	20,1	14	5,1
<i>p<0,001</i>									
Beslenme (meyve/sebze) günde	1 porsiyon	20	7,3	42	15,3	39	14,2	15	5,5
	2 porsiyon	24	8,8	40	14,6	36	13,1	7	2,6
	3 porsiyon	14	5,1	21	7,7	12	4,4	4	1,5
<i>p:0,421</i>									
Egzersiz (haftada)	Yok	31	11,3	56	20,4	57	20,8	21	7,7
	1 gün	14	5,1	18	6,6	19	6,9	4	1,5
	3 gün	8	2,9	21	7,7	7	2,6	1	0,4
	>3 gün	5	1,8	8	2,9	4	1,5	0	0
<i>p:0,098</i>									
Tütün kullanma	İçiyor	19	6,9	32	11,7	25	9,1	9	3,3
	İçmiyor	30	10,9	51	18,6	42	15,3	15	5,5
	Bırakmış	9	3,3	20	7,3	20	7,3	2	0,7
<i>p:0,731</i>									
Alkol kullanma	İçiyor	14	5,1	22	8,0	14	5,1	4	1,5
	İçmiyor	44	16,1	81	29,6	73	26,6	22	8,0
<i>p:0,589</i>									
Ailede kalp krizi öyküsü	Var	14	5,1	34	12,4	28	10,2	8	2,9
	Yok	44	16,1	69	25,2	59	21,5	18	6,6
<i>p:0,677</i>									
Ailede kanser öyküsü	Var	24	8,8	51	18,6	46	16,8	16	5,8
	Yok	34	12,4	52	19,0	41	15,0	10	3,6
<i>p:0,333</i>									

5. TARTIŞMA

Çalışmaya 138'i kadın (% 50,4), 136'sı erkek (% 49,6) olmak üzere 274 hasta dâhil edilmiştir. Kadın hastaların yaş ortalaması 44,75± 15,77 yıl, erkeklerin ise 44,21±15,71 yıl idi. Katılımcıların 120'si (% 43,8) 18-44 yaş arasında, 125'i (% 45,6) 45-64 yaş arasında 29'u (% 10,6) ise 65 ve üstü yaşta idi.

Artac ve ark yaptığı çalışmada katılımcıların % 54,8'i kadın, %45,2'si erkekti. Katılımcıların % 76'sı 40-54 yaş arasında, %18,1'i 55-64 yaş arasında, % 5,9'u 65-74 yaş arasındaydı (57). Dikici ve Yarış'ın Samsun'da yaptığı çalışmaya katılanların % 50,4'ü kadın, % 49,6'sı erkekti. Erkeklerin yaş ortalaması 49,46±12,75 yıl, kadınların yaş ortalaması ise 46,42±12,5 yıl, tüm katılımcıların yaş ortalaması ise 47,93±12,7 idi. Katılımcıların % 25'i 15-40 yaş arasında, % 61,75'i 41-60 yaş arasında ve % 13,25'i 60 yaş üstündeydi (58).

Katılımcıların 202'si (% 73,7) evli, 61'i (% 22,3) bekar, 11'i (% 4) dul veya boşanmıştı. TÜİK İstatistik Yıllığı 2011'e göre Türkiye nüfusunun % 64,1'i evli, % 27,4'ü bekar, % 8,5'i ise dul olarak belirtilmiştir (59).

Dikici ve Yarış'ın yaptığı çalışmada diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemi ve kalp hastalığı bulunma oranı % 27,4 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda bu oran % 42,1 olarak bulunmuştur (58).

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 yetersiz sebze ve meyve tüketimine bağlı olduğu tahmin edilmektedir. Dünyada her yıl gerçekleşen ölümlerin 2,7 milyonu (% 4,9) ve hastalık yükünün 26,7 DALY'si (% 1,8) yetersiz sebze ve meyve tüketiminden kaynaklanmaktadır (60). Ülkemizde obezitenin sık görülmesi ve giderek yaygınlaşması nedeni ile 2010 yılında "Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı" başlatılmış, obezite kontrolünde yeterli ve dengeli beslenmenin yanı sıra düzenli fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi de önemli olduğundan programın adı 2011 yılında "Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı" olarak değiştirilmiştir. Program kapsamında sebze ve meyve tüketiminin artırılması da hedeflenmektedir. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü tarafından yapılan beyana dayalı Ulusal Hane Halkı Araştırması'na göre

Ülkemizde 18 yaş üstü bireylerin ortalama günde 1,64 porsiyon meyve ve 1,57 porsiyon sebze tükettikleri saptanmıştır. Yeterli ve dengeli beslenme için DSÖ tarafından günde 400 g, Türkiye'ye özgü Beslenme Rehberi'nde ise günde en az 5 porsiyon meyve ve sebze tüketilmesi önerilmektedir. Bu verilere göre ülkemizde meyve ve sebze tüketiminin yetersiz olduğu görülmektedir. Türkiye'ye özgü Beslenme Rehberi'nde ayrıca tahıl olarak tam tahıl ürünlerinin tüketimi ve doymuş yağ alımının kısıtlanması da önerilmektedir (61). Bizim alışmamızda ortalama günde 1,76 porsiyon meyve-sebze tüketimi vardı.

Yetersiz fiziksel aktivite önemli bir halk sağlığı sorunudur. DSÖ tahminlerine göre dünyada gerçekleşen ölümlerin % 1,9'u, hastalık yükünün 19 milyon DALY'si yetersiz fiziksel aktivite nedeniyle olmaktadır. Dünyada meme kanseri, kolon-rektum kanseri ve tip 2 diyabet olgularının % 10-16'sından, iskemik kalp hastalıklarının % 22'sinden yetersiz fiziksel aktivite sorumlu tutulmaktadır. DSÖ tahminlerine göre Türkiye'de hastalık yükünün % 8-16'sı yetersiz fiziksel aktiviteye bağlıdır. Küresel düzeyde fiziksel inaktivite prevalansının % 17 (bölgelere göre dağılım aralığı % 11-24); orta düzeyde fiziksel inaktivite prevalansının (haftada <2,5 saat) ise % 41 (bölgelere göre dağılım aralığı % 31-51) olduğu bildirilmektedir (60).

Ülkemizde 2002-2004 yılları arasında yürütülen Türkiye Hastalık Yükü çalışmasında fiziksel hareket alışkanlığının yeterli olması durumunda hastalık yükünün % 4,3'ünün önlenebileceği saptanmıştır (62). Sağlık Bakanlığı tarafından 30 yaş üstü 15468 kişi üzerinde yapılan Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım Araştırması'nda düzenli olarak fiziksel aktivite yapanların % 3,5 düzeyinde olduğu saptanmıştır (63). Ulusal Hane Halkı Araştırması'na göre ise kişilerin % 20'sinin hareketsiz yaşadığı, % 16'sının yetersiz düzeyde fiziksel aktivite yaptığı saptanmıştır (61). İzmirden yürütülen Balçova'nın Kalbi Projesinde 30 yaş ve üzeri bireylerde erkeklerin yaklaşık üçte ikisinin kadınların yaklaşık beşte dördünün fiziksel aktivite yaptığı, Antalya'da yürütülen bir çalışmada ise kentsel mahallede yaşayanların yaklaşık yarısının, gecekondulu mahallesinde yaşayanların ise üçte birinin boş zamanlarında fiziksel aktivite yaptığı belirlenmiştir (64, 65). Bizim alışmamızda erkeklerin % 51,5'i, kadınların % 68,8'i, toplamda % 60,2'si egzersiz yapmıyordu. Sadece beşte biri haftanın üç ve daha fazla günü egzersiz yapıyordu.

Sigara, dünyada önlenabilir ölüm nedenlerinin başında gelmektedir. DSÖ'ye göre dünyada sigara kullanımına bağlı yılda 5 milyon ölüm gerçekleşmekte, 2030'a kadar da 8 milyona çıkması beklenmektedir (66). Türkiye tütün üretiminin yanı sıra, tüketiminde de önde gelen ülkeler arasında olup, sigara tüketiminde Avrupa ülkeleri arasında üçüncü, dünya ülkeleri arasında ise yedinci sırada yer almaktadır (67). Türkiye'de tütünle savaşım uzun yıllardan beri süregelmektedir. Toplu kullanılan kapalı ortamlarda sigara içilmesi 1996 yılında 4207 sayılı yasanın kabul edilmesiyle büyük ölçüde önlenmiştir (68). 2003 yılında dünyada ilk kez bir halk sağlığı sözleşmesi DSÖ tarafından yayınlanmıştır. Türkiye de söz konusu Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'ni imzalamış ve 2004 yılında onaylamıştır (69). Bunu izleyen dönemlerde 2008 yılında kanunun kapsamı genişletilmiş, 2009 yılından bu yana da tamamen uygulanmaya geçilmiştir (70). Bu uygulamaların yansımaları sigara bırakma ve sigara kullanma prevalanslarında görülmeye başlamıştır. Ülke çapında yapılan ilk çalışmalarda 1988 yılında tütün kullanımı % 44 olarak belirlenmiştir (erkeklerde % 63, kadınlarda % 24). 2003 yılındaki Ulusal Hastalık Yükü- Maliyet Etkililik Çalışması kapsamında yapılan hane halkı araştırmasında sigara kullanımı erkeklerde % 51, kadınlarda % 19, toplamda % 33 olarak saptanmıştır (71). Diyabet ve endokrin hastalıkların prevalansının belirlenmesi için yapılan TURDEP II çalışmasında ise sigara içimi % 17 olarak belirlenmiştir (72).

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) 2008 verilerine göre prevalans erkeklerde % 47,9' a, kadınlarda % 15,2' ye, toplamda ise prevalans % 31,2 olarak bulunmuştur. KYTA 2012 verilerine göre prevalans düşerek erkeklerde % 41,4'e, kadınlarda % 13,1'e, toplamda ise prevalans 27'ye düşmüştür (73, 74). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) sağlık istatistikleri 2012 verilerine göre tütün kullanım sıklığı erkeklerde % 40,2, kadınlarda % 13,8 ve toplamda % 26,8 olarak bulunmuştur (75). Bizim çalışmamızda bu oran erkeklerde % 37,5, kadınlarda % 24,6, toplamda ise 31 olarak bulunmuştur.

DSÖ dünyada 2 milyar kişinin alkol kullandığını, 76,3 milyon kişide alkol kullanım bozukluğu olduğunu bildirmektedir. Alkol, dünyada küresel hastalık yükünü oluşturan risk faktörleri içinde üçüncü sıradadır (76). Alkol tüketimine bağlı ölümler, tüm ölümlerin % 4'üne (2,5 milyon) neden olmaktadır. Bu sayı HIV/AIDS, şiddet ve tüberküloza bağlı ölümlerinin toplamından daha fazladır. Alkolün oral, özefagus,

karaciğer ve meme kanseri için risk faktörü olduğu bilinmektedir. Kardiyovasküler hastalıklardan inme ve hipertansiyona neden olmaktadır. Bu sağlık sorunları dışında alkolün özellikle şiddet, kaza ve yaralanmalar gibi sosyal etkileri olması da halk sağlığı açısından önemini arttırmaktadır (77). 2004 yılı Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet-Etkililik Projesi (UHY-ME) Araştırması'na göre Türkiye'de 18 yaş ve üzeri kişilerde yaşam boyu alkol kullanma oranı % 19'dur (erkeklerde % 34; kadınlarda % 8) (62). Dünya Sağlık Araştırması Türkiye verilerine göre ağır ve zararlı içme oranı (günlük saf alkol tüketiminin erkeklerde 40 gr ya da daha fazla, kadınlarda 20 gr ya da daha fazla olması) % 1'dir (erkeklerde % 2, kadınlarda % 0,5). Ağır epizodik içme davranışı (bir kerede 5 ya da daha fazla standart içki tüketimi) % 1'dir (erkeklerde % 2, kadınlarda binde 1). Türkiye'de kişi başı alkol tüketimi DSÖ 2011 raporuna göre 3 litrenin altındadır. Bu miktar dünya tüketim ortalaması olan 6 litreye göre oldukça düşük bir düzeydir (76). Çalışmamızda alkol kullanım oranı erkeklerde % 33,1, kadınlarda % 6,5, toplamda % 19,7 olarak bulunmuştur.

Obezite tüm dünyada sıklığı gittikçe artmakta olan önlenabilir bir halk sağlığı sorunudur. Obezite sıklığı Dünya'da 1980 yılından bu yana ikiye katlanmıştır ve BKİ ortalama olarak yıllık 0,4-0,5 kg/m² artış göstermiştir (78). Obezite önemli bir kardiyometabolik risk etmeni olup, kalp hastalıklarının ve diyabetin gelişiminde rol almaktadır. Obez bireylerde hipertansiyon ve dislipidemiler daha sık görülmektedir (79). Framingham çalışmasına göre obezite kardiyovasküler hastalık gelişme riskini 1,5 kat artırmaktadır (80). Obezite küresel boyutta önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünyada hem gelişmiş ülkelerde hem de gelişmekte olan ülkelerde obezite her geçen gün artış göstermektedir. DSÖ tarafından Asya, Afrika ve Avrupa'nın 6 ayrı bölgesinde yapılan ve 12 yıl süren MONICA çalışmasında obezite prevalansında 10 yılda %10-30 arasında bir artış saptandığı bildirilmiştir (81). Obezitenin en sık görüldüğü ABD'de Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC) tarafından yürütülen NHANES (ABD-Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması) çalışmasına göre, 2003-2004 yıllarında obezite (BKİ \geq 30) prevalansının erkeklerde % 31,1, kadınlarda % 33,2, 2009-2010 yıllarında ise erkeklerde % 35,7, kadınlarda ise % 35,5 olarak tespit edildiği açıklanmıştır (82). Avrupa'da yetişkinler üzerinde yürütülen çeşitli çalışmalara göre fazla kilolu olma prevalansı erkeklerde % 32-79, kadınlarda ise % 28-78 arasında; obezite prevalansı ise erkeklerde % 5-23, kadınlarda % 7-36 arasında değişmektedir. Bu çalışmalara göre fazla kilolu olma durumunun en yüksek olduğu ülkeler Arnavutluk, Bosna-Hersek ve

İskoçya'dır. Türkmenistan ve Özbekistan ise prevalansın en düşük olduğu ülkelerdir (83). Türk Kardiyoloji Derneği (TKD) tarafından yapılan ve 3681 kişiyi kapsayan TEKHARF çalışmasında BKİ 30 kg/m² obezite olarak tanımlanmış ve 30 yaşını aşkın Türk erkeklerinin dörtte birinde (% 25,2), kadınların da yarıya yakınında (% 44,2) obezite tespit edilmiştir. Orta yaşlı (31-49 yaş) ve yaşlı (50 yaş ve üzeri) gruplarda ayrı ayrı ele alındığında, bu prevalansın erkeklerde anlamlı biçimde değişmediği (% 24,8 ve 25,7), kadınlarda ise önemli ölçüde arttığı (sırasıyla % 38 ve % 50,2) bildirilmiştir. Obezite prevalansının zamanla yükseldiği, 1990'da benzer yaşta erkeklerde % 12,5 iken iki kat arttığı, elli yaş ve üzerindeki kadınlarda ise prevalansın % 40'tan az iken % 50'ye yükseldiği belirtilmiştir (84). 1999-2000 yılları arasında 23.888 erişkin üzerinde yapılan Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Taraması çalışmasında; 20 yaş üzeri kadınlarda obezite görülme sıklığı % 35,4 olarak saptanmış ve erkeklere göre obezite riskinin 1,8 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (85). TURDEP çalışması 20 yaş üzeri 24.788 birey üzerinde yapılmıştır. Bu çalışmaya göre, obezite prevalansı (BKİ 30 kg/m²) kadınlarda % 29,9, erkeklerde % 12,9 olarak belirlenmiştir. 2010 yılında yapılan TURDEP-2 çalışmasında ise 20 yaş üstü erkeklerde obezite sıklığı % 27,3, kadınlarda % 44,2 olarak bildirilmiştir (86, 87). Türkiye Obezite Araştırma Derneği tarafından, 2000-2005 yılları arasında 6 ilde (İstanbul, Konya, Denizli, Gaziantep, Kastamonu ve Kırklareli) 20 yaş üstü 13.878 bireyde yapılan "Türkiye Obezite Profili" çalışmasında bireylerin % 30,9'unun BKİ<25 kg/m², %39,6'sının (K:% 34,5, E:% 44,8) BKİ=25-30 kg/m² ve % 29,5'inin (K:% 34,5, E:% 21,8) BKİ>30 kg/m² olduğu bulunmuştur (88). Ülkemizde 5 yılda bir tekrarlanan 15-49 yaş grubu kadınların çalışma kapsamına alındığı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçları incelendiğinde de obezitenin kadın nüfusta giderek arttığı görülmektedir. Bu araştırma sonuçlarına göre, 15-49 yaş grubu kadınlarda fazla kiloluluk (BKİ=25,0-29,9 kg/m²) sıklığı 1998, 2003 ve 2008 yılında sırasıyla % 33,4, % 34,2 ve % 34,4, obezite (BKİ 30 kg/m²) sıklığı ise % 18,8, % 22,7 ve % 23,9 olarak bulunmuştur (89, 90, 91). Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 7 coğrafik bölgeden seçilen 7 ilde 14 sağlık ocağında yapılan "Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım (SBKK)" çalışmasına göre, erkeklerde obezite sıklığı % 21,2 iken; kadınlarda % 41,5 olarak bulunmuştur. BKİ değeri 40-69 yaş arasında doğrusal olarak artmakta ve 70 yaşından sonra düşmektedir (92). Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı-Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü tarafından yapılan beyana dayalı Ulusal Hane Halkı Araştırması sonuçları

incelendiğinde ülkemizde 18 yaş ve üzeri bireylerde fazla kilolu olanların sıklığı %31,4, obezite sıklığı ise % 12,0 bulunmuştur. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde kadınların % 28,9'unun fazla kilolu, % 14,6'sının obez, erkeklerin ise % 33,6'nın fazla kilolu ve % 9,7'inin obez olduğu bulunmuştur (93). Çalışmamızda erkeklerin % 33,1'i, kadınların % 38,1'i, toplamda ise % 35,6'sı obez olarak saptanmıştır.

Hipertansiyon, kalp-damar hastalıkları risk faktörleri arasında en önde gelen ve en yaygın olanıdır. Kıtalar ve bölgeler arasında farklar olmak üzere 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 (94, 95). Bir diğer deyişle, halen 972 milyon insanın hipertansiyonu vardır ve 25 yıl sonra bu rakam 1,5 milyarı aşacaktır. Hipertansiyonu olan bireylerin çoğu, ekonomik olarak gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Bu ülkelerde hipertansiyonun bu denli sık olması ve giderek artması, "epidemiolojik geçiş" sürecine bağlanmaktadır. Avrupa'da altı ülkede yapılan benzer bir çalışmada, 35 yaş üzerindeki nüfusun % 44'ünde hipertansiyon olduğu saptanmıştır (95). Hipertansiyon ülkemizde de oldukça yaygın olan bir sorundur. Türkiye'de yüksek kan basıncı sıklığı 1990'da yapılan TEKHARF çalışmasında kadınlarda % 38,0 iken, erkeklerde % 28,4 bulunmuştur (96). 2007 yılında yapılan HinT çalışmasında ise kadınlarda % 59,0, erkeklerde % 49,0 olarak bulunmuştur (97). Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP II) 2010 yılında yapılan en son ulusal çalışmadır. Bu çalışmada hipertansiyon prevalansı kadınlarda % 32,3, erkeklerde % 30,9 bulunmuştur (87). Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışmasının verilerine göre, 2003 yılı itibariyle ülkemizde 18 yaş üzeri erişkin nüfusta hipertansiyon görülme sıklığı % 31,8'dir. Bu oranın kadınlarda % 36,1, erkeklerde ise % 27,5 olduğu dikkat çekmektedir. Hipertansiyon sıklığı, yaşla birlikte artış göstermektedir. Ülkemizde yaşam süresinin artmasına paralel olarak giderek artan geriatric yaş grubunda (> 65 yaş) hipertansiyon sıklığı ise % 75,1 (erkeklerde % 67,2, kadınlarda % 81,7)'dir (94). Çalışmamızda hipertansiyon sıklığı erkeklerde % 41,9, kadınlarda % 37,0, toplamda %39,4 olarak bulunmuştur.

Yaşam tarzındaki hızlı değişim ile birlikte gelişmiş ve gelişmekte olan toplumların tümünde özellikle tip 2 diyabet prevalansı hızla yükselmektedir. 2009 sonu itibarı ile tüm dünyadaki diyabet nüfusu 285 milyon iken bu sayının 2030 yılında 438 milyona ulaşması beklenmektedir (93). Bunun başlıca nedenleri nüfus artışı, yaşlanma

ve kentleşmenin getirdiği yaşam tarzı değişimi sonucu obezite ve fiziksel inaktivitenin artmasıdır. Tahminlere göre, 2010 itibarı ile Avrupa erişkin (20-79 yaş) nüfusunda diyabet prevalansı % 8,5'tir ve 2030 yılında yaklaşık olarak % 18 artış ile bu değer % 10 olacağı öngörülmektedir (98). Bir başka ifade ile Avrupa'da şu anda 55 milyon civarında olan diyabetli nüfusun 20 yıl sonra 66 milyonu aşması beklenmektedir. 1997-1998 yıllarında ülke genelinde 270 köy ve 270 mahalle merkezinde gerçekleştirilen ve random olarak seçilmiş 20 yaş üstü 24788 kişiyi kapsayan "Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması"nın (TURDEP-I) sonuçlarına göre ülkemizde tip 2 diyabet prevalansı % 7,2, bozulmuş glukoz toleransı (BGT) prevalansı ise % 6,7'dir (86). Bu oranlara dayanarak Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2007 yılı nüfus rakamlarına göre ülkemizde 2.85 milyonun üzerinde tip 2 diyabetli ve 2.6 milyon civarında BGT'linin yaşadığı hesaplanmıştır. TEKHARF Çalışmasının 1997/ 98 taramasından 2004/ 05 yıllarına kadar izlenen kohortuna dair 2009'da yayınlanan verilerine göre ise, Türkiye'de 35 yaş üstü nüfusta diyabet prevalansı % 11 olarak tahmin edilmiş ve bunun 3.3 milyon kişiye karşılık geldiği hesaplanmıştır (99). 2010 yılında TURDEP I çalışmasının ikincisi olarak Türkiye'nin aynı bölgelerinde, aynı yaş grubunda ve aynı yöntemle yapılan TURDEP II çalışmasının sonuçlarına göre diyabet prevalansı % 16,5 olup ülkemizde 6,5 milyon diyabetli kişi bulunmaktadır. 1998'de yapılan TURDEP-I çalışmasıyla kıyaslandığında, ülkemizde diyabet ve bozulmuş glukoz toleransı sıklığı sırasıyla % 90 ve % 207'lik bir artış göstermiştir (87). Bizim çalışmamızda diyabet sıklığı erkeklerde % 15,4, kadınlarda % 11,6, toplamda ise % 13,5 olarak bulunmuştur.

Kalp ve damar hastalıklarının önemli etmenlerinden biri kan kolesterol düzeyinin yüksekliğidir. Kandaki kolesterolün büyük kısmı LDL-Kolesterol (LDL-K) olarak taşınmaktadır. Yüksek LDL-K ya da total kolesterol düzeylerinin ateroskleroz ve sonrasında koroner olay gelişmesi ile ilişkili olduğu başta Framingham Kalp Çalışması olmak üzere, birçok epidemiyolojik çalışmada gösterilmiştir (100, 101). HDL Kolesterol (HDL-K), kolesterolü damarlardan karaciğere geri taşır, bu nedenle yararlı ya da iyi kolesterol olarak anılır. Düşük HDL-K, KKH morbidite ve mortalite riskini artıran bağımsız bir risk etmenidir. Buna karşılık yüksek HDL-K düzeyleri ise KKH gelişme riskini azaltmaktadır. HDL-K düzeyinde % 1'lik azalma KKH riskini % 2-3 artırmaktadır (100, 101, 102). Kan yağlarından trigliseridlerin (TG) kalp ve damar hastalıkları açısından risk etmeni olup olmadığı uzun süre tartışılmıştır. Bir meta-analizde yüksek TG düzeylerinin, HDL-K düzeyinden bağımsız olarak kardiyovasküler

hastalıklar açısından bir risk etmeni olduğu saptanmıştır (103). Yüksek kolesterol varlığı birçok çalışmada total kolesterol düzeyinin 200 mg/dl ve üzeri olması olarak tanımlanmaktadır (104). Türkiye’de 1990’da yapılan TEKHARF çalışmasında kadınlarda yüksek total kolesterol sıklığı % 36,9, erkeklerde % 33,5 bulunmuştur (105). Bizim çalışmamızda erkeklerde % 48,2, kadınlarda % 57,4, toplamda ise % 52,8 oranında yüksek total kolesterol bulunmuştur.

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması 1996 yılında yapılmış çok merkezli bir çalışma olup bu çalışma ile ruhsal bozuklukların yaygınlığı, risk etkenleri, yeti yitimi ve ruhsal hizmetlerin kullanımına ilişkin ilk kez ulusal düzeyde bilgilere ulaşılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre herhangi bir ruhsal bozukluk yaygınlığı % 17,2 olarak bildirilmiştir (106). Sağlık Bakanlığı’nın yaptığı Türkiye Hastalık Yüğü Çalışmasında da benzer bulgular ortaya koyulmuştur. Ulusal düzeyde hastalık yükü nedenlerinin temel hastalık gruplarına göre dağılımı yapıldığında, kardiyovasküler hastalıklardan sonra % 19 ile ikinci sırada psikiyatrik hastalık grubunun yer aldığı görülmektedir (62). Birinci basamak sağlık kuruluşlarına çeşitli yakınmalarla başvuran 18-65 yaş arası kişilerde, 2000 yılında, psikiyatrist görüşmesi ile yapılan bir çalışmada depresif bozukluk sıklığı % 13, minör depresif bozukluk sıklığı % 7, somatoform bozukluk sıklığı % 10 ve panik bozukluk sıklığı % 3 bulunmuştur (107). Türkiye’de benzer popülasyonlarda yapılan diğer prevalans çalışmalarında depresif bozukluk sıklığı (majör +minör) yüzde 23 ile yüzde 34 arasında değişmektedir (108, 109, 110). Bizim çalışmamızda psikiyatrik hastalık bulunma durumu erkeklerde % 28,7, kadınlarda % 54,3, toplamda ise % 41,6 olarak bulunmuştur.

Araştırmada kanser erken tanısı için test yaptırma oranı oldukça düşük görünmektedir. Ülkemizde henüz yapılandırılmış bir tarama programı yapılmadığından, araştırmaya katılanların her iki cinsiyette de yüzde 10’dan azı kolonoskopi yaptırmıştır. Ancak tarama programı olan ülkelerde bile kolonoskopi yaptırma oranı pek yüksek değildir. GGK testi yaptırma oranı ise % 32,4’tür. Avrupa ülkelerinde yapılan çalışmalarda 50 yaş ve üzeri toplumda hayatı boyunca GGK testi yaptıranların oranı yaklaşık olarak yüzde 50’dir. Bir başka söyleyişle kolon kanserlerine yönelik tarama programlarına genellikle hedeflenen grubun yüzde 50’sinin katıldığı görülmüştür (111). Moser ve ark yaptığı çalışmada kadınların yaklaşık olarak onda biri rahim ağzı kanser taraması ve dörtte biri de mamogram yaptırdığını belirtmiştir. Tarama programı olan

ülkelerde toplumun katılımı iki kanser tarama programı için oldukça yüksektir. Birleşik Krallıkta 40-74 yaş arası kadınların yüzde 91'inin servikal kanser taraması yüzde 93'ünün ise mamogram yaptırdığı saptanmıştır (112). Şahin ve ark. yaptığı çalışmada pap-smear yaptırma oranı % 28,5 olarak bulunmuştur (113). Fındık ve Turan'ın çalışmalarında tarama amaçlı mamografi yaptırma sıklığı % 7,8 olarak belirtilmektedir (114). TÜİK sağlık istatistikleri 2012 verilerine göre kadınların % 19,6'sının mamografi, % 22,1'inin ise pap smear yaptırdığı bulunmuştur (75). Fenton ve ark yaptığı çalışmada hastaların % 37,5'inin kolon kanseri taraması yaptırdığını, % 66,6'sının mamografi taraması yaptırdığını bulmuştur (115). Bizim çalışmamızda 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. Bizim çalışmamızda 18-65 yaş arası kadınların % 22,7'si pap smear yaptırırken, 40 yaş ve üstü yaştaki kadınların % 73,3'ü mamografi yaptırmıştı. Bir hastamıza erken dönemde meme kanseri tanısı konularak, erken tedaviye başlanması periyodik sağlık muayenesi adına en büyük kazanımımız olmuştur.

Osteoporoz görülme sıklığı ile ilgili olarak değişik ülkelerde pek çok çalışma yapılmıştır ve 50 yaş üzerindeki kadınlarda hayat boyu osteoporoz görülme riskinin Amerika Birleşik Devletleri'nde % 30,3, Danimarka'da % 41, Japonya'da %35, Kanada'da %25 ve Avustralya'da %27 idi (116, 117, 118, 119). Gemalmaz ve ark. Aydın'da yaptıkları çalışmada osteoporoz sıklığını %10,8 olarak tespit etmişlerdir. Bizim çalışmamızda osteoporoz sıklığı % 13,2 idi (120).

Salem ve ark İngilizerde AAA görülme sıklığını % 4,7, Asyalı insanlar arasında bu oranı % 0,45 olarak bulmuştur (121). Bizim çalışmamızda AAA taraması yapılan hasta sayısı çok az olup istatistiksel açıdan değerlendirme için yetersizdi.

Pebody ve ark. yaptığı bir çalışmada 1999-2005 yılları arasında İngiltere ve Galler Bölgesi'ndeki genel popülasyonda son beş yıl içinde pnömokok aşısı uygulanma oranı 2001 yılında % 4,9 ve 2005 yılında % 6,5 olarak bulunmuştur (122). Amerika'da 2003 yılında eyaletler genelinde yapılan bir çalışmada 65 yaş ve üzerinde aşılama oranı ortalama % 64,2, 18-64 yaş aralığındaki diyabet hastalarında ise aşılama oranı % 37,1 olarak bulunmuştur (123). Kadioğlu ve ark. Samsun'da yaptıkları çalışmada pnömokok aşısı yaptırma oranı % 2,2 olarak tespit edilmiştir (124). Bizim çalışmamızda pnömokok aşısı yaptırma oranı % 2,6 olarak bulundu. Pnömokok aşılama oranı çok

düşük olduğundan istatistiksel olarak araştırılmamıştır. 65 yaş ve üzerinde pnömokok aşısı yaptırma oranı % 24,1 olarak bulunmuştur.

Szucs ve ark yaptığı çalışmada influenza sezonunda grip aşısı yaptırma oranı Almanya'da % 25,1, İngiltere'de 24,0, İtalya'da % 22,0, Fransa'da % 22,0, İspanya'da % 23,0 olarak bulunmuştur (125). TÜİK sağlık istatistikleri 2012 verilerine göre grip aşısı olma durumu erkeklerde % 15,4, kadınlarda % 12,1 ve toplamda % 13,7 olarak bulunmuştur (75). Kadioğlu ve ark yaptığı çalışmada 65 yaş ve üstü kişilerin % 41,7'si, 65 yaş altındaki kişilerin % 24,9'u ve toplamda ise % 26,6'sı grip aşısı yaptırdığını beyan etmiştir (124). Bizim çalışmamızda kadınların % 5,8'i, erkeklerin % 8,1'i grip aşısını yaptırmıştı.

Zeybek ve ark yaptığı çalışmada 65 yaş ve üzerindeki kişilerde tetanoz aşısı yaptırma oranı % 1,8 olarak bulunmuştur (126). Topbaş ve ark Trabzon'da yaptığı çalışmada ise bu oran % 3 olarak bulunmuştur (127). Öztürk ve ark Kayseri'de yaptığı çalışmada tetanoz aşısı yaptırma oranı 40-49 yaş grubunda % 42,1, 50-59 yaş grubunda % 24 ve 60 yaş ve üzerinde % 19,4 olarak bulunmuştur (128). Kadioğlu ve ark yaptığı çalışmada olguların % 56,8'i tetanoz aşısı yaptırmıştı (124). Bizim çalışmamızda ise erkeklerin % 39'u, kadınların % 28,3'ü ve toplamda ise % 33,6'sı tetanoz aşısı yaptırmıştı.

TÜİK 2012 verilerine göre Türkiye genelinde 2012 yılı Sağlık Araştırması sonuçlarına göre; Türkiye'de yaşayan erkeklerin % 77,1'i, kadınların ise % 64,5'i genel sağlık durumunu çok iyi ya da iyi olarak beyan etmişlerdir (75). Günay ve ark. Kayseri'de 65 yaş üstü kişilere yaptığı çalışmada katılımcıların % 2,1'i genel sağlık durumlarının çok iyi, % 25,0'i iyi, % 41,2'si orta, % 28,5'i kötü ve % 3,2'si çok kötü olduğunu beyan etmişlerdir (129). Cherrington ve ark. yaptığı 4830 hastalık bir çalışmada genel sağlık durumlarını % 17,7'si mükemmel, % 25,1'i çok iyi, % 33,9'u iyi, % 15'i kötü, % 8,3'ü çok kötü olarak beyan etmiştir (130). Hozawa ve ark yaptığı çalışmada % 9,2'si mükemmel, % 64,2'si iyi, % 13,6 orta, % 10,5'i kötü, % 2,5'i çok kötü olarak belirtmiştir (131). Kötü sağlık öz değerlendirmesi mortalite artışı, kronik hastalıklar artışı ve ayaktan poliklinik sayısı artışı ile ilişkili bulunmuştur (132).

Sung ve ark yaptığı çalışmada iyi sağlık öz değerlendirmesi ile yaş, eğitim durumu ekonomik durum, alkol kullanma ve düzenli egzersiz yapma arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (133). Baruth ve ark yaptığı çalışmada

hipertansiyon, diyabet, yüksek kolesterol, obezite ve artrit gibi kronik hastalık bulunması durumu ile sağlık 6z değerlendirmesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (134). Kepka ve ark yaptığı çalışmada iyi sağlık 6z değerlendirmesi egzersiz yapma ve meyve t6k6tme ile ilişkili bulunurken, BKİ ile ilişkisi bulunmamıştır (135). Bizim alışmamızda ise erkeklerin % 69,9'u kadınların % 47,8'i genel sağlık durumunu çok iyi ya da iyi olarak beyan etmiştir. Kadın olma, evli olma ve aktif şikâyetin bulunması durumu k6t6 sağlık 6z değerlendirmesi arasında anlamlı bir ilişki vardı. Psikiyatrik hastalık 6yk6s6 bulunması ve ilaç kullanımı da k6t6 sağlık 6z değerlendirmesi ile anlamlı olarak ilişkiliydi. Fazla sigara, alkol t6k6tmi, k6t6 beslenme, hareketsiz yaşam k6t6 sağlık 6z-değerlendirmesi ile anlamlı olarak bir ilişkisi g6stermiyordu.

6. SONUÇLAR

2012-2013 yılları arasında OMÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Periyodik Sağlık Muayenesi Polikliniği'ne başvuran 274 hasta çalışmaya katıldı.

6.1 Çalışmaya 138'i kadın (% 50,4), 136'sı erkek (% 49,6) olmak üzere 274 hasta dâhil edilmiştir. Kadın hastaların yaş ortalaması $44,75 \pm 15,77$ yıl, erkeklerin ise $44,21 \pm 15,71$ yıl idi. Katılımcıların 120'si (% 43,8) 18-44 yaş arasında, 125'i (% 45,6) 45-64 yaş arasında, 29'u (% 10,6) ise 65 ve üstü yaşta idi.

6.2 274 kişinin 202'si (% 73,7) evli, 61'i (% 22,3) bekar, 11'i (% 4) dul veya boşanmıştı.

6.3 Başvuru esnasında 205 kişinin (% 74,8) bir şikâyeti varken, 69 kişinin (% 25,2) ise aktif herhangi bir şikâyeti yoktu.

6.4 Kadınların 95'i (% 68,8), erkeklerin 70'i (% 51,5) egzersiz yapmıyordu.

6.5 Kadınların 115'i (% 83,3), erkeklerin 108'i (% 79,4) günde 1 veya 2 porsiyon meyve-sebze tüketiyordu. Günlük ortalama meyve-sebze tüketimi $1,76 \pm 0,74$ porsiyon idi.

6.6 Başvuru sırasında 96 kişinin (% 35,0) hiçbir hastalığı yokken, 71 kişinin (% 25,9) sadece bir hastalığı ve 107 kişinin (% 39,1) ise en az iki hastalığı vardı. En sık görülen hastalıklar sırasıyla hipertansiyon, kas iskelet hastalıkları, psikiyatrik hastalıklar ve diyabetti.

6.7 Muayeneye başvuru sırasında hastaların 85'i (% 31,0) sigara kullandığını, 51'i (% 18,6) sigarayı bıraktığını ve 138'i (% 50,4) hiç sigara kullanmadığını belirtti. Ortalama sigara kullanım süresi $17,83 \pm 15,75$ paket/yıl, ortalama bırakma süresi $7,57 \pm 6,84$ yıl idi.

6.8 Elli dört kişi (% 19,7) alkol kullanırken, 220 kişi (% 80,3) ise alkol kullanmıyordu. Alkol kullananların 40'ı (% 74,1) ayda bir kadeh veya daha az miktarda alkol tükettiğini belirtirken, 14'ü (% 25,9) ayda iki kadeh veya daha fazla miktarda alkol tükettiğini belirtti.

6.9 Erişkin bağışıklamalarından olan tetanoz, grip ve pnömokok aşılarını yaptırma durumu kadınlarda sırasıyla % 28,2 (n: 39), % 5,8 (n:8), % 1,4 (n:2) iken,

erkeklerde ise sırayla % 39 (n:53), % 8,1 (n:11) ve % 3,7(n:5) olarak beyan edilmiştir. Cinsiyete göre bağışıklama değişmemekle birlikte, bağışıklama oranları azdı.

6.10 Kadınların 75'inde (% 54,3) erkeklerin 39'unda (% 28,7) psikiyatrik hastalık öyküsü vardı. Kadınların 34'ü (% 24,6), erkeklerin 17'si (% 12,5) psikiyatrik bir ilaç kullanmaktaydı. Kadın hastalarda psikiyatrik hastalık öyküsü ($p<0,001$) ve ilaç kullanımı ($p:0,010$) anlamlı olarak daha fazlaydı.

6.11 Katılımcıların 34'ü (% 12,4) aile öykülerinde osteoporoz, 84'ü (% 30,7) kalp krizi ve 137'si (% 50) kanser öyküsü bulunduğunu beyan etti. Aile öyküsünde osteoporoz, kalp krizi ve kanser öyküsü bulunması kadınlarda anlamlı olarak daha fazlaydı.

6.12 Katılımcıların 226'sının (% 82,5) fizik muayenesi doğal iken 48'inin (% 17,5) fizik muayenesinde patolojik bulgular vardı. Kan basıncı ölçümüne kayıtlardan ulaşılabilen 236 (% 86,1) hastanın 75'inin (% 31,8) kan basıncı 140/90 mm/ Hg'dan yüksekti. Bu hastalardan 30'unun (% 12,7) başvuru öncesinde hipertansiyon tanısı vardı. Ortalama SKB 127,01±22,62 mm/Hg, ortalama DKB 82,53±13,14 mm/ Hg, ortalama boy 165,76±10,01 cm, ortalama kilo 75,95±16,34 kg, ortalama BKİ 27,71±5,64 kg/m² olarak bulunmuştur. Cinsiyet ile diyastolik kan basıncı, kilo, boy ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı.

6.13 Hastaların 159'unun (% 66,6) beden kitle indeksi 25 kg/m² 'den fazlaydı. Kadın ve erkeklerin beden kitle indeksi arasında anlamlı bir fark yoktu.

6.14 Katılımcıların ortalama APG'si 96,66±24,02 mg/dl, ortalama trigliserid 138,45±94,90 mg/dl, ortalama total kolesterol 200,44±43,05 mg/dl, ortalama HDL kolesterol 51,06±15,47 mg/dl, ortalama LDL kolesterol 122,22±37,12 mg/dl olarak bulunmuştur. Cinsiyet ile trigliserid ve HDL kolesterol düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı.

6.15 APG ölçümü yapılan hastaların 54'ünün (% 65,1) kan basıncı 135/80 mm/Hg'nın üstündeydi. Diyabet hastalarının 11'inin (% 4) APG'si 126 mg/dl'nin üstündeydi.

6.16 Kolon kanseri açısından taranan 50 yaş ve üstü 121 hastanın 56'sı (% 46,3) sadece gaitada gizli kan, 5'i (% 4,1) hem gaitada gizli kan hem de kolonoskopi, 10'u (%

8,3) sadece kolonoskopi yaptırmıştı. GGK sonuçlarının 63'ü (% 96,9) negatif, 2'si (% 3,1) pozitif. Kolonoskopi sonuçlarının 13'ü (% 86,7) doğal, 2'sinde (% 13,3) benign adenom vardı.

6.17 18-65 yaş arası 128 kadının 29'u (% 22,7) pap smear yaptıırken, 99'u (% 77,3) pap smear yaptırmamıştı. Yapılan pap smear sonuçlarının 2'si (% 6,5) ASCUS olarak sonuçlanırken, geri kalan sonuçlar normaldi.

6.18 40 yaş ve üstü yaştaki 90 kadının 66'sı (% 73,3) mamografi yaptıırken, 24'ü (% 26,7) mamografi yaptırmamıştı. Mamografi sonuçlarının 39'u (% 59,1) BIRADS 1, 23'ü (% 34,8) BIRADS 2, 3'ü (% 4,5) BIRADS 3, 1'i (% 1,5) BIRADS 5 idi. Sonucu BIRADS 5 olan hastanın patoloji sonucu invaziv duktal karsinom olarak sonuçlandı.

6.19 65 yaş ve üstü olan 13 kadının 8'inin (% 61,5) kemik mineral dansitometri testi yapılmıştı ve 2'sinin (% 25) sonucu patolojikti.

6.20 65 yaş üstü 16 erkekte 10'u sigara kullanıyordu. Abdominal aort anevrizması açısından sadece 2 hasta değerlendirilmişti ve sonuçları normal olarak raporlanmıştı.

6.21 Katılımcıların 58'i (% 21,2) sağlık öz değerlendirmeleri hakkında çok iyi, 103'ü (% 37,6) iyi, 87'si (% 31,8) kötü, 26'sı (% 9,5) çok kötü beyanında bulunmuştur. Kadınların sağlık öz değerlendirmeleri anlamlı olarak daha kötüydü. Kadın olma, evli olma, başvuru sırasında şikâyet bulunması, hastalık öyküsünün olması, psikiyatrik hastalık öyküsü bulunması, psikiyatrik ilaç kullanımı ile kötü sağlık öz değerlendirmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sağlık öz değerlendirmesi ile kötü beslenme, egzersiz yapmama, alkol kullanma, sigara kullanma, ailede kanser veya kalp krizi öyküsü bulunması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

7. KAYNAKLAR

1. McWhinney IR, Freeman T eds. Sağlıkın Geliştirilmesi ve Hastalıkların Önlenmesi. Güldal D, eviri editörü. Aile Hekimliği. 3. Baskı. İstanbul: Medikal Akademi Yayıncılık ve Oxford University Pres; 2012. p. 193- 216.
2. st Y, Uğurlu M, Kasım İ, Eğici MT. Sağlıkta dönüşüm projesi sonrasına sağlık kurumlarına başvuru sıklıklarının değerlendirilmesi. Konuralp Tıp Dergisi. 2012; 4 (2): 48-53.
3. Domagala A. Health promotion and disease prevention. In: Windak A, Tomasik T, Domagala A. eds. Guidebook for teachers of family medicine on health promotion and disease prevention. Krakow: Drucarnia Technet Publication; 2010. p. 15- 21.
4. Dikici MF, şahin MK. Periyodik Sağlık Muayenesinde Risk Değerlendirmesi. Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2013;4(5):29-36
5. Schwartz SM, Duane M. Well-adult Care. In: Sloane PD, Slatt LM, Ebell MH, Jacques LB, Smith MA, eds. Essentials of Family Medicine. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p.87-103.
6. Mazııcıoğlu MM, şafak ED, stnbaş HB. Periyodik Sağlık Muayenesinin Tarihi Gelişim Sreci. Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2013;4(5):1-4
7. Oboler SK, Prochazka AV, Gonzales R, Xu S, Anderson RJ. Public expectations and attitudes for annual physical examinations and testing. Ann Intern Med. 2002;136:652-659.
8. EURACT. The European Definition of General Practice/Family Medicine. Short Version. Leuven: European Academy of Teachers in General Practice, EURACT; 2005. p. 6.
9. Grimm KJ, Diebold MM. The periodic health examination. In: Rakel RE, ed. Textbook of Family Practice 7th ed. WB Saunders Company. Philadelphia 2007; p.139-58.
10. 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; 1861:142–163. <http://books.google.com.tr>. Erişim: 01.03.2014
11. Han PK. Historical changes in the objectives of the periodic health examination. Ann Intern Med. 1997;127:910-917.
12. Akdeniz M, Asik Z, Yaman H. Periyodik Sağlık Muayenesi. GeroFam. 2010;1(1):69-83.
13. Fisk, 1921. Fisk B: Physical examinations: A national need. The Nation's Health 1921; 3:286-289.
14. Boulware LE, Marinopoulos S, Phillips KA, Hwang CW, Maynor K, Merenstein D, Wilson RF, Barnes GJ, Bass EB, Powe NR, Daumit GL. Systematic review: the value of the periodic health evaluation. Ann Intern Med. 2007 Feb 20;146(4):289-300.
15. Dodson JM. The American Medical Association And Periodic Health Examination. Am J Public Health (N Y). 1925 Jul;15(7):599-601.
16. Frame PS, Carlson SJ: A critical review of periodic health screening using specific screening criteria. Part I: Selected diseases of respiratory, cardiovascular, and central nervous systems. J Fam Pract 1975; 2:29-36.

17. Frame PS, Carlson SJ: A critical review of periodic health screening using specific screening criteria. Part 2: Selected endocrine, metabolic, and gastrointestinal diseases. J Fam Pract 1975; 2:123-129.
18. Frame PS, Carlson SJ: A critical review of periodic health screening using specific screening criteria. Part 3: Selected diseases of the genitourinary system. J Fam Pract 1975; 2:189-194.
19. Canadian Task Force on Preventive Health Care. <http://canadiantaskforce.ca/>. Erişim tarihi: 01.03.2014
20. About the USPSTF. U.S. Preventive Services Task Force. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/about.htm>. Erişim tarihi: 01.03.2014
21. U.S. Preventive Services Task Force Grade Definitions. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grades.htm>. Erişim tarihi: 01.03.2014.
22. Recommendations. U.S. Preventive Services Task Force. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/recommendations.htm>. Erişim tarihi: 01.03.2014.
23. Güler Ç, Çobanoğlu Z. Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi No:47, Risk İletişimi ve Risk Yönetimi, 1.Basım, Ankara, T.C.Sağlık Bakanlığı,1997: 21-24. http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/risk_iletisimi_ve_risk_yonetimi.pdf. Erişim tarihi: 01.03.2014
24. Authoritative information and statistics to promote better health and wellbeing. Risk factors to Health. <http://www.aihw.gov.au/risk-factors/>. Erişim tarihi: 01.03.2014.
25. Vaughn JA, Miller RA. Update on immunizations in adults. Am Fam Physician. 2011;84:1015-20.
26. Öztürk R. Erişkinde bağışıklama. İliçin G, Biberoğlu K, Süley-manlar G, Ünal S(eds). İç Hastalıkları, Cilt 2, Güneş Kitabevi,Ankara, 2003: 2949-62.
27. <http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/patient-ed/adults/downloads/standards-immz-adults.pdf> Erişim tarihi: 01.03.2014
28. İğde FA, Gürz AA. Periyodik Muayenede Taramalar. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2013;4(5):43-8
29. Wilson J, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. World Health Organization PublicHealth Paper 34,WHO, Geneva 1968
30. Kelly RB, Falvo DR. Patient education. In Textbook of Family Practice,Ed: Rakel RE. Seventh Edition. Philadelphia Elsevier, Saunders Co, 2007:285-92.
31. Özer C, şahin M, Dağdeviren N, Aktürk Z. Birinci basamakta hasta eğitimi. Sted 2002; 11 (1): 11-14.
32. Boulware LE, Barnes GJ, Wilson RF, Phillips K, Maynor K, Hwang C, et al. Value of the Periodic health evaluation. Evid Rep Technol Assess (Full Rep) 2006;(136):1-134.
33. Dreeben O. Significance of patient education for health care and rehabilitation. In: Dreeben ed. Patient education in rehabilitation. Birmingham, MA: Jones and Barlett Learning; 2010. p.3-8.

34. Guilbert JJ. Educational Handbook for Health Personnel. WHO publication, Offset No. 35,6th ed. WHO, Geneva; 1992.
35. Özer G. Hasta eğitimi. Bozdemir N, Kara İH, eds. Birinci basmakta tanı ve tedavi. 1. Baskı. Adana: Nobel Tıp Kitabevi; 2010.p.85-7.
36. Therapeutic patient education, World Health Organisation regional Office for Europe, Copenhagen, Report of a WHO Working Group, 1998.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/145294/E63674.pdf. Erişim tarihi: 01.03.2014.
37. Muma RD. An approach to patient education. In: Muma RD, Lyons BA, eds. Patient education. Birmingham, MA: Jones and Barlett Learning; 2012. p.3-9.
38. Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. Am J Prev Med 2008;35(2):158-76.
39. Whitlock EP, Polen MR, Green CA, Orleans T, Klein J; U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2004;140(7):557-68.
40. Son KY, Lee CM, Cho B, Lym YL, Oh SW, Chung W, et al. Effect of additional brief counselling after periodic health examination on motivation for health behavior change [corrected]. J Korean Med Sci 2012;27(11):1285-91.
41. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot 1997;12(1):38-48.
42. Five Major Steps to Intervention (The "5 A's"). December 2012. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/5steps.html> . Erişim tarihi: 01.03.2014.
43. Vallis M, Piccinini-Vallis H, Sharma AM, Freedhoff Y. Clinical review: modified 5 As: minimal intervention for obesity counseling in primary care. Can Fam Physician 2013;59(1): 27-31.
44. Blaney CL, Robbins ML, Paiva AL, Redding CA, Rossi JS, Blissmer B, et al. Validation of the measures of the transtheoretical model for exercise in an adult African-American sample. Am J Health Promot 2012;26(5): 317-26.
45. The Smoking, Nutrition, Alcohol and Physical activity Guideline – A population health guide to behavioural risk factors for general practice – March 2004.
<http://www.racgp.org.au/download/documents/Guidelines/snapguide2004.pdf> . Erişim tarihi: 01.03.2014.
46. Five Major Steps to Intervention (The "5 A's"). December 2012. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/5steps.html> . Erişim tarihi: 01.03.2014.
47. Mossey JM, Shapiro E. 1982. Self-rated Health: A predictor of mortality among the Elderly. American Journal of Public Health 72(8):800–808.

48. Idler EL. 1992. 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., pp. 33–54.
49. Hollnagel H, Malterud K. 1995. Shifting attention from objective risk factors to patients' self-assessed health resources: A clinical model for general practice. Family Practice 12(4):423–429.
50. Sobel DS. 1995. Rethinking medicine: Improving health outcomes with cost-effective psychosocial interventions. Psychosomatic Medicine 57:234–244.
51. McWhinney IR, Freeman T, eds. Sağlıkın Geliştirilmesi ve Hastalıkların Önlenmesi. Güldal D, çeviri editörü. Aile Hekimliği. 3. Baskı. İstanbul: Medikal Akademi Yayıncılık ve Oxford University Pres; 2012. 200-216.
52. Centers for Disease Control. How is BMI calculated and interpreted? http://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/adult_bmi/index.html#Interpreted. Erişim tarihi: 01.03.2014.
53. James PA, Oparil S, Carter BL, et al. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA. 2014;311(5):507-520. <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1791497>. Erişim tarihi: 01.03.2014.
54. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of Diabetes mellitus. Diabetes Care. 2014 Jan;37 Suppl 1:S81-90. http://care.diabetesjournals.org/content/37/Supplement_1/S81.long. Erişim tarihi: 01.03.2014
55. Stone NJ, Robinson J, Lichtenstein AH, et al. 2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2013 Nov 12.
56. American Collage of Radiology. Breast imaging reporting and data system (BI-RADS). 4.edition. Reston (VA): American Collage of Radiology; 2003.
57. Artac M, Dalton AR, Majeed A, Car J, Huckvale K, Millett C. Uptake of the NHS Health Check programme in an urban setting. Fam Pract. 2013 Aug;30(4):426-35.
58. Dikici MF, Yaris F. Evaluation of the effect of periodic health examination in Samsun, Turkey. Saudi Med J. 2007 Jul;28(7):1109-12.
59. TÜİK Türkiye İstatistik Yıllığı, 2011 Özeti, s:15. http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=0&KITAP_ID=1. Erişim tarihi: 01.03.2014.
60. WHO. World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002. http://www.who.int/whr/2002/Overview_E.pdf. Erişim tarihi: 01.03.2014
61. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı. Ankara: Kuban Matbaacılık; 2011. Sağlık Bakanlığı Yayın No:773: http://www.bsm.gov.tr/docs/turkiye_obezite_sismanlik_ile_mucadele_ve_kontrolprogrami_2010_2014.pdf. Erişim tarihi: 01.03.2014.

62. T.C. Sağlık Bakanlığı, RSHMB Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması 2004. Ankara: Aydoğdu Ofset; 2006. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 701.: http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_hastalik_yuku_calismasi.pdf. Erişim tarihi: 01.03.2014.
63. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Gıda Güvenliğı Daire Başkanlığı Toplum Beslenmesi Şubesi. Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım Projesi Araştırma Raporu. Ankara: Gürler Matbaası; 2004.: http://www.beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger_kitaplar/kalbimizi_koruyalim.pdf Erişim tarihi: 01.03.2014
64. Ergör G, Soysal A, Sözman K, et al. Balcova heart study: rationale and methodology of the Turkish cohort. Int J Public Health. 2011.
65. Ozer MK, Erman A, Cetin E, Toraman F. Leisure Physical Activity in Turkish Adults: Difference Between Urban and Squatter Areas. Asian Journal of Epidemiology, 2010; 3: 1-7.
66. WHO- Report on the Global Tobacco Epidemic 2011: Warning about the dangers of tobacco, World Health Organization 2011.
67. National Tobacco Control Programme and Action Plan of Turkey 2008-2012. Ankara: Republic Of Turkey Ministry of Health; 2008. <http://www.who.int/fctc/reporting/Annexoneturkey.pdf>. Erişim tarihi: 01.03.2014
68. Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun, No 4207, 26 Kasım 1996.
69. WHO Framework Convention on Tobacco Control. World Health Organization 2003.
70. Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun'da Değışiklik Yapılmasına Dair Kanun, No 5727, 3 Ocak 2008.
71. T.C. Sağlık Bakanlığı. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi, Ulusal Hastalık Yüğü Ve Maliyet-Etkililik Projesi, Hastalık Yüğü Final Rapor. 2004: Ankara.
72. Satman İ. Ve ark. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEPII). http://www.itf.istanbul.edu.tr/attachments/021_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf. Erişim tarihi: 01.03.2014.
73. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, "Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu". TÜİK, Ankara, 2008.
74. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, "Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu". TÜİK, Ankara, 2012.
75. TÜİK, Sağlık Araştırması, 2012. http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=1&KITAP_ID=223 Erişim tarihi: 01.03.2014
76. Global status report on alcohol and health, World Health Organization 2011.
77. Kraus L, Bloomfield K, Augustin R, Reese A. Prevalence of alcohol use and the association between onset of use and alcohol-related problems in a general population sample in Germany.. Addiction, 2000; 95: 1389- 1401.

78. Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, Danaei G, Lin JK, Paciorek CJ, et al. National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants.. *Lancet* 2011;377(9765):557-67.
79. Janssen I, Katzmarzyk PT, Ross R. Waist circumference and not body mass index explains obesity-related health risk. *Am J Clin Nutr* 2004;79(3):379-84.
80. Wilson PW, D'Agostino RB, Sullivan L, Parise H, Kannel WB. Overweight and obesity as determinants of cardiovascular risk: the Framingham experience. *Arch Intern Med* 2002;162(16):1867-72.
81. Molarius A, Seidel JC, Sans S, Toumlehto J, Kuulasmaa K. Varying sensitivity of waist action levels to identify subjects with overweight or obesity in 19 populations of the WHO MONICA Project. *J Clin Epidemiol.* 52: 1213-1224, 1999.
82. Fryar CD, Carroll MD, Ogden CL. Prevalence of Overweight, Obesity, and Extreme Obesity Among Adults: United States, Trends 1960–1962 Through 2009–2010. CDC/NCHS, National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) III 1988–1994 and NHANES 2009–2010. http://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/obesity_adult_09_10/obesity_adult_09_10.htm. Erişim tarihi: 01.03.2014.
83. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response, Ed. Francesco Branca, Haik Nikogosian ve Tim Lobstein, WHO, Denmark, 2007.
84. Onat A, Türkiye’de Obezitenin Kardiyovasküler Hastalıklara Etkisi, *Türk Kardiyoloji Dergisi* 31 (5): 279-289, 2003.
85. Hatemi H, Turan N, Arık N, Yumuk V. Türkiye’de obezite ve hipertansiyon taraması sonuçları (TOHTA), *Endokrinolojide Yönelişler Dergisi*, 11(Ek-1):1-16, 2002.
86. Satman I, Yılmaz T, Şengül A, Salman S, Salman F et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the turkish diabetes epidemiology study (TURDEP).. *Diabetes Care*; 25(9):1551-1556, 2002.
87. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S et al. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol.* 2013 Feb;28(2):169-80.
88. Bağrıaçık N, Onat H, İlhan B, Tarakci T, Oşar Z, Özyazar M, Hatemi H, Yıldız G. Obesity Profile in Turkey, *International Journal of Diabetes and Metabolism*, 17:5-8, 2009.
89. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1998. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu ve ABD Uluslararası Kalkınma Teşkilatı, Ankara, Türkiye.
90. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye.
91. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana

Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

92. “Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım” Projesi Araştırma Raporu, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2004.
93. Ulusal Hane Halkı Araştırması 2003 Temel Bulgular, Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, 2006.
94. Altun B ve ark. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT 1 Study). Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Journal of Hypertension 23(10):1817-1823, 2005.
95. Ulusal Kalp Sağlığı Politikası. Türk Kardiyoloji Derneği, 2008. http://www.tkd-online.org/UKSP/TKD_UlusalKalpSagligiPolitikasi_Taslak.pdf. Erişim tarihi: 01.03.2014
96. Onat A. Türkiye’de erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı Taraması (TEKHARF). Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi. 1991, 19 (169-171).
97. Arici M. For the Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Hypertension incidence in Turkey (HinT): a population-based study. J Hypertens. 2009.
98. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas, 4th Edition, Brussels, 2009
99. Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) Çalışması, 2009. <http://tekharf.org>. Erişim tarihi: 01.012.2014
100. Wilson PW, D’Agostino RB, Levy D, Belanger AM, Silbershatz H, Kannel WB. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. Circulation 1998;97(18):1837-47.
101. Stamler J, Wentworth D, Neaton JD. Is relationship between serum cholesterol and risk of premature death from coronary heart disease continuous and graded? Findings in 356,222 primary screenees of the Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT). JAMA 1986;256(20):2823-8.
102. Gordon DJ, Probstfield JL, Garrison RJ, Neaton JD, Castelli WP, Knoke JD, et al. High-density lipoprotein cholesterol and cardiovascular disease. Four prospective American studies. Circulation 1989;79(1):8-15.
103. Hokanson JE, Austin MA. Plasma triglyceride level is a risk factor for cardiovascular disease independent of high-density lipoprotein cholesterol level: a meta-analysis of population-based prospective studies. J Cardiovasc Risk 1996;3(2):213-9.
104. Grundy SM. Coordinating Committee of the National Cholesterol Education Program. Implications of Recent Clinical Trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. Journal of the American College of Cardiology 2004;44(3):720-32.
105. Onat A, Surdum-Avci G, Senocak M, Ornek E, Gozukara Y. Plasma lipids and their interrelationship in Turkish adults. J Epidemiol Community Health 1992;46(5):470-6.
106. T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Ankara 2011. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-73168/h/ulusal-ruh-sagligi-eylem-planı.pdf>. Erişim tarihi: 01.03.2014.

107. Çorapçioğlu A, Özer GU. Adaptation of revised Brief PHQ (Brief-PHQ-r) for diagnosis of depression, panic disorder and somatoform disorders in primary health care settings. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2004. Vol 8, 11-18.
108. Rezaki M. Depression in a population applied to a primary healthcare organization. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1995. 6: 13-20.
109. Rezaki GB, Rezaki M. Psychiatric problems in a population applied to a primary healthcare organization: one-year follow up study. 1996. *Türk Psikiyatri Dergisi* 7:83-91
110. Sağduyu A, Ögel K, Özmen E et. Al. Depression in primary healthcare. 2000. *Türk Psikiyatri Dergisi* 11: 3-16.
111. Vernon SW. Participation in colorectal cancer screening: a review. *J Natl Cancer Inst* 1997;89(19):1406-22.
112. 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.
113. Sahin MK, Sahin G, Dikici MF, Igde FA, Yaris F. Women's Perceptions and Attitudes about Cervical Cancer in Turkey: Kato's Device as an Alternative to the Pap Smear. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(2):905-10.
114. Fındık, Ü.Y., Turan, N.(2004). "Kadınların Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Davranışlarının Belirlenmesi" *Hemşirelik Forumu*, (8):54-59
115. Fenton JJ, Cai Y, Weiss NS, Elmore JG, Pardee RE, Reid RJ, Baldwin LM. Delivery of cancer screening: how important is the preventive health examination? *Arch Intern Med*. 2007 Mar 26;167(6):580-5.
116. Melton LJ 3rd. How many women have osteoporosis now? *J Bone Miner Res* 1995;10:175-7.
117. Vestergaard P, Rejnmark L, Mosekilde L. Osteoporosis is markedly underdiagnosed: A nationwide study from Denmark. *Osteoporos Int* 2005;16:134-41.
118. Iki M, Kagamimori S, Kagawa Y, Matsuzaki T, Yoneshima H, Marumo F. Bone mineral density of the spine, hip and distal forearm in representative samples of the Japanese female population: Japanese Population- Based Osteoporosis (JPOS) Study. *Osteoporos Int* 2001;12:529-37.
119. Gauthier A, Kanis JA, Martin M, Compston J, Borgström F, Cooper C, et al. Development and validation of a disease model for postmenopausal osteoporosis. *Osteoporos Int* 2011;22:771-80.
120. Gemalmaz A, Dişçigil G, Söylemez A. Kentsel Bölgede Osteoporoz Taraması: Sıklık ve İlişkili Faktörler. *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2007;27:695-700.
121. Salem MK, Rayt HS, Hussey G, et al. Should Asian men be included in abdominal aortic aneurysm screening programmes? *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2009;38:748-749.
122. Pebody RG, Hippisley-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.

123. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Influenza Vaccination Levels Among Persons Aged >65 Years and Among Persons Aged 18-64 Years with High-Risk Conditions -- United States, 2003. *MMWR* October 21, 2005 / 54(41);1045-1049.
124. Kadioğlu E. Samsun'da bireylerin erişkin açıları hakkındaki farkındalıklarının ve mevcut erişkin aşılanma durumlarının tespiti ve değerlendirilmesi. Tıpta uzmanlık tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakóltesi. Samsun, 2011.
125. 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.
126. Zeybek Y, Tokalak İ, Boyacıoğlu S. Altmış Beş Yaş ve Üzeri Erişkinlerde Aşılanma Durumu. *Türk Geriatri Dergisi*, 2004; (7)3: 152-154.
127. Topbaş M, Yarış F, Çan G. Trabzon Bahçecik Sağlık Ocağı bölgesinde 65yaş ve üzerindeki popülasyonun aşılanma durumu. *Rapel* 2001; Aralık: 36-40.
128. Öztürk A, Gökahmetoğlu S, Erdem F, Misgüroğlu Alkan S. Tetanus antitoxin levels among adults over 40 years of age in Central Anatolia, Turkey. *Clin Microbiol Infect*. 2003 Jan;9(1):33-8.
129. Günay O, Gün İ, Öztürk A, Çetinkaya F, Nacar M. Kayseri ilindeki yaşlılarda algılanan sağlık durumunu etkileyen faktörler. *Türk Geriatri Dergisi*. 2005, 8(1), 10-12.
130. Cherrington A, Corbie-Smith G, Pathman DE. Do adults who believe in periodic health examinations receive more clinical preventive services? *Prev Med*. 2007 Oct;45(4):282-9.
131. Hozawa A, Kuriyama S, Watanabe I, Kakizaki M, Ohmori-Matsuda K, Sone T, Nagai M, Sugawara Y, Nitta A, Li Q, Ohkubo T, Murakami Y, Tsuji I. Participation in health check-ups and mortality using propensity score matched cohort analyses. *Prev Med*. 2010 Nov;51(5):397-402.
132. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*. 1997 Mar;38(1):21-37.
133. 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.
134. 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.
135. 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.

8. EKLER

Ek-1 Periyodik Muayene Formu

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Aile Hekimliği Anabilim Dalı Periyodik Muayene Formu

Hastanın Adı Soyadı:

Tarih:

Cinsiyeti:

Yaşı:

Medeni Durumu:

Mesleği:

Adresi-Telefonu:

Şikayet(ler)i:

Geçmiş Tıbbi Öyküsü:

Çocukluk Hastalıkları:

Aşlamalar:

Erişkin Hastalıkları:

Hastaneye Yatma Öyküsü:

Yaralanma, Kaza Öyküsü:

Operasyon Öyküsü:

Transfüzyon Öyküsü:

Şimdiki Sağlık Durumu:

Kullandığı İlaçlar:

Bitkisel Ürünler:

Allerji Öyküsü:

Beslenme tarzı:

Egzersiz

Yapılan aktivite

Haftanın kaç günü

Süresi:dk

Aktivite: () gezinti () hafif () ağır

Hiç tütün ürünü kullandınız mı?

- Halen kullanıyor: paket/yıl
- Eski kullanıcı (Ne zaman bırakmış?):
- Hiç kullanmamış
- Bırakmak istiyor mu?

Alkol kullanıyor musunuz?

Haftada kaç gün alkol kullanıyorsunuz?

Ne kadar içiyorsunuz?

Geçen ay içinde bir seferde en fazla ne kadar içtiniz?

Alkol kullanımı ile ilgili bir sorunuz oldu mu?

Alkolü kesmeniz ya da azaltmanız gerektiğini düşündünüz mü? Evet Hayır

Çevrenizdeki insanlar alkol kullanımından dolayı sizi eleştirdiler mi? Evet Hayır

İçmekten dolayı kendinizi kötü ya da suçlu hissettiniz mi? Evet Hayır

Sabah uyandığınızda kendinize gelmek ya da akşamdan kalma belirtilerini yok etmek için hiç ilk iş olarak alkol aldınız mı? Evet Hayır

Aile öyküsü:

Ailede yaşlandıkça boy ksalması, kalça kırığı, kemik erimesi var mı?

55 yaş öncesi kalp krizi/göğüs ağrısı öyküsü var mı?

Ailede kanser öyküsü var mı?

Akciğer kanseri:

Kolon kanseri:

Meme kanseri:

Serviks kanseri:

Kişisel ve sosyal öykü:

Eğitim:

Günlük yaşam koşulları:

Destek, ikincil kazanımlar:

Cinsel öykü:

Yaşama ilişkin önemli olaylar:

Sağlığa ilişkin önemli inançlar ve eğilimler:

SİSTEM SORGULAMASI:

GENEL:

Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz? çok iyi iyi kötü çok kötü

Pek çok hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz?

Son zamanlarda kilonuzda herhangi bir değişiklik var mı?

Değişikliğin yemekle bir ilişkisi var mı?

Kendinizi halsiz yorgun hissettiğiniz oluyor mu?

Ateşiniz oluyor mu?

DERİ:

Derinizde, saçınızda tırnaklarınızda herhangi bir değişiklik fark ettiniz mi?

Ben boyutu ve renk değişikliği?:

BAŞ:

Başınızla ilgili bir sorun var mı? Baş ağrısı - baş dönmesi

GÖZLER:

Görmeniz nasıldır? Gözlük kullanıyor musunuz? Ne zamandan beri?

Gözlerinizle ilgili hiç sorunuz oldu mu? Bulanık görme:

KULAKLAR:

Duymanız nasıldır? Çınlama: Ağrı, akıntı:

BURUN VE SİNÜSLER:

Burunla ilgili akıntı, tıkanıklık, ağrı, kanama var mı?

AĞIZ, BOĞAZ VE BOYUN:

Ağız veya boğazınızla ilgili söylemek istediğiniz bir sorun var mı? Kanama, ağrı, morarma?

Boynunuzda hiç şişkinlik fark ettiniz mi?

MEMELER:

Memenizde şişkinlik, ağrı, akıntı fark ettiniz mi?

Mamografi yaptırdınız mı? Ne zaman? Sonucu nasıl çıktı?

GÖĞÜS:

Çarpıntı oluyor mu? Göğüs ağrısı oluyor mu?

Dinlenirken mi yoksa hareket halindeyken mi daha fazla oluyor? Dinlenmeden kaç merdiven veya kat çıkabilirsiniz?

Solunum sıkıntısı oluyor mu? Solunum sıkıntısı dinlenirken mi yoksa hareket halindeyken mi daha fazla oluyor?

Akciğerlerinizden normalden farklı sesler geldiği oluyor mu?

Öksürüğünüz oluyor mu? Kaç yastıkta yatıyorsunuz?

Balgam var mı? Varsa rengi, kokusu, miktarı, devamlılığı? 24 saatte ne kadar balgam? Balgamla birlikte kan geldiği oldu mu?

Ayakkabılarınızın dar geldiği, parmağınızdaki yüzüklerin, giysilerinizin belinizi sıktığı olur mu?

Göz kapaklarınız sabahları şiş veya su toplamış olur mu?

SİNDİRİM:

Yutmada güçlük var mı? Midede yanma, ekşime, hazımsızlık?

Karın ağrısı, bulantı kusma? Barsak hareketleriniz nasıldır?

Dışkı boyutunda ya da sıklığında değişim var mı? İshal ya da kabızlık var mı?

İDRAR:

İdrar akım gücü, akım hızında değişiklik var mı?

İdrar yaparken yanma, kaşıntı, ağrı, kanama var mı?

Gece idrara çıkma var mı? Kaç kez? Sık tuvalete gitme var mı?

GENİTAL SİSTEM:

İlk adet tarihi:

Son adet tarihi:

Adetleriniz düzenli mi? Kaç gün sürer? Günde kaç pet kullanırsınız?

Adet öncesi ve esnasında ağrı olur mu?

Kaç gebeliğiniz oldu?

Düşük:

Kürtaj:

Akıntınız var mı?

Pap smear yaptırdınız mı?

Ne zaman?

Sonucu nasıl çıktı?

PERİFERİK DAMAR SİSTEMİ:

Durup dinlenmek zorunda kalmadan ne kadar yürüebilirsiniz?

Soğukta parmak uçlarınız renk değiştirir mi?

KAS İSKELET SİSTEMİ:

Hiç eklemlerinizde ağrı hissettiniz mi?

Sabah kaçta kalkarsınız?

Saat kaç gibi açılmış, gevşemiş hissedersiniz?

Ellerde titreme olur mu?

SİNİR SİSTEMİ:

Kendinizi sınırlı bir insan olarak görüyor musunuz?

Son 2 hafta içinde kendinizi mutsuz hissettiğiniz oldu mu?

Son 2 hafta içinde, çevrenizdeki şeylere karşı ilginizin azaldığını hissettiniz mi?

Hiç bayıldınız veya şuurunuz kapandı mı?

Herhangi bir yerinizde güçsüzlük var mı?

Hiç istemsiz hareketleriniz, uyuşma oldu mu?

HEMATOLOJİK SİSTEM:

Kolayca bir yeriniz kanar veya morarır mı?

ENDOKRİN SİSTEM:

Sıcak veya soğuk havayı mı tercih edersiniz?

Diğer insanlardan daha az veya daha çok mu terlersiniz?

Çok yeme, çok su içme var mı? Gece tuvalete kalkıyor musunuz?

FİZİK MUAYENE

Genel Durum: TA: Sağ / Sol: / mm/Hg Nb: /dk Boy: Kilo: Bel çevresi:

Cilt:

Gözler:

Kulaklar:

Burun:

Orofarinks:

Tiroid:

Memeler :

Kardiak Muayene:

Solunum Sistemi:

Abdomen:

CVAH:

Ekstremiteler.

Nörolojik Muayene:

SONUÇ

Ek-2 Etik kurul onayı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/ 806 .

28.02.2014

Sayın : Doç. Dr. Mustafa Fevzi DİKİCİ

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz 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 başlıklı OMÜ KAEK 2014/525 Karar nolu Dosya taraması nitelikli araştırma projeniz; Amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına; çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 27.02.2014 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof.Dr.Abdülkerim BEDİR
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Başkanı