T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN 18-65 YAŞ ARASI HASTALARIN ERİŞKİN PERİYODİK SAĞLIK MUAYENELERİ VE TARAMALAR HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Kürşat Şamil KURU

Aile Hekimliği Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

ESKİŞEHİR
2023

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN 18-65 YAŞ ARASI HASTALARIN ERİŞKİN PERİYODİK SAĞLIK MUAYENELERİ VE TARAMALAR HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Kürşat Şamil KURU

Aile Hekimliği Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Hüseyin BALCIOĞLU

ESKİŞEHİR
2023

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlığı'na,

Tıpta Uzmanlık Tezi olarak hazırlayıp sunduğum "Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran 18-65 Yaş Arası Hastaların Erişkin Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Taramalar Hakkında Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımca yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Bu tez çalışmasıyla ilgili tüm süreçler T.C. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı tarafından, 26.04.2022 tarihinde, 63 sayılı kararla onaylanmıştır.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Kürşat Şamil KURU
Tarih:
İmza:

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Dr. Kürşat Şamil KURU' ya ait "Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran 18-65 Yaş Arası Hastaların Erişkin Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Taramalar Hakkında Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi" adlı çalışma jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih:

Jüri Başkanı Doç. Dr. Hüseyin BALCIOĞLU
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Üye Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Üye Dr. Öğr. Üyesi Yasemin SAĞLAN
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu'nun … /…. / ….
Tarih ve ……/…. Sayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Atilla Özcan ÖZDEMİR
Dekan

TEŞEKKÜR

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda yapmış olduğum uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile yol gösteren değerli hocalarım Prof. Dr. İlhami Ünlüoğlu'na ve Doç. Dr. Hüseyin Balcıoğlu'na; kliniğimizde birlikte çalıştığım meslektaşım; Arş. Gör. Dr. Kerem Yiğithan Koçak'a yardımları ve destekleri için teşekkür ederim. Eğitim ve öğrenim hayatım boyunca maddi ve manevi olarak varlıklarını her zaman yanımda hissettiğim annem Meryem Kuru, babam Mustafa Kuru, abilerim Ömer Kuru ve Mehmet Kuru'ya; güzel sevgilim İclal'e ve son olarak yardımlarını benden esirgemeyen vefalı arkadaşım Bora Gökçe'ye sonsuz sevgi ve şükranlarımı sunarım.

ÖZET

Kuru, KŞ. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran 18-65 Yaş Arası Hastaların Erişkin Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Taramalar Hakkında Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2023. Bu çalışma, 1.6.2022-1.12.2022 tarihleri arasında çeşitli şikayetler ile polikliniğimize başvuran 255 hasta ile yapılmıştır. Hazırlanan anket formu, yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurularak veriler toplanmış; bu sayede katılımcıların erişkin periyodik sağlık muayeneleri ve taramalar hakkındaki bilgi düzeylerini değerlendirmek ve bilgi düzeylerinin sosyodemografik özellikleriyle ilişkisini ortaya koymak amaçlanmıştır. Katılımcıların %61,6'sı (n=157) kadın, %38,4'ü (n=98) erkek; yaş ortalamaları ise 31,5±12,3 olarak bulundu. Katılımcıların %87,8'inin (n=224) kronik hastalığı bulunmazken, %12,2'sinin (n=31) kronik hastalığı bulunmaktaydı. Katılımcıların %32,2'si (n=82) sigara; %35,7'si (n=91) ise alkol kullanıyordu. Katılımcıların toplam bilgi düzeyi puanı ortalaması 14,3±3,0 bulundu. Lise ve altında öğrenim düzeyine sahip olanlar katılımcıların %21,2'sini (n=54) oluştururken, üniversite ve üstünde bu oran %78,8 (n=201) idi. Üniversite ve üstü öğrenim düzeyine sahip olanların bilgi düzeyleri istatiksel anlamlı olarak daha yüksekti (p<0,001). Katılımcıların %22'si (n=56) sağlık çalışanıydı. Sağlık çalışanlarının bilgi düzeyi puanı, sağlık çalışanı olmayanlara göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti (p<0,001). Katılımcıların yaşları ve beden kitle indeksleri ile bilgi düzeyleri arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmasına rağmen; ilişki düşük düzeydeydi. Diğer parametreler ile bilgi düzeyi puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Sonuç olarak; katılımcıların bilgi düzeyi yüksekti. Ancak çalışmamızın sınırlılıkları göz önünde bulundurulduğunda, bu konuda literatürde daha fazla çalışmanın yer alması gerektiği düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Periyodik sağlık muayeneleri, aile hekimliği, koruyucu hekimlik, bilgi düzeyi

ABSTRACT

Kuru, KS. Evaluation of Knowledge Levels of Patients Aged 18-65 Applying to the Family Medicine Clinics at Eskisehir Osmangazi University Regarding Adult Periodic Health Examinations and Screenings. Specialization Thesis in Medicine, Department of Family Medicine, Eskisehir Osmangazi University Faculty of Medicine, Eskisehir, 2023. This study was conducted with 255 patients who presented to our clinic with various complaints between 1.6.2022 and 1.12.2022. The prepared survey form was filled out through face-to-face interviews to collect data, aiming to assess participants' knowledge levels about adult periodic health examination and screenings and reveal the relationship between their knowledge levels and sociodemographic characteristics. Of the participants, 61.6% (n=157) were female, 38.4% (n=98) were male, and the mean age was found to be 31.5±12.3. While 87.8% (n=224) of the participants had no chronic illness, 12.2% (n=31) had a chronic illness. Among the participants, 32.2% (n=82) were smokers, and 35.7% (n=91) consumed alcohol. The mean total knowledge level score of the participants was found to be 14.3±3.0. While participants with a high school education or below constituted 21.2% (n=54), those with a university education or above accounted for 78.8% (n=201). Participants with a university education or above had significantly higher knowledge levels ($p<0.001$). 22% (n=56) of the participants were healthcare workers. The knowledge level score of healthcare workers was significantly higher compared to non-healthcare workers ($p<0.001$). Although there was a negative significant relationship between participants' age, body mass index, and knowledge levels, the correlation was weak. There was no significant relationship between knowledge level score and other parameters. In conclusion, the participants had a high level of knowledge. However, considering the limitations of our study, we believe that more research should be conducted in the literature on this topic.

Key Words: Periodic health examinations, family medicine, preventive medicine, knowledge level

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER	x
TABLOLAR	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.2 Aile Hekimliği Disiplininin Özellikleri	3
2.3 Aile Hekimliğinin Temel Yeterlilikleri	4
2.3.1 Birinci Basamak Yönetimi	5
2.3.2 Kişi Merkezli Bakım	5
2.3.3 Özgün Problem Çözme Yetenekleri	5
2.3.4 Kapsamlı Yaklaşım	5
2.3.5 Toplum Yönelimli Olma	5
2.3.6 Bütüncül Yaklaşım	6
2.4 Koruyucu Sağlık Hizmetleri	6
2.5 Periyodik Sağlık Muayeneleri Ve Taramalar	7
2.5.1 Periyodik Sağlık Muayenelerinin Tanımı	8
2.5.2 Periyodik Sağlık Muayenelerinin Tarihçesi	8
2.5.3 Periyodik Sağlık Muayeneleri Rehberinin Hazırlanması	9
2.5.4 Tarama Testlerinin Oluşturulma Kriterleri	16
2.5.5 Türkiye’de Erişkin Periyodik Sağlık Muayeneleri Ve Taramalar	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1 Araştırmanın Tipi	18
3.2 Araştırmanın Yeri	18
3.3 Araştırmanın Evreni	18
3.3.1 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	18

3.3.2 Araştırmadan Dışlanma Kriterleri 18
3.4 Verilerin Toplanması 18
3.5 Araştırma Verilerinin Analizi 19
3.6 İzinler 20
4. BULGULAR 21
4.1. Tanımlayıcı Bulgular 21
4.2. Analitik Bulgular 33
5. TARTIŞMA 40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 49
KAYNAKLAR 50

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AAA	Abdominal Aort Anevrizması
AMA	American Medical Association
ACPM	The American College of Preventive Health Care
BKİ	Beden Kitle İndeksi
BRCA	Breast Cancer Susceptibility Gene
CTFPHC	Canadian Task Force on Preventive Health Care
CYBH	Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
FDA	U.S. Food and Drug Administration (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi)
HBV	Hepatit B Virüsü
HCV	Hepatit C Virüsü
HDL	High-Density Lipoprotein
HIV	Human Immunodeficiency Virus (İnsan İmmun Yetmezlik Virüsü)
HLS-EU	European Health Literacy Survey
HrHPV	High-Risk Human Papilloma Virüs
LDL	Low-Density Lipoprotein
LTBI	Latent Tüberküloz Enfeksiyonu
MHRS	Merkezi Hekim Randevu Sistemi
PSM	Periyodik Sağlık Muayeneleri
Rh	Rheus Faktör
TC	Türkiye Cumhuriyeti
Tg	Trigliserid
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
USPSTF	United States Preventive Task Force
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practioners/Family Physicians

ŞEKİLLER

Sayfa

2.1. Aile Hekimliği Temel Yeterlilikleri 6

TABLOLAR

Sayfa

2.1. USPSTF öneri kategorileri (23). 10
2.2. Periyodik sağlık muayenesi için USPSTF önerileri (24). 11
2.3. Taramanın ilkeleri (26). 16
2.4. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu PSM önerileri (5). 17
4.1. Katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımı. 21
4.2. Katılımcıların yaş dağılımı. 21
4.3. Katılımcıların medeni durumlarına göre dağılımı. 21
4.4. Katılımcıların öğrenim düzeylerine göre dağılımı. 22
4.5. Katılımcıların gruplandırılmış öğrenim düzeylerine göre dağılımı. 22
4.6. Katılımcıların mesleklerine göre dağılımı. 23
4.7. Katılımcıların meslek gruplarına göre dağılımı. 23
4.8. Katılımcıların sigara içme durumlarına göre dağılımı. 23
4.9. Sigara içen katılımcıların sigara paket/yıl ortalaması. 24
4.10. Katılımcıların alkol içme durumlarına göre dağılımı. 24
4.11. Alkol içen katılımcıların alkol kadeh/ay ortalaması. 24
4.12. Katılımcıların düzenli olarak egzersiz yapmalarına göre dağılımı. 25
4.13. Düzenli egzersiz yapan katılımcıların egzersiz dakika/hafta ortalaması. 25
4.14. Katılımcıların beden kitle indeksi (BKİ) ortalaması. 25
4.15. Katılımcıların ailesinde sağlık çalışanı olma durumuna göre dağılımı. 26
4.16. Katılımcıların ailesinde bulunan sağlık meslek gruplarının dağılımı. 26
4.17. Katılımcıların kronik hastalık bulunma durumlarına göre dağılımı. 27
4.18. Katılımcılarda bulunan kronik hastalıkların dağılımı. 27
4.19. Katılımcıların ailesinde kronik hastalık olma durumlarına göre dağılımı. 27
4.20. Katılımcıların ailesinde bulunan kronik hastalıkların dağılımı. 28
4.21. Katılımcıların aile hekiminin bulunma durumlarına göre dağılımı. 28
4.22. Katılımcıların aile hekimlerini ziyaret sıklıklarına göre dağılımı. 29
4.23. Birinci bilgi düzeyi sorusunun cevapları dağılımı. 30
4.24. 2-18. Bilgi düzeyi sorularının cevapları dağılımı. 31
4.25. Katılımcıların toplam bilgi düzeyi puanı ortalaması. 33
4.26. Cinsiyet ve toplam bilgi düzeyi puanı ilişkisi. 34

4.27. Yaş ve toplam bilgi düzeyi puanı ilişkisi. 34
4.28. Medeni durum ve toplam bilgi düzeyi puanı ilişkisi. 34
4.29. Beden kitle indeksi ve toplam bilgi düzeyi puanı ilişkisi. 35
4.30. Gruplandırılmış öğrenim düzeyi ve toplam bilgi düzeyi puanı ilişkisi. 35
4.31. Meslek grupları ve toplam bilgi düzeyi puanı ilişkisi. 35
4.32. Sigara içme ve toplam bilgi düzeyi puanı ilişkisi. 36
4.33. Alkol içme ve toplam bilgi düzeyi puanı ilişkisi. 36
4.34. Düzenli olarak egzersiz yapma ve toplam bilgi düzeyi puanı ilişkisi. 36
4.35. Ailesinde sağlık çalışanı olma ve toplam bilgi düzeyi puanı ilişkisi. 37
4.36. Kronik hastalığı olma ve toplam bilgi düzeyi puanı ilişkisi. 37
4.37. Ailesinde kronik hastalık olma ve toplam bilgi düzeyi puanı ilişkisi. 38
4.38. Aile hekimi bulunma ve toplam bilgi düzeyi puanı ilişkisi. 38
4.39. Toplam bilgi düzeyi puanına etkiyen faktörleri değerlendiren çok değişkenli doğrusal regresyon modeli. 39

1. GİRİŞ

Periyodik sağlık muayenesi (PSM), henüz hastalık belirtisi bulunmayan sağlıklı kişilerin, tarama muayeneleri ve testleri ile danışmanlık ve sağlık eğitimi aracılığıyla, sağlıklarının korunmasına katkıda bulunmak üzere yapılan düzenli sağlık kontrolleridir (1). Canadian Task Force on Preventive Health Care (*CTFPHC)* ise periyodik sağlık muayenesini, kişinin hastalık geliştirme riskinin belirlenmesi ya da mevcut asemptomatik hastalıkların erken tanısını koyabilmek üzere, hem birincil hem de ikincil korumayı kapsayan bir dizi etkinlik olarak tanımlamıştır (2). PSM hastanın yaşı, cinsiyeti ve risk etmenleri gözetilerek oluşturulan, kanıta dayalı koruyucu hizmetleri sunmayı içerir; bu bağlamda PSM uygulaması ile amaçlanan kişilerin değiştirilebilir risk faktörlerinin ve tedavi edilebilir hastalıklarının saptanması, bunlara yönelik gerekli önlemlerin alınması ve böylece mortalite ve morbiditenin azaltılmasıdır (3).

Kronik hastalıklar nedeniyle dünyada her yıl, yaklaşık 41 milyon insan hayatını kaybetmektedir. Bu sayı tüm dünyadaki yıllık ölümlerin yaklaşık %71'ine denk gelmektedir (4). Kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kronik akciğer hastalıkları ve serebrovasküler hastalıklar tüm dünyada başı çeken kronik hastalıklardandır. Çevresel ve genetik faktörler, tütün kullanımı, yetersiz fiziksel aktivite, sağlıksız beslenme, aşırı alkol kullanımı ve obezite, kronik hastalıkların başlıca risk faktörlerindendir. Görüldüğü üzere; kronik hastalıklara bağlı meydana gelen mortalite ve morbiditeyi arttıran bu risk faktörlerinin çoğu önlenebilir ve değiştirilebilir nedenlerden oluşmaktadır (4,5).

Koruyucu hizmetler ve sağlığın korunması aile hekimliği pratiğinin merkezinde yer almaktadır; bu nedenle aile hekimliği bireye yönelik bütüncül yaklaşım tarzı ile koruyucu hizmetlerin yürütülmesinde belirgin bir şekilde ön planda yer almaktadır. Tıp eğitimi ve araştırmalar ilgilerini daha çok hastalıkların tanımlanması ve tedavileri üzerine yoğunlaştırırken; aile hekimliği bütüncül yaklaşımı ile her birey için risk faktörlerini değerlendirir ve uygun koruyucu sağlık hizmetlerini sunar. Böylelikle hastalıkların meydana gelmesini geciktirir, yaşam süresini uzatır ve yaşam kalitesini arttırır. Tüm bu sebepler göz önünde bulundurulduğunda;

Her hasta ziyareti, koruyucu sağlık hizmetleri, danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin verilmesi için bir fırsat olarak görülmeli, hastalar risk faktörleri açısından gözden geçirilip gerekli tarama testleri yapılmalı, eğitim ve danışmanlık hizmetleri verilmelidir (1).

Ülkemizde ve dünyada erişkin periyodik sağlık muayeneleri ve taramalar hakkında bilgi düzeyi konusunda yeterli sayıda çalışma bulunmadığı görülmektedir. Bu çalışmada 18-65 yaş arası erişkin hastaların aile hekimliklerinde yapılan periyodik sağlık muayenesi ve taramalar hakkında ne düzeyde bilgi sahibi olduklarını incelemek, sahip oldukları bilgi düzeylerinin sosyodemografik özellikleriyle ilişkisini tespit etmek ve toplumda erişkin periyodik sağlık muayeneleri ve taramalar hakkında bilinç ve farkındalık oluşturmak amaçlanmıştır. Çalışmanın bir diğer amacı ise periyodik sağlık muayeneleri ve taramalar ile ilgili literatüre katkıda bulunmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Aile Hekimliği Tanımı

Leeuwenhorst 1974 tanımına göre; genel pratisyen yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık merkezine bağlı nüfusa, kişisel ve sürekli temel sağlık hizmeti sunan tıp fakültesi mezunudur. *WONCA* 1991 tanımına göre; genel pratisyen ya da aile hekimi, esas olarak tıbbi bakım arayan herkese kapsamlı bakım sağlama ve gerektiğinde diğer sağlık çalışanlarını harekete geçirme sorumluluğu taşıyan hekimdir. Olesen 2000 tanımına göre; genel pratisyen, sağlık sisteminin ön safında çalışmak ve hastaların sahip olabileceği herhangi bir sağlık sorunu (sorunları) için bakım sağlayıcı ilk adımları atmak üzere eğitilmiş uzmandır. *WONCA* 2005 tanımına göre; genel pratisyenlik/aile hekimliği, kendi eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır (6).

Diğer uzmanlık alanlarında olduğu gibi aile hekimliği disiplininin ortaya çıkışı da bir ihtiyaç sonucu olmuştur. Bu ihtiyaç ilk defa Francis Peabody tarafından 1923 senesinde ‘‘tıp bilimlerinde meydana gelen aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığı ve hastaları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık alanının gerekliliği’’ şeklinde dile getirilmiştir. Bu görüşün ilk yansıması İngiltere’de Royal Collage of General Practitioners’ın 1952’ de kuruluşudur. Takip eden yıllarda American Association (Amerikan Tıp Birliği)’ın Milis ve Willard Raporlarını yayınlaması üzerine 1969 senesinde yeni bir uzmanlık dalı olarak ‘‘Aile Hekimliği’’ tanınmış ve Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (Board of Family Pracitce) kurulmuştur (7–11).

Hollanda’da 1974 senesinde aile hekimliği uzmanlığının tüm dünyada kabul görmüş bir tanımı ‘‘Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi’’ toplantısında birinci basamak hekimliğinin, insanı organ ya da sistemlerini esas alarak inceleyen diğer klinik branşlardan farklı bir uzmanlık alanı olduğu vurgulanarak yapılmıştır (7,9–11).

2.2 Aile Hekimliği Disiplininin Özellikleri

Disiplinin temelde 12 özelliği bulunmaktadır (12).

1) Kullanıcıların yaş, cinsiyet veya diğer özelliklerinden bağımsız olarak, ne olursa olsun tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenen, açık ve sınırsız erişim sağlayan sağlık sistemi içerisindeki ilk tıbbi temas noktasıdır.
2) Sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer uzmanlık alanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına savunucu bir rol üstlenip diğer uzmanlıkların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek sağlık kaynaklarının etkili bir şekilde kullanılmasını sağlar.
3) Bireye, çevresine ve ailesine yönelik, kişi merkezli bir yaklaşım geliştirir.
4) Multi-disipliner, güvene dayalı ve kişi merkezli yaklaşımı ile hastayı kendi kendini geliştirmesi için destekler.
5) Doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen, etkili ve benzersiz bir görüşme süreci vardır.
6) Hasta ihtiyaçlarının belirlediği şekilde sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanmasından sorumludur.
7) Toplumdaki hastalıkların prevelans ve insidansı tarafından belirlenen, kendine has bir karar verme süreci vardır.
8) Hastaların akut ve kronik rahatsızlıklarını bir arada yönetir.
9) Gelişiminin erken evresindeki, henüz farklılaşmamış ve acil müdahale gerektirebilecek hastalıkları yönetir.
10) Uygun ve etkili müdahalelerde bulunarak hem sağlığı hem de esenliği teşvik eder.
11) Toplum sağlığı için özel bir sorumluluğu vardır.
12) Sağlık sorunlarını fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel ve varoluşsal boyutlarıyla birlikte değerlendirir.

2.3 Aile Hekimliğinin Temel Yeterlilikleri

Aile hekimliği disiplininin 12 temel özelliği her aile hekimi uzmanının ustalaşmasını gerektiren 12 yetenek ile ilişkilidir. Bu özellikler 6 temel yeterlilik olarak ifade edilebilir (12).

2.3.1 Birinci Basamak Yönetimi

Hastalarla ilk temasın yönetimi, etkili ve uygun sağlık hizmetinin sunulması;

Sağlık bakımının birinci basamaktaki diğer uzmanlar ve gerektiğinde diğer uzmanlık alanlarıyla koordine edilmesi;

Sağlık bakımının kalite ve güvenliğini izlemek, değerlendirmek ve iyileştirmek vb. becerileri kapsar.

2.3.2 Kişi Merkezli Bakım

Hastalar ve sorunlarıyla ilgilenirken, hastanın içinde bulunduğu şartları da gözeterek kişi merkezli yaklaşım benimseyebilme;

Yapılan hasta görüşmesini, hastanın özerkliğine de saygı duyarak etkin bir şekilde uygulayabilme ve geliştirebilme;

İletişim kurabilme, öncelikleri belirleyebilme ve hastayla ortaklık içinde hareket edebilme vb. yetenekleri içerir.

2.3.3 Özgün Problem Çözme Yetenekleri

Kendine has karar verme süreçlerini toplumdaki hastalıkların prevelans ve insidanslarıyla ilişkilendirebilme;

Gerektiğinde acil müdahalede bulunabilme;

Teşhis ve tedaviye yönelik uygulamaların etkin ve verimli kullanımını sağlama;

Erken ve henüz farklılaşmamış durumları yönetebilme vb. yetileri içerir.

2.3.4 Kapsamlı Yaklaşım

Bireyin çoklu şikâyet ve patolojilerini, akut ve kronik sağlık sorunlarını eş zamanlı yönetebilme;

Hastalıkları önleme ve sağlığı geliştirme yöntemlerini uygun şekilde kullanarak sağlığı ve esenliği teşvik edebilme,

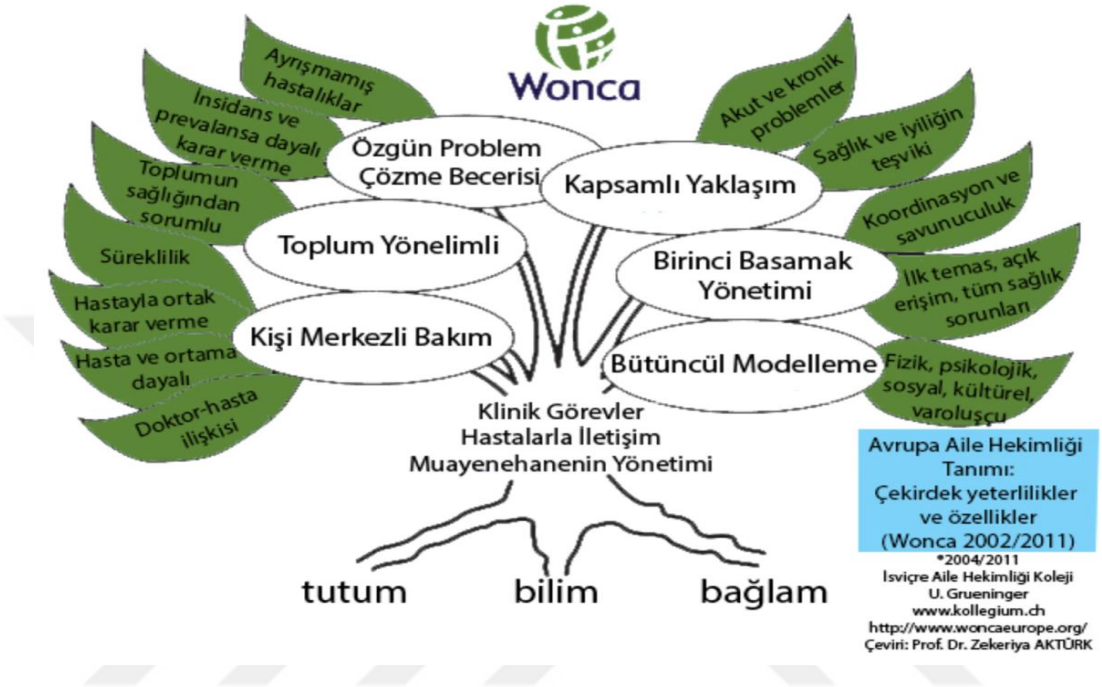
Sağlığı geliştirme, koruma, sağaltım, bakım, palyasyon ve rehabilitasyonu yönetebilme ve koordine edebilmeyi içerir.

2.3.5 Toplum Yönelimli Olma

Hastaların bireysel sağlık ihtiyaçları ile yaşadıkları toplumun sağlık ihtiyaçlarının, mevcut kaynaklar açısından denge içinde tutabilme becerisini kapsar.

2.3.6 Bütüncül Yaklaşım

Kültürel ve varoluşsal boyutları dikkate alan bir biyopsikososyal model kullanabilmeyi içerir.



Şekil 2.1. Aile Hekimliği Temel Yeterlilikleri

2.4 Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Eğitim ve gelir miktarındaki artış, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması gibi faktörler tahmini yaşam süresinin artışına yol açmaktadır. Bu arzulanan bir durum olmakla birlikte beraberinde bulaşıcı olmayan hastalıkların sıklığında artmaya sebebiyet vermektedir. Böylelikle kronik hastalıklar tüm ülkelerde sağlık hizmetleri zorlamakta ve sağlık bütçesinin büyük bir kısmını kapsamaktadır (13,14).

Aile hekimleri yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmadan, hastanın sağlıklı olmasını sağlama ve iyilik durumunu geliştirmek amacıyla sürekli ve kapsamlı bakım sağlamadan sorumludur. Bu amaçla tedavi edici hizmetler ve koruyucu sağlık hizmetlerini beraber sunar (15).

Koruyucu Sağlık Hizmetleri; sağlık eğitimi, bağışıklama, risk değerlendirmesi, doğum öncesi ve sonrası kontroller, sağlıklı bebek bakımı, aile

planlaması ve taramalar gibi benzer hizmetleri içerir (16). Genellikle primer korunma, sekonder korunma ve tersiyer korunma olmak üzere sınıflandırılmaktadır;

Primer Korunma; bir kişide ya da bir popülasyonda, bir sağlık problemini meydana gelmeden önce önlemeye veya problemin nedenini ortadan kaldırılmaya yönelik yapılan eylemlerdir. Bağışıklama örnek olarak verilebilir.

Sekonder Korunma; bir kişi ya da bir popülasyonda, bir sağlık sorununu erken evrede saptama, hastalığın sağaltımını kolaylaştırmak, hastalığın yayılmasını ve uzun dönem etkilerini önlemek veya azaltmaya yönelik eylemleri içerir. Taramalar, olgu bulmak ve erken teşhis örnek olarak verilebilir.

Tersiyer Koruma; akut veya kronik sağlık problemlerinin neden olduğu fonksiyon kayıplarını en aza indirmek yoluyla bireyde ya da bir popülasyonda, bir sağlık sorununun kronik etkilerini azaltmak üzere yapılan eylemleri içerir. Rehabilitasyonu da kapsar. Diyabet komplikasyonlarının önlenmesi örnek verilebilir (17).

The American College of Preventive Medicine (*ACPM*)'e göre koruyucu hekimlik ise kişinin ve bireyin refahını geliştirmek amacıyla koruyucu sağlık bakımını teşvik etme uygulamasıdır. Amaç hastalığı, sakatlığı ve ölümü önlemektir (18).

Koruyucu sağlık hizmetleri uygulamaları arasında kuşkusuz en faydalı yöntemlerin başında periyodik sağlık muayeneleri ve taramalar gelmektedir.

2.5 Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Taramalar

Aile hekimlerinin görevleri, en genel haliyle, kendilerine bağlı bireylerin sağlıklarının korunması ve hastalandıklarında tedavi edilmeleridir. Bu görev tanımı biraz genişletildiğinde hastaların sağlık kayıtlarını tutmak, bağışıklama, birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin yürütülmesi ve ikinci ve üçüncü basamak bakımlarının koordine edilmesinin de aile hekimlerinin görevleri arasında bulunduğu görülmektedir (19).

İçinde bulunduğumuz şu dönemde ise koruyucu hizmetler ve bireyin ve toplumun sağlığının korunması, aile hekimliği uygulamasının tam merkezinde yer almaktadır (1).

2.5.1 Periyodik Sağlık Muayenelerinin Tanımı

Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri (PSM) sağlıklı görünen kişilerin görüşme, fizik bakı, laboratuvar testleri ve bağışıklama programları gibi birtakım enstrümanlar kullanılarak yaş, cinsiyet ve risk gruplarına göre belli aralıklarla değerlendirilmesini içeren düzenli sağlık kontrolleridir. PSM birinci basamak sağlık hizmetleri ile ikinci hatta üçüncü basamak sağlık hizmetleri arasında bir köprü görevi de üstlenmektedir. PSM bireye özgü riskleri değerlendirir ve başvuran kişi için danışmanlık ve eğitimi kapsayabilen özgün çözümler içerir (5).

2.5.2 Periyodik Sağlık Muayenelerinin Tarihçesi

Tarihteki ilk periyodik sağlık muayenesi veya taramanın kökeninin 1347 yılına, Papalık' ta bir genel evde, bir başrahibe ve bölge cerrahı tarafından yapılan ziyaretlere dayandığı düşünülmektedir. Bu ziyaretlerde cerrah, başrahibe eşliğinde kadınları muayene eder ve aralarında herhangi bir hastalığa yakalanmış olan varsa onu diğerlerinden ayırır, çalışmasına izin vermezdi (20).

Periyodik sağlık muayenesi ve taramaların kökenini belirlemek zor olsa da ilk kez 1861 yılında bir öneri olarak sunan İngiltere'de Royal Chest Hospital' de çalışan ünlü İngiliz tüberküloz ve göğüs hastalıkları uzmanı ve yazar Horace Dobell'dir. Dobell, periyodik muayenelerin gelecekteki hastalıkları önleyebileceğini ve yaşam kalitesini yükseltebileceğini ileri sürmüştür (20,21).

ABD'de ise ilk periyodik sağlık muayenesi önerilerinin ortaya çıkışı yirminci yüzyılın başlarındadır. Muhtemelen ilk öneren tıp camiasında önemli bir figür olan George Gould'dur. 1915 yılında American National Tuberculosis Association tarafından genel fizik muayeneler için özel bir hafta belirlenmesi, bu muayenelerin tüberküloz erken teşhisi için kullanımının popülerleşmesine yardımcı olmuştur (20).

1900' lü yılların başında hayat sigortası endüstrisi, risk katmanlarına ayırarak hastaları kapsamak adına hastaların tıbbi öykülerinin ve periyodik sağlık muayenelerinin kullanılmasını savundu ve yıllık fizik muayeneden geçen poliçe sahiplerinin beklenenden daha düşük ölüm oranına sahip olduklarını belirtti (21).

PSM, 1922 yılında American Medical Association (*AMA*) tarafından resmi olarak onaylandı ve 1923 yılında detaylandırılmış resmi bir rapor, Journal of the American Medical Association'da yayınlandı. Aynı yıl içinde American Medical

Association tarafından bir el kitabı yayınlandı ve bu el kitabı 1932, 1940 ve 1947 de revize edildi (20,22).

Periyodik sağlık muayeneleri üzerine yapılan önemli değerlendirmelerden ilki, 1975 yılında, Frame ve Carlson tarafından yapılan kapsamlı bir literatür taramasıdır. Bu çalışmayı takip eden 1976 yılında Kanada hükümetinin görevlendirdiği, çok disiplinli bir uzman paneli olan Canadian Task Force çalışmalara başladı ve grup ilk önerilerini (Canadian Task Force on the Periodic Health Examination) 1979 yılında yayınladı. Diğer bir önemli değerlendirme de 1984 yılında çalışmalarına başlayan United States Preventive Services Task Force (USPSTF) tarafından yapıldı. Grup ilk tavsiyelerini 1989 yılında yayınladı ve 1996 yılında güncelledi (22).

Ülkemizde ise Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Muayene ve Tarama Rehberi Çalışması üzerine ilk çalıştay 2011 yılında gerçekleşmiştir ve çıktılar aynı yıl yayınlanmıştır. Çalışma sonrasında gelen geri bildirimler üzerine, 2012 yılında ikinci bir çalıştayda rehberde birtakım düzeltmeler yapılmış, sonrasında 2014 yılında Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Muayene ve Tarama Testleri Rehberi adıyla son halini almıştır. Rehber hekimlere önerilen uygulamaları yaş gruplarını göz önünde bulundurarak ‘‘bebeklik ve çocukluk dönemi’’, ‘‘erişkin dönemi’’ ve ‘‘geriatrik dönem’’ olmak üzere 3 bölüme ayırmıştır (5).

2.5.3 Periyodik Sağlık Muayeneleri Rehberinin Hazırlanması

Periyodik sağlık muayeneleri rehberleri, birçok bilimsel araştırmadan elde edilen kanıtlar ışığında geliştirilen, ulusal ve uluslararası benzer rehberlerden yararlanılarak hazırlanan rehberlerdir. Yararlanılan kılavuzlarda bahsi geçen her önerinin bilimsel kanıt düzeyine yer verilmektedir (1).

Kılavuzlar hazırlanırken toplumların sağlıkla ilişkili değişkenlerinin farklılıklar gösterebileceği unutulmamalıdır; bu doğrultuda ülkeler, toplumun risk gruplarını göz önünde bulundurarak kendi önceliklerini saptamalı ayrıca testlerin ülkenin içinde bulunduğu ekonomik koşullara uygunluğu da göz önünde bulundurulmalıdır (1).

Tablo 2.1. USPSTF öneri kategorileri (23).

Önerinin Derecesi	**Tanımlama**	**Uygulama İçin Öneri**
A	Önerilir. Yararın önemine dair yüksek kesinlik mevcut.	Hizmeti verin/sağlayın.
B	Önerilir. Yararın orta düzeyde olduğuna yönelik yüksek kesinlik mevcut ya da yararın orta veya yüksek seviyede olduğuna yönelik orta düzeyde kesinlik mevcut.	Hizmeti verin/sağlayın.
C	Hizmetin rutin uygulanmasına karşı öneri mevcut. Yararın küçük olduğuna yönelik en azından orta düzeyde kesinlik mevcut.	Hizmetin verilmesini destekleyecek bireysel özellikler mevcut ise hizmeti verin/sağlayın.
D	Önerilmez. Hizmetin kesin bir faydası olmadığına veya zararının faydasından büyük olduğuna yönelik orta ya da yüksek seviyede kesinlik mevcut.	Hizmet verilmemeli.

Tablo 2.1. ‘‘**Devam**’’ USPSTF öneri kategorileri (23).

I	Mevcut kanıtlar hizmetin fayda-zarar düzeyini değerlendirmek yeterli değil. Kanıt mevcut değil, düşük düzeyde ya da tartışmalı olduğundan fayda-zarar dengesi belirlenemiyor.	Eğer hizmet verilecekse, hastalar hizmetin fayda ve zararları hakkında bilgilendirilmelidir.

Tablo 2.2. Periyodik sağlık muayenesi için USPSTF önerileri (24).

Revize Tarihi	**Uygulama Yönetimi**	**Kanıt Düzeyi**
2022	Risk altında bulunan veya cinsel olarak aktif adölesanlar ve yetişkinler sifiliz enfeksiyonu açısından taranmalıdır.	A
2022	Bir ya da daha fazla kardiyovasküler risk faktörü (lipit profil bozukluğu, hipertansiyon veya sigara kullanımı vb.) mevcut ve tahmini 10 yıllık kardiyovasküler olay riski %10 ve üzerindeki, 40-75 yaş arasındaki yetişkinlere statin reçete edilmelidir.	B
2021	Preeklampsi açısından yüksek riskli gebelere, 12. Gebelik haftasından itibaren koruyucu ilaç olarak düşük doz (81 mg) aspirin reçete edilmelidir.	B
2021	24 yaş ve altındaki bütün cinsel olarak aktif kadınlar ve 25 yaş ve üzeri yüksek risk altındaki kadınlara klamidya ve gonore taraması yapılması önerilmektedir.	B

Tablo 2.2. ‘‘**Devam**’’ Periyodik sağlık muayenesi için USPSTF önerileri (24).

2021	35-70 yaş aralığındaki aşırı kilolu ya da obez yetişkinlerde prediyabet ve tip 2 diyabet taraması yapılmalı ve hastalara önleyeci müdahaleler önerilmeli veya hastalar yönlendirilmelidir.	B
2021	Semptomu olmayan gebelerde 24. gebelik haftasından itibaren gestasyonel diyabet taraması yapılmalıdır.	B
2021	Gebelikte sağlıklı kilo alımını teşvik etmek ve aşırı kilo alımını önlemek için davranışsal danışmalık sunulması önerilmektedir.	B
2021	50-75 arasındaki tüm yetişkinlerde kolorektal kanser taraması yapılmalıdır.	A
2021	45-49 yaş arasındaki yetişkinlerde kolorektal kanser taraması yapılmalıdır.	B
2021	18 yaş ve üstündekiler ofis kan basıncı ölçümü ile hipertansiyon açısından taranmalıdır. Tedavi öncesinde klinik ortam dışı kan basıncı ölçümü ile tanı doğrulanmalıdır.	A
2021	20 paket-yıl sigara kullanımı hikayesi mevcut ya da son 15 yıl içinde sigarayı bırakmış, 50-80 yaş arası yetişkinlerde düşük doz bilgisayarlı tomografi ile akciğer kanseri taraması yapılmalıdır.	B
2020	Tüm yetişkinlerde tütün kullanım durumu sorgulanmalı, tütün kullanımının sona erdirilmesi tavsiye edilmeli, davranış değişiklikleri anlatılmalı ve gebelik durumu yok ise Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (*FDA*) onaylı tedavilerin başlanmasını önerir.	A
2020	Risk altındaki adölesan ve yetişkinler Hepatit B virüsü (*HBV*) açısından taranmalıdır.	B

Tablo 2.2. ‘‘**Devam**’’ Periyodik sağlık muayenesi için USPSTF önerileri (24).

2020	Eşlik eden kardiyovasküler risk faktörleri bulunan 18 yaş ve üstü kişilere, sağlıklı diyet ve fiziksel aktiviteyi teşvik eden davranışsal danışmanlık verilmelidir.	B
2020	Cinsel aktif tüm adölesanlara ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar (*CYBH)* açısından risk altındaki tüm yetişkinlere danışmanlık yapılması önerilmektedir.	B
2020	18 yaş ve üzeri tüm yetişkinlerde sağlıksız ilaç kullanımına ilişkin sorular sorularak tarama yapılması önerilir.	B
2019	18-79 yaş aralığındaki tüm yetişkinler Hepatit C virüsü (*HCV*) açısından taranmalıdır.	B
2019	65-75 yaş aralığındaki, hayatında hiç tütün kullanmamış erkekler Abdominal Aort Anevrizması (*AAA*) açısından, bir kere ultrasonografi ile taranmalıdır.	B
2019	Gebelerde, idrar kültürü yapılarak asemptomatik bakteriürü taraması yapılmalıdır.	B
2019	Meme kanseri bakımından yüksek risk altındaki ve ilaç yan etkileri bakımından düşük riskli, 35 yaş üstü kadınlara tamoksifen, raloksifen veya aromataz inhibitörleri gibi riski azaltan ilaçlar reçete edilmelidir.	B
2019	Kendisinde veya ailesinde meme, over, tuba uterina ya da periton kanseri hikayesi mevcut ya da *BRCA* 1 ve 2 mutasyonları nedeniyle ailesel yatkınlığı bulunan kadınlara risk değerlendirilmesi yapılmalı; risk yüksek saptanan kadınlar genetik danışmalık almalı, uygunsa genetik test yapılmalıdır.	B
2019	Gebe kadınlarda, doğum öncesindeki ilk ziyarette *HBV* taraması yapılmalıdır.	A

Tablo 2.2. ‘‘**Devam**’’ Periyodik sağlık muayenesi için USPSTF önerileri (24).

2019	15-65 yaş aralığındaki tüm kişilerde, riski yüksek olan daha genç veya daha yaşlı kişiler de dahil olmak üzere, doğum esnasında veya doğumda Human Immunodeficiency Virus (*HIV*) durumu belirsiz olanları da içerecek şekilde tüm gebelerde, *HIV* enfeksiyonuna yönelik tarama yapılmalıdır.	A
2019	*HIV* ile enfekte olma riski yüksek kişilere, temas öncesi etkili antiretroviral ajan ile profilaksi önerilmesi önerilmektedir.	A
2018	Gebelikte ve sonrasında postpartum depresyon açısından risk altındaki kişilere danışmanlık sağlanması ya da sevklerinin yapılması önerilmektedir.	B
2018	Gebeleri de içermek üzere 18 yaş ve üzeri tüm yetişkinlerde aşırı alkol alımının taranması ve bunu azaltmak amacı ile risk altındaki bu kişilere danışmanlık verilmesi önerilmektedir.	B
2018	Üreme dönemindeki tüm kadınlarda eş şiddeti taraması yapılmalı ve gerekli durumlarda destek sağlanması ya da yönlendirilmesini önerir.	B
2018	Beden Kitle İndeksi (*BKİ*) 30 veya üzerindekilere davranışsal danışmanlık sağlanmalıdır ya da yönlendirilmelidir.	B
2018	Tüm gebelere sifiliz enfeksiyonu için erken tarama yapılmalıdır.	A
2018	21-29 yaş aralığındaki kadınlar, her 3 yılda bir servikal sitoloji ile; 30-65 yaş aralığındaki kadınlar 3 yılda bir yalnızca servikal sitoloji, 5 yılda bir sadece yüksek riskli Human Papilloma Virüs (*hrHPV*) testi veya 5 yıllık aralarla sitoloji beraberinde *hrHPV* testi ile taranmalıdır. (Co-test)	A

Tablo 2.2. ‘‘**Devam**’’ Periyodik sağlık muayenesi için USPSTF önerileri (24).

2017	65 yaş ve üzeri kadınlarda ve 65 yaş altı postmenapozal dönemdeki kadınlarda klinik olarak risk durumu mevcut ise, osteoporotik kırıkların gelişiminin önlenmesi amacıyla, kemik ölçüm testi kullanılarak osteoporoz taraması yapılmalıdır.	B
2017	6 ay-24 yaş aralığındaki açık tenli kişilerde, cilt kanseri meydana gelme riskini azaltmaya yönelik, kişinin kendisine ya da ebeveynlerine, ultraviyole maruziyeti hakkında danışmanlık verilmelidir.	B
2017	Tüm gebelik süresi boyunca, kan basıncı ölçümleri ile kadınlarda preeklampsi taraması yapılmalıdır.	B
2016	Gebelik planlayan ya da gebe kalabilecek tüm kadınların günlük 0,4-0,8 mg folik asit takviyesi kullanması önerilmelidir.	A
2016	Gebelik sırasında ve doğum sonrası dönemde, emzirmeyi desteklemek için anneye danışmanlık verilmelidir.	B
2016	Yüksek risk altındaki kişilere, latent tüberküloz enfeksiyonu (*LTBI*) açısından tarama yapılmalıdır.	B
2016	Gebe ve doğum sonrası dönemdeki kadınlar da dahil olmak üzere yetişkinler depresyon açısından taranmalıdır.	B
2004	50-74 yaş aralığındaki kadınlar mamografi aracılığı ile iki senede bir kez meme kanseri için taranmalıdır.	B
2004	Tüm gebe kadınlara, ilk ziyaretlerinde Rh (D) kan grubu ve antikor testi yapılmalıdır.	A
2004	Babanın Rh(D) durumunun bilinmediği durumlarda, gebeliğin 24-28. haftalarında tüm Rh(D) – gebe kadınlara Rh (D) antikor testi tekrarı önerilmelidir.	B

2.5.4 Tarama Testlerinin Oluşturulma Kriterleri

Taramanın amacı, sağlıklı görünen bir toplumdaki belirli bir sağlık sorunu ya da durumu bakımından yüksek risk altında bulunan kişileri saptamaktır. Böylelikle belirlenen kişilere erken tıbbi müdahale veya tedavi sağlanabilir (25).

WHO'nun 1968 yılında yayımladığı raporda tarama testlerinin sahip olması gereken prensipler vurgulanmıştır. Wilson ve Jungner hazırladığı bu raporda tarama testlerinin karşılaması gereken ilkeler aşağıdaki tabloda verilmiştir (26).

Tablo 2.3. Taramanın ilkeleri (26).

1. Taramaya konu olan durum önemli bir sağlık sorunu olmalıdır.
2. Belirlenen hastalar için hastalığın kabul edilebilir bir tedavisi olmalıdır.
3. Hastalığın teşhis ve tedavi imkânı bulunmalıdır.
4. Taranacak hastalığın saptanabilir bir gizli ya da erken belirti veren dönemi bulunmalıdır.
5. Uygun bir test ya da muayene yöntemi bulunmalıdır.
6. Uygulanacak test toplum tarafından kabul görebilir olmalıdır.
7. Hastalığın latent döneminden ortaya çıkışına kadar olan süre de dahil olmak üzere doğal seyri bütünüyle anlaşılmış olmalıdır.
8. Kimlerin hasta olarak kabul görüp tedavi edileceği hakkında uzlaşmaya varılmış bir politika bulunmalıdır.
9. Hastalığın saptanmasının maliyeti ile sonrasında hastaya verilecek sağlık hizmetinin maliyeti dengeli olmalıdır.
10. Vaka saptanması bir kereye mahsus değil, devamlı bir süreç olmalıdır.

2.5.5 Türkiye'de Erişkin Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Taramalar

Türkiye'de T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Eğitim ve Geliştirme Başkanlığı tarafından, 2015 yılında, Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri adıyla bir rehber hazırlanmıştır. Rehberin erişkin periyodik sağlık muayenesi ve tarama testleri hakkındaki önerileri aşağıdaki tabloda belirtilmiştir (5).

Tablo 2.4. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu PSM önerileri (5).

1. Kardiyovasküler Olaylardan Korunmada Risk Değerlendirmesi
2. Tütün Ürünlerinin Kullanımı ve Pasif Etkilenim Durumunun Değerlendirilmesi
3. Kardiyovasküler Olaylardan Korunmada Aspirin Kullanımı (Erkek)
4. İskemik İnmeden Korunmada Aspirin Kullanımı (Kadın)
5. Arteriyel Tansiyon Takibi
6. Serum Lipit Profil Taraması (Tg, HDL ve LDL)
7. Diyabetes Mellitus Taraması
8. Tiroid Fonksiyon Anomalileri
9. Obezite Taraması
10. Tüberküloz Taraması
11. Meme Kanseri Taraması (Kadın)
12. Kolorektal Kanser Taraması (Kadın/Erkek)
13. Serviks Kanseri ve Prekanseröz Lezyonların Taranması (Kadın)
14. Prostat Kanseri (Erkek)
15. Kan ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların Taranması
16. Kemik Sağlığı Korunması Hakkında Bilgilendirme
17. Sekonder Osteoporoz ve Kırık Riski
18. Gebelerde Ağız ve Diş Sağlığı Eğitimi
19. Gebelerde Kan Grubu Tayini, Demir Eksikliği ve Hepatit B Taraması
20. Gestasyonel Diyabet Taraması
21. Nöral Tüp Defekti Profilaksisi İçin Folik Asit Önerilmesi
22. Orak Hücreli Anemi ve Talasemi Major Taraması
23. Alkol Kullanım Durumu Değerlendirilmesi
24. Depresyon
25. Erişkinlerde Bağışıklama
26. Uyuşturucu Madde Kullanımının Durumunun Değerlendirilmesi

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Araştırmamız, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine, 01.06.2022-01.12.2022 tarihleri arasında başvuran 18-65 yaş aralığındaki gönüllü katılımcıların erişkin periyodik sağlık muayeneleri ve taramaları hakkında ne düzeyde bilgi sahibi olduklarını belirlemeyi, sahip oldukları bilgi düzeylerinin sosyodemografik özellikleriyle ilişkisini tespit etmeyi ve toplumda periyodik sağlık muayeneleri ve taramaları hakkında bilinç ve farkındalık oluşturmayı amaçlayan tek merkezli, tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2 Araştırmanın Yeri

Çalışmamız Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerinde yapılmıştır.

3.3 Araştırmanın Evreni

Çalışmamızın evrenini, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine 01.06.2022-01.12.2022 tarihleri arasındaki 6 aylık süreçte başvuran, 18-65 yaş aralığındaki gönüllü katılımcılar meydana getirmektedir.

3.3.1 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

18-65 yaş aralığında (18 ve 65 yaşlar dahil değildir) olmak

Çalışmaya katılmayı kabul etmek

3.3.2 Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

18 yaşında veya 18 yaşının altında olmak

65 yaşında veya 65 yaşının üzerinde olmak

Çalışmaya katılmayı kabul etmemek

3.4 Verilerin Toplanması

Araştırmaya dahil olma kriterlerini karşılayan katılımcılara, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından 2015 yılında yayımlanan Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri rehberi baz alınarak

oluşturulan anket formu, yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurtularak veriler toplanmıştır. (Ek-1).

Anket formu; katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, olumsuz alışkanlıklarını, fiziksel aktivitelerini, aile veya yakın çevrelerindeki sağlık çalışanı varlığını, kendileri ve yakın çevrelerindeki kronik hastalıkları, aile hekimi bulunup bulunmadığını ve aile hekimine başvuru sıklığını sorgulayan, 16 soruluk birinci kısım ile; katılımcıların, erişkin periyodik sağlık muayeneleri ve taramaları taramalar hakkında bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla hazırlanan, 18 soruluk ikinci kısımdan oluşmaktadır.

Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm katılımcıların onamları, anket formu doldurulmadan önce, sözlü olarak alınmıştır. Anket formunda katılımcıların kimlik bilgilerini sorgulayan herhangi bir soru bulunmamaktadır. Katılımcıların çalışmaya katılmaktan vazgeçme ve soruları yanıtlamaya başladıktan sonra anketi yarıda bırakma haklarına sahip oldukları kendilerine belirtilmiştir.

Bu çalışma yapılırken bütçe desteği alınmamıştır. Çalışmanın Sosyal Güvenlik Kurumu'na herhangi bir maliyeti bulunmamaktadır. Araştırmanın yürütülmesi süresince ihtiyaç duyulan bütçe, araştırma ekibi tarafından karşılanmıştır.

3.5 Araştırma Verilerinin Analizi

Toplanan veriler bilgisayar ortamına aktarılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerde kategorik değişkenler sıklık ve yüzde, sürekli değişkenler ise aritmetik ortalama, standart sapma, en küçük değer ve en büyük değer ile gösterilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıp dağılmadıkları basıklık ve çarpıklık değerlerinin incelenmesinin yanı sıra Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. İki ortalamanın karşılaştırılmasında normal dağılım şartları sağlanmadığından dolayı Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında normal dağılım şartları sağlanmadığından Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. Toplam bilgi düzeyi puanını etkileyen değişkenleri belirlemek için çok değişkenli doğrusal regresyon analizi yapılmıştır.

Yapılan istatistik analizlerde güven aralığı %95, anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.6 İzinler

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 26.04.2022 tarihli, 63 sayılı kararı ile gerekli onay alınmıştır. (Ek-2).

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık, Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden 19.04.2022 tarihli, E-94987369-900-319249 sayılı karar ile tez çalışmasının Aile Hekimliği Polikliniği'nde yürütülmesi için gerekli izin alınmıştır. (Ek-3).

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Bu araştırmada toplam katılımcı sayısı 255 kişidir. Katılımcıların %61,6'sı (n=157) kadın, %38,4'ü erkektir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımı.

Cinsiyet	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Kadın	157	61,6
Erkek	98	38,4
Toplam	**255**	**100,0**

Katılımcıların yaşları ortalaması 31,5±12,3 olup, en küçük yaş 18, en büyük yaş 64'tür (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Katılımcıların yaş dağılımı.

	Aritmetik ortalama	**Standart Sapma**	**En Küçük Değer**	**En Büyük Değer**
Yaş	31,5	12,3	18	64

Katılımcıların %62,4'ü (n=159) bekâr, %37,6'sı (n=96) evlidir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Katılımcıların medeni durumlarına göre dağılımı.

Medeni Durum	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Bekâr	159	62,4
Evli	96	37,6
Toplam	**255**	**100,0**

Katılımcıların %8,2'si (n=21) ilkokul, %13,0'ı lise (n=33), %60,4'ü (n=154) üniversite ve %18,4'ü (n=47) yüksek lisans/doktora mezunudur (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Katılımcıların öğrenim düzeylerine göre dağılımı.

Öğrenim Düzeyi	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
İlkokul	21	8,2
Lise	33	13,0
Üniversite	154	60,4
Yüksek lisans/doktora	47	18,4
Toplam	**255**	**100,0**

Katılımcılar öğrenim düzeylerine göre iki gruba ayrılmıştır. Bu gruplandırmaya göre katılımcıların %21,2'si (n=54) lise ve altı, %78,8'i (n=201) üniversite ve üstü mezunudur (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Katılımcıların gruplandırılmış öğrenim düzeylerine göre dağılımı.

Gruplandırılmış Öğrenim Düzeyi	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Lise ve altı	54	21,2
Üniversite ve üstü	201	78,8
Toplam	**255**	**100,0**

Katılımcılar mesleklerine göre sınıflandırıldığında %43,9'unun (n=112) çalışmadığı, %22,0'ının (n=56) sağlık çalışanı olduğu, %20,0'ının (n=51) memur olduğu, %7,4'ünün (n=19) özel sektör çalışanı olduğu, %3,9'unun emekli olduğu (n=10), %2,0'ının (n=5) serbest meslek sahibi olduğu ve %0,8'inin (n=2) diğer meslek sahibi olduğu görülmüştür (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Katılımcıların mesleklerine göre dağılımı.

Meslek	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Çalışmıyor	112	43,9
Sağlık çalışanı	56	22,0
Memur	51	20,0
Özel sektör	19	7,4
Emekli	10	3,9
Serbest meslek	5	2,0
Diğer	2	0,8
Toplam	**255**	**100,0**

Katılımcılar mesleklerine göre gruplandırıldığında %22,0'ının (n=56) sağlık çalışanı olduğu ve %78,0'ının (n=199) sağlık çalışanı olmadığı görülmüştür (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Katılımcıların meslek gruplarına göre dağılımı.

Meslek Grupları	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Sağlık çalışanı olmayan	199	78,0
Sağlık çalışanı	56	22,0
Toplam	**255**	**100,0**

Katılımcıların %32,2'si (n=82) sigara içmekte, %67,8'i (n=173) sigara içmemektedir (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Katılımcıların sigara içme durumlarına göre dağılımı.

Sigara İçme Durumu	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Sigara içmiyor	173	67,8
Sigara içiyor	82	32,2
Toplam	**255**	**100,0**

Sigara içen katılımcıların sigara paket/yıl ortalama değeri 10,8±11,9 olup, en küçük değer 1, en büyük değer 56'dır (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Sigara içen katılımcıların sigara paket/yıl ortalaması.

	Aritmetik ortalama	**Standart Sapma**	**En Küçük Değer**	**En Büyük Değer**
Sigara Paket/Yıl	10,8	11,9	1	56

Katılımcıların %35,7'si (n=91) alkol içmekte, %64,3'ü (n=164) alkol içmemektedir (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Katılımcıların alkol içme durumlarına göre dağılımı.

Alkol İçme Durumu	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Alkol içmiyor	164	64,3
Alkol içiyor	91	35,7
Toplam	**255**	**100,0**

Alkol içen katılımcıların alkol kadeh/ay ortalama değeri 8,6±10,8 olup, en küçük değer 1, en büyük değer 72'dir (Tablo 11).

Tablo 4.11. Alkol içen katılımcıların alkol kadeh/ay ortalaması.

	Aritmetik ortalama	**Standart Sapma**	**En Küçük Değer**	**En Büyük Değer**
Alkol Kadeh/Ay	8,6	10,8	1	72

Katılımcıların %40,0'ı (n=102) düzenli olarak egzersiz yapmakta, %60,0'ı (n=153) düzenli olarak egzersiz yapmamaktadır (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Katılımcıların düzenli olarak egzersiz yapmalarına göre dağılımı.

Düzenli Egzersiz Yapma	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Düzenli egzersiz yapmıyor	153	60,0
Düzenli egzersiz yapıyor	102	40,0
Toplam	**255**	**100,0**

Düzenli olarak egzersiz yapan katılımcıların egzersiz dakika/hafta ortalama değeri 189,2±140,7 olup, en küçük değeri 20, en büyük değeri 720'dir (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Düzenli egzersiz yapan katılımcıların egzersiz dakika/hafta ortalaması.

	Aritmetik ortalama	**Standart Sapma**	**En Küçük Değer**	**En Büyük Değer**
Egzersiz Dakika/Hafta	189,2	140,7	20	720

Katılımcıların beden kitle indeksi (BKİ) ortalama değeri 24,2±4,6 olup, en küçük değer 15,1, en büyük değer 44,4'tür (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Katılımcıların beden kitle indeksi (BKİ) ortalaması.

	Aritmetik ortalama	**Standart Sapma**	**En Küçük Değer**	**En Büyük Değer**
BKİ	24,2	4,6	15,1	44,4

Katılımcıların %54,5'inin (n=139) ailesinde sağlık çalışanı bulunurken, %45,5'inin (n=116) ailesinde sağlık çalışanı bulunmamaktadır (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Katılımcıların ailesinde sağlık çalışanı olma durumuna göre dağılımı.

Ailede Sağlık Çalışanı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	139	54,5
Yok	116	45,5
Toplam	**255**	**100,0**

Katılımcıların %28,6'sının (n=73) ailesinde hemşire, %23,9'unun (n=61) ailesinde doktor, %7,8'inin (n=20) ailesinde sağlık memuru, %3,5'inin (n=9) ailesinde ebe, %3,1'inin (n=8) ailesinde diş hekimi, %2,4'ünün (n=6) ailesinde eczacı, %1,6'sının (n=4) ailesinde psikolog ve %1,6'sının (n=4) ailesinde diyetisyen bulunmaktadır (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Katılımcıların ailesinde bulunan sağlık meslek gruplarının dağılımı.

Ailedeki Sağlık Meslek Grupları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hemşire	73	28,6
Doktor	61	23,9
Sağlık memuru	20	7,8
Ebe	9	3,5
Diş hekimi	8	3,1
Eczacı	6	2,4
Psikolog	4	1,6
Diyetisyen	4	1,6

Katılımcıların %12,2'sinin (n=31) kronik hastalığı varken %87,8'inin (n=224) kronik hastalığı bulunmamaktadır (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Katılımcıların kronik hastalık bulunma durumlarına göre dağılımı.

Kronik Hastalık	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Var	31	12,2
Yok	224	87,8
Toplam	**255**	**100,0**

Katılımcıların %5,9'unda (n=15) hipertansiyon, %3,5'inde (n=9) kalp damar hastalığı, %3,1'inde (n=8) diyabet, %2,7'sinde (n=7) solunum yolu hastalığı, %1,6'sında (n=4) psikiyatrik hastalık ve %0,8'inde (n=2) kanser bulunmaktadır (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. Katılımcılarda bulunan kronik hastalıkların dağılımı.

Katılımcılarda Bulunan Kronik Hastalıklar	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Hipertansiyon	15	5,9
Kalp damar hastalığı	9	3,5
Diyabet	8	3,1
Solunum yolu hastalığı	7	2,7
Psikiyatrik hastalık	4	1,6
Kanser	2	0,8

Katılımcıların %65,5'inin (n=167) ailesinde kronik hastalık varken, %34,5'inin (n=88) ailesinde kronik hastalık bulunmamaktadır (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. Katılımcıların ailesinde kronik hastalık olma durumlarına göre dağılımı.

Ailede Kronik Hastalık	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Var	167	65,5
Yok	88	34,5
Toplam	**255**	**100,0**

Katılımcıların %40,4'ünün (n=103) ailesinde diyabet, %28,6'sının (n=73) ailesinde hipertansiyon, %16,5'inin (n=42) ailesinde kalp damar hastalığı, %8,2'sinin (n=21) ailesinde solunum yolu hastalığı, %7,1'inin (n=18) ailesinde kanser ve %3,1'inin (n=8) ailesinde psikiyatrik hastalık bulunmaktadır (Tablo 4.20).

Tablo 4.20. Katılımcıların ailesinde bulunan kronik hastalıkların dağılımı.

Katılımcıların Ailesinde Bulunan Kronik Hastalıklar	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Diyabet	103	40,4
Hipertansiyon	73	28,6
Kalp damar hastalığı	42	16,5
Solunum yolu hastalığı	21	8,2
Kanser	18	7,1
Psikiyatrik hastalık	8	3,1

Katılımcıların %96,5'inin (n=246) aile hekimi varken, %3,5'inin (n=9) aile hekimi bulunmamaktadır (Tablo 4.21).

Tablo 4.21. Katılımcıların aile hekiminin bulunma durumlarına göre dağılımı.

Aile Hekimi Bulunma Durumu	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Var	246	96,5
Yok	9	3,5
Toplam	**255**	**100,0**

Aile hekimi bulunan katılımcıların %0,4'ü (n=1) aile hekimini haftada bir ziyaret ederken, %15,8'i (n=39) ayda bir, %47,2'si (n=116) altı ayda bir, %30,9'u (n=76) yılda bir ziyaret etmektedir. Katılımcıların %5,7'si (n=14) aile hekimini hiç ziyaret etmediğini belirtmiştir (Tablo 4.22).

Tablo 4.22. Katılımcıların aile hekimlerini ziyaret sıklıklarına göre dağılımı.

Aile Hekimi Ziyaret Sıklığı	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Haftada bir	1	0,4
Ayda bir	39	15,8
Altı ayda bir	116	47,2
Yılda bir	76	30,9
Hiç ziyaret etmemiş	14	5,7
Toplam	**246**	**100,0**

“Sizce periyodik sağlık muayenesinin doğru tanımı aşağıdakilerden hangisidir?” şeklindeki birinci bilgi düzeyi sorusuna katılımcıların %55,7’si (n=142) “Hastalık belirtisi göstermeyen kişilerin, tarama muayene ve testleri ile, danışmanlık ve sağlık eğitimi yoluyla, sağlıklarının korunmasına katkıda bulunmak amacıyla yapılan düzenli sağlık kontrolüdür.” seçeneğini seçerek doğru cevap vermiştir. Katılımcıların %20,0’ı (n=51) “Herhangi bir yakınması olmayan sağlıklı kişilerde, tamamen kişinin isteğine bağlı olarak, risk faktörlerini gözetmeksizin yapılan ve her hastalığın önceden teşhisini sağlayabilen muayene ve tetkikler bütünüdür.” seçeneğini seçerek yanlış cevap vermiştir. Katılımcıların %15,7’si (n=40) “Periyodik sağlık muayenesi düzenli aralıklarla yapılan check uplardır.” seçeneğini seçerek yanlış cevap vermiştir. Katılımcıların %8,6’sı (n=22) “Şikayetler ortaya çıktıktan sonra, hastalığın teşhisinin konulabilmesi için belirli aralıklarla yapılan muayene ve tetkikler bütünüdür.” seçeneğini seçerek yanlış cevap vermiştir (Tablo 4.23).

Tablo 4.23. Birinci bilgi düzeyi sorusunun cevapları dağılımı.

Sizce periyodik sağlık muayenesinin doğru tanımı aşağıdakilerden hangisidir?	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Hastalık belirtisi göstermeyen kişilerin, tarama muayene ve testleri ile, danışmanlık ve sağlık eğitimi yoluyla, sağlıklarının korunmasına katkıda bulunmak amacıyla yapılan düzenli sağlık kontrolüdür. *	142	55,7
Herhangi bir yakınması olmayan sağlıklı kişilerde, tamamen kişinin isteğine bağlı olarak, risk faktörlerini gözetmeksizin yapılan ve her hastalığın önceden teşhisini sağlayabilen muayene ve tetkikler bütünüdür.	51	20,0
Periyodik sağlık muayenesi düzenli aralıklarla yapılan check uplardır.	40	15,7
Şikayetler ortaya çıktıktan sonra, hastalığın teşhisinin konulabilmesi için belirli aralıklarla yapılan muayene ve tetkikler bütünüdür.	22	8,6
Toplam	**255**	**100,0**

***Doğru Cevap

Katılımcıların bilgi düzeyini ölçen toplam 18 soru bulunmaktadır. Birinci bilgi düzeyi sorusu ve cevapları Tablo 4.23'te gösterilmiştir. Bilgi düzeyini ölçen 2-18. soruların seçenekleri "Evet", "Hayır" ve "Fikrim Yok" şeklindedir. 2. ve 15. bilgi düzeyi sorularında doğru cevap "Hayır" iken 3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,16,17 ve 18. bilgi düzeyi sorularında doğru cevap "Evet" tir. Katılımcılar her bilgi düzeyi sorusuna verdikleri doğru cevap "1" puan alırken, yanlış cevaplar için "0" puan almıştır. "Fikrim yok" cevabı verilen tüm sorular için de katılımcılara "0" puan verilmiştir. Böylece toplam bilgi düzeyi puanı oluşturulmuş olup, katılımcıların alabilecekleri en düşük puan "0", en yüksek puan "18" dir. Katılımcıların 2-18. bilgi düzeyi sorularına verdikleri cevapların dağılımı Tablo 4.24'te gösterilmiştir.

Tablo 4.24. 2-18. Bilgi düzeyi sorularının cevapları dağılımı.

	Evet		Hayır		Fikrim yok	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ailede erken yaşta kalp hastalığı hikayesi olmayan 40 yaş üstü bireylerde kalp ve damar hastalıklarına yönelik risk değerlendirmesi yapılmasına gerek yoktur.	18	7,1	**200**	**78,4**	37	14,5
45-65 yaş arası erkekler ve 55-65 yaş arası kadınlar günlük 81 mg aspirin kullanmalıdır.	**48**	**18,8**	60	23,5	147	57,7
18 yaşından herkesin en az yılda bir kez tansiyonu ölçülmelidir.	**210**	**82,4**	10	3,9	35	13,7
35 yaş üstü herkesin 5 yılda bir kolesterol değerlerine bakılmalıdır.	**215**	**84,3**	10	3,9	30	11,8
Fazla kilolu olmak, daha önceden bilinen insülin direnci, tansiyon hastalığı, yetersiz fiziksel aktivite, birinci derece akrabada şeker hastalığı vb. faktörler şeker hastalığı için risk oluşturur. Bunlara sahip olan kişilerin yaşlarından bağımsız olarak şeker hastalığı bakımından taranması gerekir.	**236**	**92,5**	4	1,6	15	5,9
Şeker hastaları her sene göz dibi muayenelerini yaptırmalıdır.	**190**	**74,5**	5	2,0	60	23,5
35 yaş üzeri herkesin beş yılda bir tiroid fonksiyon testlerine bakılmalıdır.	**201**	**78,8**	8	3,2	46	18,0

Tablo 4.24. ‘‘**Devam**’’ 2-18. Bilgi düzeyi sorularının cevapları dağılımı.

18-65 yaş arası herkesin yılda en az bir kez ağırlık, boy, beden kitle indeksi ve bel çevresi ölçümleri yapılmalıdır.	**228**	**89,4**	7	2,8	20	7,8
20 yaş üstü tüm kadınlar ayda bir kere kendi kendine meme muayenesi yapmalıdır.	**222**	**87,0**	6	2,4	27	10,6
Birinci derece akrabalarında meme kanseri hikayesi olan 20-40 yaş arası kadınlar, ayda bir kez kendi kendine meme muayenesi yanı sıra yılda bir kez hekim tarafından muayene edilmelidir.	**225**	**88,2**	6	2,4	24	9,4
50-70 yaş arası kişiler yılda bir kez dışkıda gizli kan; her on yılda bir de ek olarak kolonoskopi ile kolorektal kanser açısından taranmalıdır.	**212**	**83,1**	3	1,2	40	15,7
30-65 yaş arası her kadın, beş yılda bir sürüntü alınarak, rahim ağzı kanseri için taranmalıdır.	**205**	**80,4**	10	3,9	40	15,7
Ailesinde prostat kanseri öyküsü bulunan 40 yaş üzeri erkekler prostat kanseri açısından taranmalıdır.	**226**	**88,6**	6	2,4	23	9,0
65 yaş altında kişilerin kemik sağlığı açısından yeterli miktarda D vitamini, kalsiyum ve güneş ışığı alımı bakımından bilgilendirilmesine gerek yoktur.	34	13,3	**193**	**75,7**	28	11,0

Tablo 4.24. ‘‘**Devam**’’ 2-18. Bilgi düzeyi sorularının cevapları dağılımı.

18 yaş ve üzeri kişilerin uyuşturucu madde kullanımı sorgulanmalı ve uyuşturucu maddelerin sağlık üzerindeki olumsuz etkileri hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.	**238**	**93,3**	7	2,8	10	3,9
Alkol kullanımına bağlı sorun yaşadığı düşünülen bireylere; muhtemel sağlık riskleri ve alkol kullanımının zararları hakkında bilgilendirme yapılmalı ve tedavi için ilgili merkeze yönlendirilmelidir.	**246**	**96,5**	3	1,2	6	2,3
18-65 yaş grubundaki kişiler depresyon bakımından sorgulanmalıdır.	**217**	**85,1**	11	4,3	27	10,6

* Doğru cevaplar koyu punto ile gösterilmiştir.

Katılımcıların toplam bilgi düzeyi puanı ortalama değeri 14,3±3,0 olup, en küçük değer 2, en büyük değer 18’dir (Tablo 4.25).

Tablo 4.25. Katılımcıların toplam bilgi düzeyi puanı ortalaması.

	Aritmetik ortalama	**Standart Sapma**	**En Küçük Değer**	**En Büyük Değer**
Toplam Bilgi Düzeyi Puanı	14,3	3,0	2	18

4.2. Analitik Bulgular

Kadınların toplam bilgi düzeyi puanı ortalaması 14,7±2,3 iken erkeklerin toplam bilgi düzeyi puanı ortalaması 13,7±3,8’dir. Kadınlar ve erkeklerin toplam bilgi düzeyi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,017), (Tablo 4.26).

Tablo 4.26. Cinsiyet ve toplam bilgi düzeyi puanı ilişkisi.

Cinsiyet	**Sayı (n)**	**Toplam Bilgi Düzeyi Puanı**	**MWU**	**p**
Kadın	157	14,7±2,3		
Erkek	98	13,7±3,8	6917,0	0,170
Toplam	**255**	**14,3±3,0**		

Katılımcıların yaşları ile toplam bilgi düzeyi puanları arasında düşük düzeyde negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (r=-0,208, p=0,001), (Tablo 4.27).

Tablo 4.27. Yaş ve toplam bilgi düzeyi puanı ilişkisi.

	r	**P**
Yaş Toplam Bilgi Düzeyi Puanı	-0,208	**0,001**

Bekârların toplam bilgi düzeyi puanı ortalaması 14,8±2,6 iken evlilerin toplam bilgi düzeyi puanı ortalaması 13,5±3,4'tür. Bekârların toplam bilgi düzeyi puanı evlilere göre istatistiksel olarak daha yüksektir (p<0,001), (Tablo 4.28).

Tablo 4.28. Medeni durum ve toplam bilgi düzeyi puanı ilişkisi.

Medeni Durum	**Sayı (n)**	**Toplam Bilgi Düzeyi Puanı**	**MWU**	**p**
Bekâr	159	14,8±2,6		
Evli	96	13,5±3,4	5658,0	**<0,001**
Toplam	**255**	**14,3±3,0**		

Katılımcıların beden kitle indeksi ile toplam bilgi düzeyi puanları arasında çok düşük düzeyde negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (r=-0,168, p=0,007), (Tablo 4.29).

Tablo 4.29. Beden kitle indeksi ve toplam bilgi düzeyi puanı ilişkisi.

	r	P
BKİ Toplam Bilgi Düzeyi Puanı	-0,168	**0,007**

Üniversite ve üstü mezunu olanların toplam bilgi düzeyi puanı ortalaması 14,8±2,7 iken lise ve altı mezun olanların toplam bilgi düzeyi puanı ortalaması 12,6±3,5'tir. Üniversite ve üstü mezunu olanların toplam bilgi düzeyi puanı lise ve altı mezunu olanlara göre istatistiksel olarak daha yüksektir (p<0,001), (Tablo 4.30).

Tablo 4.30. Gruplandırılmış öğrenim düzeyi ve toplam bilgi düzeyi puanı ilişkisi.

Gruplandırılmış Öğrenim Düzeyi	**Sayı (n)**	**Toplam Bilgi Düzeyi Puanı**	**MWU**	**p**
Üniversite ve üstü	201	14,8±2,7		
Lise ve altı	54	12,6±3,5	2882,0	**<0,001**
Toplam	**255**	**14,3±3,0**		

Sağlık çalışanı olanların toplam bilgi düzeyi puanı ortalaması 15,4±2,7 iken sağlık çalışanı olmayanların toplam bilgi düzeyi puanı ortalaması 14,0±3,0'dır. Sağlık çalışanı olanların toplam bilgi düzeyi puanı sağlık çalışanı olmayanlara göre istatistiksel olarak daha yüksektir (p<0,001), (Tablo 4.31).

Tablo 4.31. Meslek grupları ve toplam bilgi düzeyi puanı ilişkisi.

Meslek Grupları	**Sayı (n)**	**Toplam Bilgi Düzeyi Puanı**	**MWU**	**p**
Sağlık çalışanı	56	15,4±2,7		
Sağlık çalışanı değil	199	14,0±3,0	3573,5	**<0,001**
Toplam	**255**	**14,3±3,0**		

Sigara içenlerin toplam bilgi düzeyi puanı ortalaması 14,1±3,3 iken sigara içmeyenlerin toplam bilgi düzeyi puanı ortalaması 14,5±2,9'dur. Sigara içenlerle içmeyenlerin toplam bilgi düzeyi puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,390), (Tablo 4.32).

Tablo 4.32. Sigara içme ve toplam bilgi düzeyi puanı ilişkisi.

Sigara İçme	Sayı (n)	Toplam Bilgi Düzeyi Puanı	MWU	p
Sigara içiyor	82	14,1±3,3		
Sigara içmiyor	173	14,5±2,9	6626,0	0,390
Toplam	**255**	**14,3±3,0**		

Alkol içenlerin toplam bilgi düzeyi puanı ortalaması 14,6±2,8 iken alkol içmeyenlerin toplam bilgi düzeyi puanı ortalaması 14,2±3,1'dir. Alkol içenlerle içmeyenlerin toplam bilgi düzeyi puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,218), (Tablo 4.33).

Tablo 4.33. Alkol içme ve toplam bilgi düzeyi puanı ilişkisi.

Alkol İçme	Sayı (n)	Toplam Bilgi Düzeyi Puanı	MWU	p
Alkol içiyor	91	14,6±2,8		
Alkol içmiyor	164	14,2±3,1	6775,0	0,218
Toplam	**255**	**14,3±3,0**		

Düzenli olarak egzersiz yapanların toplam bilgi düzeyi puanı ortalaması 14,7±2,7 iken düzenli olarak egzersiz yapmayanların toplam bilgi düzeyi puanı ortalaması 14,1±3,1'dir. Düzenli olarak egzersiz yapanlarla yapmayanların toplam bilgi düzeyi puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,066), (Tablo 4.34).

Tablo 4.34. Düzenli olarak egzersiz yapma ve toplam bilgi düzeyi puanı ilişkisi.

Düzenli Olarak Egzersiz Yapma	Sayı (n)	Toplam Bilgi Düzeyi Puanı	MWU	p
Yapıyor	102	14,7±2,7		
Yapmıyor	153	14,1±3,1	6755,0	0,066
Toplam	**255**	**14,3±3,0**		

Ailesinde sağlık çalışanı olanların toplam bilgi düzeyi puanı ortalaması 14,3±3,1 iken ailesinde sağlık çalışanı olmayanların toplam bilgi düzeyi puanı

ortalaması 14,4±2,9'dur. Ailesinde sağlık çalışanı olanlarla olmayanların toplam bilgi düzeyi puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,901), (Tablo 4.35).

Tablo 4.35. Ailesinde sağlık çalışanı olma ve toplam bilgi düzeyi puanı ilişkisi.

Ailesinde Sağlık Çalışanı Olma	Sayı (n)	Toplam Bilgi Düzeyi Puanı	MWU	p
Var	139	14,3±3,1		
Yok	116	14,4±2,9	7990,0	0,901
Toplam	**255**	**14,3±3,0**		

Kronik hastalığı olanların toplam bilgi düzeyi puanı ortalaması 12,6±3,6 iken kronik hastalığı olmayanların toplam bilgi düzeyi puanı ortalaması 14,6±2,8'dir. Kronik hastalığı olmayanların toplam bilgi düzeyi puanı ortalaması kronik hastalığı olanlara göre istatistiksel olarak daha yüksektir (p=0,001), (Tablo 4.36).

Tablo 4.36. Kronik hastalığı olma ve toplam bilgi düzeyi puanı ilişkisi.

Kronik Hastalığı Olma	Sayı (n)	Toplam Bilgi Düzeyi Puanı	MWU	p
Var	31	12,6±3,6		
Yok	224	14,6±2,8	2211,5	**0,001**
Toplam	**255**	**14,3±3,0**		

Ailesinde kronik hastalık olanların toplam bilgi düzeyi puanı ortalaması 14,3±3,2 iken ailesinde kronik hastalık olmayanların toplam bilgi düzeyi puanı ortalaması 14,5±2,6'dır. Ailesinde kronik hastalık olanlarla olmayanların toplam bilgi düzeyi puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,909), (Tablo 4.37).

Tablo 4.37. Ailesinde kronik hastalık olma ve toplam bilgi düzeyi puanı ilişkisi.

Ailesinde Kronik Hastalık Olma	Sayı (n)	Toplam Bilgi Düzeyi Puanı	MWU	p
Var	167	14,3±3,2		
Yok	88	14,5±2,6	7284,5	0,909
Toplam	**255**	**14,3±3,0**		

Aile hekimi olanların toplam bilgi düzeyi puanı ortalaması 14,4±2,9 iken aile hekimi olmayanların toplam bilgi düzeyi puanı ortalaması 13,6±4,6'dır. Aile hekimi olanlarla olmayanların toplam bilgi düzeyi puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (0,755), (Tablo 4.38).

Tablo 4.38. Aile hekimi bulunma ve toplam bilgi düzeyi puanı ilişkisi.

Aile Hekimi Bulunma	Sayı (n)	Toplam Bilgi Düzeyi Puanı	MWU	p
Var	246	14,4±2,9		
Yok	9	13,6±4,6	1040,0	0,755
Toplam	**255**	**14,3±3,0**		

İkili analizlerde toplam bilgi düzeyi puanı ile ilişkili olan yaş, gruplandırılmış öğrenim düzeyi, meslek grupları, beden kitle indeksi ve kronik hastalığı olma değişkenleri kullanılarak toplam bilgi düzeyi puanı değişkenini yorumlamak amacıyla çok değişkenli doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Toplam bilgi düzeyi puanı ile ilişkili olan medeni durum değişkeni yaş değişkeni ile yüksek düzeyde ilişkili olduğu için çoklu bağlantılılık sorununu önlemek için modele dahil edilmemiştir. Analiz sonucunda anlamlı bir regresyon modeli elde edilmiştir ($F(5,246)=7,475$, $p<0,001$). Toplam bilgi düzeyi puanındaki varyansın %11,4'ünü bu bağımsız değişkenlerin açıkladığı bulunmuştur (Düzeltilmiş $R^2=0,114$). Bu modele göre gruplandırılmış öğrenim düzeyi ($\beta=0,227$, $t(246)=3,084$, $p=0,002$) ve meslek grupları ($\beta=0,132$, $t(246)=2,158$, $p=0,032$) toplam bilgi düzeyi puanını olumlu ve anlamlı olarak yordamaktadır. Diğer bir deyişle üniversite ve üstü mezunu olmak ve sağlık çalışanı olmak toplam bilgi düzeyi puanını olumlu ve anlamlı olarak etkilemektedir. Yaş, beden kitle indeksi ve kronik hastalığı olma durumunun ise toplam bilgi düzeyi puanına anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır (Tablo 4.39).

Tablo 4.39. Toplam bilgi düzeyi puanına etkiyen faktörleri değerlendiren çok değişkenli doğrusal regresyon modeli.

	Standardize Edilmiş			**Etki**
Bağımsız Değişkenler	**β**	**t**	**p**	**Büyüklüğü**
Yaş	-0,025	-0,320	0,749	0,0004
Gruplandırılmış Öğrenim Düzeyi	**0,227**	**3,084**	**0,002**	**0,0372**
Meslek Grupları	**0,132**	**2,158**	**0,032**	**0,0184**
BKİ	-0,084	-1,292	0,198	0,0067
Kronik Hastalık	-0,086	-1,315	0,190	0,0070

Bağımlı Değişken: Toplam Bilgi Düzeyi Puanı

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık, Uygulama ve Araştırma Hastanesi aile hekimliği polikliniğine başvuran ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan toplam 255 kişinin %61,6'sı (n=157) kadın, %38,4'ü (n=98) erkektir. Katılımcıların yaşları ortalaması 31,5±12,3 olup, en küçük yaş 18, en büyük yaş ise 64'tür. Gümüş-Şekerci ve Karaca'nın yaptığı çalışmada katılımcıların yaşları ortalaması 40,47±16,47'dır (27). Bizim çalışmamızda yaş ortalamasının göreceli olarak daha düşük olmasının, hastanemiz bünyesinde eğitimlerini devam ettirmekte olan tıp, tıpta uzmanlık ve hemşirelik öğrencilerinin başvurularından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Bu durumda polikliniğimize yapılan başvuruların yaş ortalamasının toplumun genelini yansıtmadığını belirtmekte ve bu durumu araştırmanın sınırlılıklarından biri olarak göstermekte fayda görüyoruz.

2019 yılında Türkiye İstatistik Kurumu (*TÜİK*) tarafından yapılan Türkiye Sağlık Araştırması sonuçlarına göre, 15 yaş ve üzerinde tütün kullanım oranı %28'dir. Erkeklerin %41,3'ü, kadınların ise %14,9'u tütün kullanmaktadır. Yaş grupları göz önünde bulundurulduğunda 35-44 yaş aralığındakilerin %42,8 ile en fazla tütün kullanan bireyler olduğu görülmektedir (28). Çalışmamızda sigara kullanan katılımcıların oranının %32,2 ile ülkemiz geneline yakın olduğu görülmektedir. *WHO*'nun 2021 yılında yayınladığı rapora göre dünya genelinde bu oran %22,7 den %17,5 e gerilemiştir (29).

Dünyada, önlenebilir erken ölümlerin en büyük sebebi, tütün ve tütün ürünlerini kullanımıdır. Her yıl sekiz milyondan fazla insanın ölümünün yanı sıra yılda 1,4 trilyon dolar ekonomik yük getirmektedir. Tütün ve tütün ürünlerinin kullanımıyla; akciğer ve kalp hastalıkları, kronik solunum yolu hastalıkları, kanserler, diyabet gibi, dünyada ölümlerin büyük bir kısmından sorumlu, bulaşıcı olmayan hastalıklar arasında doğrudan ilişki bulunmaktadır (29).

Tütün kullanımının zararları, kullanan kişi ile sınırlı kalmamaktadır. Tütün ve tütün ürünlerini kullananların çoğu erkek olmasına rağmen, kadınlar ve çocuklar sigara dumanından etkilenmektedir. Dünyada, her yıl gerçekleşen 600000 erken ölümün sebebi pasif içiciliktir ve bu ölümlerin %64'ü kadınlar arasındadır (30).

Tütün kullanımı sırasında ortaya çıkan duman, 4000'den fazla zararlı kimyasal içerir ve bu kimyasalların arasında kanserojenler de vardır. Bu nedenle sadece tütün dumanına maruziyet bile aktif içicilikle benzer riskleri getirir. Pasif tütün dumanından etkilenenlerde, koroner kalp hastalığı ve akciğer kanseri riski %30'a varan oranlarda artar. Özellikle çocuklar, akciğerlerinin ve bağışıklık sistemlerinin tam anlamıyla olgunlaşmış olmaması sebebiyle daha kolay etkilenirler. Tütün dumanına maruz kalan çocuklarda, akciğer fonksiyonlarında bozulma ile birlikte astım vb. kronik solunum yolu hastalıkları sık görülür; kulak enfeksiyonları, akciğer enfeksiyonu nedenli hastaneye yatışlar artar. Gebelik esnasında maruziyet, fetüste gelişme geriliğine ve düşük doğum ağırlığına; bebeklik döneminde ise ani bebek ölümlerine neden olabilir (30).

Tütün ve tütün ürünleri kullanımının gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde daha çarpıcı bir sorun olduğu bilinmektedir (29). Ülkemizde de tütün kullanımının oldukça yaygın olması, tütünle karşılaşma ve kullanma yaşının giderek azaldığı düşünüldüğünde, tütün ve tütün ürünleri kullanımının toplum sağlığı için getirdiği tehlike ortadadır. Dumansız hava sahası uygulaması, yararlı olmakla birlikte tek başına yeterli değildir; bireysel ve toplumsal eğitimle birlikte desteklenmesi gerekmektedir. Bu noktada aile hekimliğinin ve aile hekimliğinde PSM uygulamasının hem tütün kullanımını önlemek hem de tütün kullanımının getirebileceği sağlık sorunlarını erken tanımak açısından önemli bir görevi bulunmaktadır. Aile hekimleri, başvuranların tütün kullanım durumlarını sorgulamalı, tütün kullanımının sakıncaları hakkında bilgilendirme yapmalı, kullananları bırakmaya yönelik teşvik etmeli, gerekli destek ve yönlendirmeyi sağlamalıdır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2016 yılı verilerine göre; her yıl, tüm dünyada gerçekleşen ölümlerin üç milyonunun sebebi, zararlı alkol kullanımıdır. Bu sayı tüm ölümlerin %5,3'üne karşılık gelmektedir. Alkol kullanımı nispeten yaşamın erken dönemlerinde daha fazla olumsuzluğa yol açmaktadır. 20-39 yaş aralığında meydana gelen ölümlerin %13,5'i alkol kullanımıyla ilişkilendirilebilir. Cinsiyet grupları arasında da zararlı alkol kullanımı farklılık göstermektedir. Kadınlarda alkol kullanımına bağlı ölümler tüm kadın ölümlerinin %2,6'sını oluştururken; erkeklerde bu oran %7,7'dir (31).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre toplam dünya nüfusunun %43'ü halen alkol kullanmaktadır. Avrupa, Amerika ve Batı Pasifik Bölgelerinde ise toplam nüfusun yarısından fazlası alkol tüketmektedir. Bu bölgelere ait oranlar sırasıyla; %59,9, %54,1 ve %53,8'dir (31). Ülkemizde ise 2019 yılında *TÜİK* tarafından yapılan Türkiye Sağlık Araştırması sonuçlarına göre, 15 yaş ve üzeri erkeklerin %23,3'ü, kadınların %6,6'sı alkol kullanmaktadır. Ülkemiz genelinde toplam alkol kullanım oranı ise %14,9'dur (28). Ülkemizde alkol kullanımının dünya geneline kıyasla daha düşük olmasının sosyokültürel, sosyoekonomik ve inanç farklılıklarından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Bizim çalışmamızda ise katılımcıların %35,7'si alkol kullandıklarını belirtmektedir. 2019 yılında, İstanbul ilimizde yapılan benzer bir çalışmada katılımcıların %3,9'u alkol kullandıklarını ifade etmişlerdir (32). Bizim çalışmamızda alkol kullanım oranının daha yüksek olması, çalışmayı yürütmüş olduğumuz bölgenin sosyal hayat alışkanlıklarının ülkemiz geneline kıyasla farklılık göstermesiyle ilişkili olabilir.

Alkolün birçok kültürde yaygın olarak kullanıldığı ve asırlar öncesine dayanan bir kullanım geçmişi olduğu bilinmektedir. Alkol kullanımının bağımlılık yapıcı etkisi dışında bilişsel ve davranışsal bozukluklar, karaciğer sirozu, bazı kanser türleri ve kardiyovasküler hastalıklarla ilişkisi bulunmaktadır. Tüm bunların yanı sıra trafik kazaları, şiddet ve intihar olaylarını da içeren bilinçli ya da bilinçsiz yaralanmalar, iş ve aile hayatında meydana gelebilecek olumsuzluklar ve getirdiği ekonomik yük alkol kullanımının olumsuz sonuçları arasında gösterilebilir (33). Ülkemizde 2016 yılında alkol kullananların oranı %12,2 iken, 2019 yılında bu oran %14,9'a; aynı süre içinde 15-24 yaş aralığında ise %9,3'ten %11,4'e yükselmiştir (28). Bu durum göstermektedir ki, alkol kullanımın toplum sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini önlemek ve azaltmak için uygulanan politikaların geliştirilmesi ve daha sıkı denetlenmesi gerekmektedir. Sosyal medya ve diğer kitle iletişim araçları yoluyla alkol kullanımının olumsuz etkilerinin vurgulandığı çarpıcı kamu spotlarının, gençlere alkol satışının daha sıkı denetlenmesinin ve satış yapanlara uygulanacak caydırıcı yaptırımların, alkol bağımlılığı bulunanlara ücretsiz psikolojik danışmalık hizmetleri sunulmasının, aile hekimlerinin PSM sırasında alkol kullanım durumunu sorgulamasının, zararlı alkol kullanımıyla karşılaştığında gerekli desteği vermesinin ve hastayı yönlendirmesinin bu konuda etkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Düzenli egzersiz yapmak; aşırı kilo alımını önler, kişinin vücut ağırlığını korumasını sağlar ve obezite gelişimini engeller (34). Shaw ve ark. yaptığı, diyet ile birlikte yapılan düzenli egzersizin kilo vermeye etkisini ortaya koyan bir çalışma da bulunmaktadır (35). Ayrıca düzenli yapılan egzersizin sağlık üzerinde birçok başka olumlu etkisi olduğu bilinmektedir. Yaşlılarda meme kanseri, kolorektal kanser ve prostat kanserine bağlı mortaliteyi azaltır; tüm yaş gruplarında mesane, meme, kolon, endometrium, özofagus, böbrek, mide ve akciğer kanserinin görülme sıklığını azaltır. Bunama ve inme gelişme riskini azaltması, uyku kalitesini arttırması, depresyon ve anksiyete hissini azaltması ise düzenli egzersiz yapmanın beyin sağlığı üzerine olumlu etkilerindendir. Düzenli egzersiz yapmanın kardiyovasküler sistem üzerinde de arzulanan etkileri vardır; kardiyovasküler hastalık ve tip 2 diyabet gelişme riskini ve bu hastalıklara bağlı mortaliteyi azaltır. Yaşlılarda düşme riskini ve düşmeye bağlı yaralanmaları azaltır, çocuk yaş grubunda ise sağlıklı kemik gelişimi üzerinde olumlu etkiye sahiptir (34).

Bizim çalışmamızda, katılımcıların %60'ının düzenli egzersiz yapmadığı görülmektedir. Düzenli egzersiz yapmanın kişi ve toplum sağlığı üzerindeki olumlu etkisi açıktır. Sedanter yaşamın olumsuzluklarından korunmak adına, halkın düzenli egzersiz yapmaya teşvik edilmesi gerekmektedir. Gal ve ark.'nın, akıllı saatler gibi giyilebilir aktivite izleyicilerinin ve akıllı telefon uygulamalarının, fiziksel aktivite süresi ve günlük adım sayısında artışa neden olduğunu gösteren, bir sistemik derleme ve meta-analiz çalışması bulunmaktadır (36). Literatürde Gal ve ark.'nın vardığı sonuçları destekleyen başka çalışmalar da bulunmaktadır (37,38). Ülkemizde bu tip cihazların kullanılmaya başlanması oldukça yeni olmakla beraber henüz yaygınlaşmamıştır. Devlet eliyle yapılabilecek girişimlerle akıllı telefon uygulamalarının yaygınlaştırılması ve özendirilmesi, düzenli egzersiz yapma oranını arttırabilir. Aile sağlığı merkezlerine bu uygulamalar hakkında bilgilendirici posterler asılabilir, broşürler dağıtılabilir. Başta aile hekimleri olmak üzere hekimler, hastaların fiziksel aktivite durumlarını sorgulamalı ve obezite riski bulunan hastaları yönlendirmelidir.

Çalışmamızda katılımcıların %12,2'sinin (n=31) kronik hastalığı bulunmaktadır. Kronik hastalığı bulunan katılımcılar arasında en sık karşılaşılan kronik hastalığın %5,9 (n=15) ile hipertansiyon olduğu görülmektedir. WHO 2021

verilerine göre kronik hastalıklara bağlı gerçekleşen ölümlerde, yılda 9,3 milyon kişi ile kardiyovasküler hastalıklar ilk sırayı almaktadır (4). 2013'te yayınlanan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasında elde edilen verilere göre toplumda toplam hipertansiyon sıklığı %24 olarak bulunmuştur(39). Haseki Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde Dr. Merih Kurtoğlu Güneş'in 2019 yılında yaptığı benzer bir tıpta uzmanlık tezi çalışmasında 18-65 yaş aralığında en sık görülen kronik hastalık %8,8 (n=29) ile hipertansiyon olmuştur (32). Yapılan çalışmalarda benzer şekilde en sık rastlanan kronik hastalığın hipertansiyon olduğu ve bilindiği gibi kronik hastalıkların sıklığının yaş ile beraber arttığı göz önüne alındığında, toplumda hipertansiyon hastalığının yeni ve erken tanısı için periyodik sağlık muayeneleri ve taramalar kapsamında yıllık kan basıncı ölçümünün önemi ve gerekliliği ortadadır.

2021 yılı ülkemiz sağlık verilerine bakıldığında, sağlık kurumlarına yapılan başvuruların %36'sı birinci basamak sağlık kurumlarına yapılmış; birinci basamak başvurularının yaklaşık %97'si ise aile hekimliklerine gerçekleştirilmiştir. Aynı yıl birinci basamak kuruluşlarında kişi başı hekime başvuru sayısı 2,9 olmuştur (40). Bizim çalışmamızda ise katılımcıların yarısına yakın bir kısmı altı ayda bir; %30,9' u ise yılda bir kere aile hekimlerini ziyaret ettiklerini belirtmişlerdir. 2019 yılında yapılan benzer bir tıpta uzmanlık tezi çalışmasında, katılımcıların %51,8'i ayda bir aile hekimine giderken, %24,8'inin ise yılda bir kere gittiği görülmüş; her iki çalışmada da aile hekimine başvuru sıklığı ile PSM hakkında katılımcıların bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (32). Aile hekimlerinin başvuru sırasında PSM hakkında bilgilendirme yapmak için yeterli zamanı bulamamaları, bu duruma sebebiyet vermiş olabilir. Aile Sağlığı Merkezlerindeki günlük randevu sayılarının düzenlenmesi yoluyla hastalara ayrılan muayene sürelerinin arttırılmasının, bu konuda faydalı olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda, bilgi düzeyini ölçmek amacıyla katılımcılara yöneltilen ilk soru olan ''Sizce periyodik sağlık muayenesinin doğru tanımı aşağıdakilerden hangisidir?'' sorusunun doğru cevaplanma oranı %55,7 (n=142)'dir. Bu durum göstermektedir ki çalışmamızdaki katılımcıların yarıya yakın bir kısmı periyodik sağlık muayenesine ait doğru tanımı bilmemektedir. Berberoğlu ve ark. tarafından yapılan 18-65 yaş arası 605 katılımcıdan oluşan bir çalışmada, katılımcıların

%51,7'sinin yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde yer aldıkları belirtilmiştir (41). 2014 yılında Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası tarafından Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (*HLS-EU*) ölçekleri baz alınarak yapılan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması ise toplumun %64,6'sının ''sorunlu veya yetersiz'' sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğunu göstermektedir (42). Çalışmamızda ''Sizce periyodik sağlık muayenesinin doğru tanımı aşağıdakilerden hangisidir?'' sorusunun katılımcıların yarısına yakın bir kısmı tarafından doğru yanıtlanamamasının nedeninin ülkemiz genelinde doğru ve etkili sağlık okuryazarlığının henüz yaygınlaşmamış olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Ülkemizde, gelecek yıllarda toplumun sağlık okuryazarlığı hakkında farkındalığını arttırmaya yönelik kamu spotları, broşürler ve birinci basamak hekimleri tarafından sözlü yönlendirilmeler vasıtasıyla bu durumun tersine çevrilebileceğine inanmaktayız.

Çalışmamızda, katılımcıların öğrenim durumları gruplandırılarak değerlendirildiğinde; üniversite ve üstü mezunu olanların toplam bilgi düzeyi puanı ortalaması 14,8±2,7 iken lise ve altı mezun olanların toplam bilgi düzeyi puanı ortalaması 12,6±3,5'tir. Üniversite ve üstü mezunu olanların toplam bilgi düzeyi puanının, lise ve altı mezunu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Alzahrani ve ark. 2022 yılında yaptığı, katılımcıların periyodik sağlık muayeneleri ve taramalar hakkında bilgi düzeyini ölçen benzer bir çalışmada, öğrenim durumu üniversite düzeyinde olan katılımcıların bilgi düzeyi puanı, üniversite düzeyi altında öğrenim durumuna sahip katılımcılara kıyasla 0,54 puan daha yüksektir ($p<0,001$)(43). Her iki çalışmanın da ortaya koyduğu veriler göstermektedir ki eğitim düzeyi yükseldikçe bilgi düzeyi puanı da yükselmektedir. Bu durum üzerinde, katılımcıların eğitim düzeylerinin yükselmesiyle birlikte; internet, sosyal medya, dergi, broşür, bilimsel dergi makalesi vb. araçları daha etkin ve doğru kullanarak bilgiye daha kolay ulaşması ve ulaştığı bilgiyi daha doğru yorumlamasının etkili olduğunu düşünmekteyiz. Ayrıca üniversite eğitimleri ile kazandıkları eleştirel bakış açısı sayesinde farklı kaynaklardan edindikleri bilgileri karşılaştırmalarının da mevcut durum üzerinde payı olduğunu düşünmekteyiz. Orta ve uzun vadede, sağlık okuryazarlığının eğitim ve öğretim programımızın uygun kademelerine yerleştirilmesinin, toplumun periyodik sağlık muayeneleri ve taramalar

başta olmak üzere koruyucu sağlık hizmetleri hakkında bilgi düzeyinin ve farkındalığının artmasında önemli bir adım olacağına inanmaktayız.

Çalışmamızda, sağlık çalışanlarının bilgi düzeyi sorularına cevap verme oranları, sağlık çalışanı olmayanlara göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,001$). Alzahrani ve ark. yaptığı benzer bir çalışmada da sağlık alanında çalışan katılımcıların bilgi düzeyi puanlarının, sağlık alanında çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,001$) (43). Sağlık çalışanlarının mezun oldukları eğitim programları, çalışma süreleri boyunca edindikleri bilgiler ve tecrübeler, çalıştıkları kurum bünyesinde koruyucu hekimlik üzerine yapılan eğitim toplantıları ve iletişimde oldukları, koruyucu hekimlik hakkında bilgi sahibi çalışma arkadaşları vasıtası ile PSM hakkında daha fazla bilgi sahibi olmalarının tahmin edilebilir bir sonuç olduğunu düşünmekteyiz. Bu duruma rağmen; çalışmamızda ailesinde ve yakın çevresinde sağlık çalışanı bulunan katılımcılar ile bulunmayanların bilgi düzeyi puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0,901$). Bu durum üzerinde, aile ve yakın çevreleri tarafından sağlık çalışanlarına bu yönde bir talep gelmemiş olması ya da sağlık çalışanlarının PSM hakkında bilgilendirme yapmayı gerekli görmemiş olmaları etkili olmuş olabilir. Sağlık çalışanlarının PSM hakkındaki bilgilerini, başta aileleri olmak üzere yakın çevrelerine de aktarma konusunda gösterecekleri çabanın, toplumun PSM hakkında bilgisini ve farkındalığını arttıracağı görüşündeyiz.

Çalışmamızda kronik hastalığı olanların toplam bilgi düzeyi puanı ortalaması 12,6±3,6 iken kronik hastalığı olmayanların toplam bilgi düzeyi puanı ortalaması 14,6±2,8'dir. Kronik hastalığı olmayanların toplam bilgi düzeyi puanı ortalaması, kronik hastalığı olanlara göre istatistiksel olarak daha yüksektir ($p=0,001$). Sözen ve ark. tarafından 2015 yılında yapılan benzer bir çalışma, katılımcılardan kronik hastalığı bulunanların PSM başvurularının bulunmayanlara göre 1,83 kat daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır ($p=0,006$) (44). Kronik hastalığı bulunan katılımcıların rutin kontrolleri dolayısıyla bulunmayanlara göre daha sık hastane başvurusu yaptığı göz önünde bulundurulduğunda; başvuruları sırasında ve hastalığı hakkında yapması muhtemel araştırmalar sonucunda PSM hakkındaki farkındalığının daha fazla olmasının öngörülebilir bir sonuç olduğu kanaatindeyiz. Kronik hastalıkların sıklığının yaş ile doğru orantılı olarak arttığı bilinmektedir. Çalışmamızda kronik

hastalığı bulunmayan katılımcıların bilgi düzeyi puanlarının daha yüksek olmasının, hastanemiz bünyesinde eğitimlerini devam ettirmekte olan tıp, tıpta uzmanlık ve hemşirelik öğrencilerinin başvuruları sonucu katılımcıların yaş ortalamasının göreceli olarak daha düşük olmasından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda, ailesinde veya yakın çevresinde kronik hastalık bulunma durumu ile katılımcıların bilgi düzeyi puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,909). Literatürde, ailede kronik hastalık bulunma durumu ile katılımcıların PSM yaptırma durumları arasındaki ilişkiyi araştıran başka çalışmalar mevcuttur. Sözen ve ark. 1280 katılımcı ile gerçekleştirdiği bir araştırmada, katılımcıların birinci derece akrabalarında kronik hastalık bulunmasının, PSM başvurusunu 1,96 kat arttırdığı görülmüş (44), Sönmez ve ark. tarafından yapılan bir diğer çalışmada ise katılımcıların PSM' ye başvurma durumu ile birinci derece akrabasında kronik hastalık bulunmasını arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (45). Kişilerin aile ve yakın çevrelerinde karşılaştıkları kronik hastalıklar sebebiyle, kendi sağlık durumları hakkında endişe ve merak duymalarının, onları PSM' ye yöneltmiş olması muhtemeldir; fakat kronik hastalıkların sıklığının yaş ile birlikte arttığı ve bizim çalışmamızda katılımcıların yaşları ortalamasının 31,5±12,3 olduğu göz önünde bulundurulduğunda, katılımcıların aile ve yakın çevrelerinde bulunan kronik hastalıklara kendilerini uzak gördüğü, bu durumun kendilerinde kaygı oluşturmadığı düşünülebilir.

2021 yılı istatistiklerine göre; ülkemizde toplam 183569 hekim, 26928 aile hekimliği birimi ve 8057 aile sağlığı merkezi bulunurken, bir aile hekimine düşen nüfus ise ortalama 3145 kişidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde ise aile hekimi başına yaklaşık 2000 kişi düşmekte ve muayene süresi 15-20 dakika aralığında değişmektedir (46). Ülkemizde ise Merkezi Hekim Randevu Sistemi (*MHRS*) aracılığı ile beş dakikalık aralıklarla oluşturulan muayene randevuları, günlük başvuru sayısını arttırarak anamnez ve muayene için ayrılması gereken süreyi daraltmaktadır (47). Aile hekimi başına düşen nüfusun fazlalığı ve hastalara ayrılabilecek muayene sürelerinin kısıtlılığı nedeniyle, birinci basamak hekimlerinin PSM başta olmak üzere koruyucu sağlık hizmetlerini uygulama konusunda yetersiz kalması, kaçınılmaz bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır. Birinci basamak sağlık kurumlarında çalışmayı teşvik edecek politikaların uygulamaya geçirilmesi ile birinci

basamakta sağlık hizmeti veren sağlık çalışanı sayısının arttırılması, kişi başına düşen hasta sayısının azalmasını ve hekimin hastasına daha çok zaman ayırmasını sağlayabilir; hekimler, PSM uygulaması için daha fazla vakit bulabilir. Bu sayede, toplumun periyodik sağlık muayenesi ve taramalar hakkında farkındalığının ve bilgi düzeyinin geliştirilebileceği kanaatindeyiz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Periyodik sağlık muayeneleri ve taramalar sayesinde hastalıkların ortaya çıkmadan önlenmesi, tanılarının erken konulması ve gecikmeden tedaviye başlanması mümkündür. Böylelikle toplum sağlığı korunmuş olur ve tedavi maliyetleri de en aza indirilebilir. Bu sebeple aile hekimliklerinde yapılacak PSM uygulamasının toplum sağlığı için büyük önem taşır.

Çalışmamızdaki katılımcıların, PSM'nin doğru tanımının sorgulandığı birinci bilgi düzeyi sorusu ile seçilmiş cinsiyet ve yaş gruplarında günlük 81 mg aspirin kullanımının sorgulandığı üçüncü bilgi düzeyi sorusunu doğru cevaplama oranlarının diğer bilgi düzeyi sorularına kıyasla oldukça düşük olduğunu gördük. Buna rağmen katılımcıların toplam bilgi düzeyi puanları oldukça yüksekti.

Çalışmamızda üniversite ve üstü öğrenim durumuna sahip olmanın ve sağlık çalışanı olmanın bilgi düzeyini olumlu etkilediğini gördük. Öğrenim durumu ve bilgi düzeyi ilişkisinin, eğitimli bir toplumun, toplum sağılığının korunması ve geliştirilmesi açısından önemini vurgulamaktadır. Ülkemizde birinci basamak sağlık kuruluşlarının yoğunluğu ve iş yükü göz önüne alındığında, toplumun koruyucu sağlık hizmetleri hakkındaki farkındalığı ve talepkârlığı önem kazanmaktadır. Bu sebeple toplumun PSM hakkında bilgilendirilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Mazıcıoğlu M, Uzuner A. Aile Hekimliği Birinci Aşama Uyum Eğitimi Kurs Notları. 1. Baskı. Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu; 2004. 99-109 s.
2. Canadian Task Force on Preventive Health Care | Published Guidelines [Internet]. [a.yer 13 Haziran 2022]. Erişim adresi: https://canadiantaskforce.ca/guidelines/published-guidelines/
3. Akdeniz M, Aşık Z, Yaman H. Periyodik Sağlık Muayenesi. Kanıta Dayalı, Hakemli, Gerontoloji Yönelimli Aile Hekimliği Dergisi. 01 Ocak 2011;1(1):69-84.
4. Non communicable diseases [Internet]. [a.yer 13 Haziran 2022]. Erişim adresi: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases
5. Aile Hekimliği Uygulamalarında Önerilen Periyodik Muayene ve Tarama Testleri [Internet]. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu; 2015. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Toplum_Sagligi_Hizmetleri_ve_Egitim_Db/Dokumanlar/rehberler/psm_2019.pdf
6. Başak O, Saatçi E. Aile Hekimliği Avrupa Tanımı [Internet]. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları-4; 2011. Erişim adresi: https://www.tahud.org.tr/file/96f3dfc7-3961-4272-b5b7-e6cbbd7580ef/AH_AVRUPA_TANIMI-2.pdf
7. Rakel RE. The Problem Oriented Medical Record. Içinde: Textbook of family practice. 6th ed. Philadelphia: Saunders; 2002. s. 1587-602.
8. Çağlayaner H. Temel Kavramlar ve Tarihsel Perspektif.Aile Hekimliği. 1.Baskı. İstanbul: İletişim Yayınları; 1995. 17-20 s.
9. Rakel RE. The Family Physician. Içinde: Textbook of Family Practice. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2002. s. 3-18.

10. Grimm KJ, Diebold MM. The Periodic Health Examination. Içinde: Textbook of Family Practice. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2002. s. 159-209.

11. Kelly RB, Favlo DR. Patient Education. Içinde: Textbook of Family Practice. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2002. s. 253-61.

12. The European Definition of General Practice/Family Medicine-Short Version [Internet]. WONCA EUROPE; 2005. Erişim adresi: https://www.woncaeurope.org/file/3b13bee8-5891-455e-a4cb-a670d7bfdca2/Definition%20EURACTshort%20version%20revised%202011.pdf

13. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı, Birincil, İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı (2010-2014) [Internet]. Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2010. 240 s. Erişim adresi: https://file.tkd.org.tr/pdfscop/turkiye_kalp_ve_damar_hastaliklarini_onleme_ve_kontrol_programi2010_2014.pdf

14. Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025 [Internet]. Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu; 2017. Erişim adresi: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/346695/BOH_TR.pdf

15. The European Definition of General Practice/Family Medicine-Short Version. WONCA EUROPA; 2011.

16. Bentzen N. WONCA International Dictionary for General/Family Practice [Internet]. WONCA International Classification Committee; 2003. Erişim adresi: http://www.ph3c.org/ph3c/docs/27/000092/0000052.pdf

17. Jamoulle M. The four duties of family doctors: Quaternary prevention - First, do no harm. Hong Kong Practitioner. 2014;36(2):72-7.

18. What is Preventive Medicine? | ACPM [İnternet]. [a.yer 17 Ağustos 2022]. Erişim adresi: https://www.acpm.org/about-acpm/what-is-preventive-medicine/

19. Uğurlu M, Korukluoğlu S, Üstü Y, Doğusan AR, Kasım İ. Aile Doktorunun Görevleri. Içinde: Aile Hekimliği Ders Notları. 1. Baskı. Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu; 2004. s. 189-92.

20. Holland W. Periodic Health Examination:a brief history and critical assessment. Eurohealth. 2009;15(4):16-20.

21. Wilson RF, Boulware L, Barnes G, Phillips K, Maynor K, Hwang C, vd. Value of the periodic health evaluation. Evidence Report/Technology Assessment No 136. 01 Mayıs 2006;9.

22. Han PK. Historical changes in the objectives of the periodic health examination. Ann Intern Med. Ann Intern Med. 1997;126(10):910-7.

23. Grade Definitions | United States Preventive Services Taskforce [İnternet]. [a.yer 13 Kasım 2022]. Erişim adresi: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/about-uspstf/methods-and-processes/grade-definitions#july2012

24. Search Results | United States Preventive Services Taskforce [İnternet]. [a.yer 13 Kasım 2022]. Erişim adresi: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/topic_search_results?topic_status=P

25. Raffle AE, Gray JAM. Screening: evidence and practice. Second edition. Oxford ; New York, NY: Oxford University Press; 2019.

26. Wilson JMG, Jungner G. Principles and Practice of Screening for Disease [Internet]. Geneva: WHO; 1968. (Public Health Papers). Report No.: 34. Erişim adresi: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37650/WHO_PHP_34.pdf?sequence=17&isAllowed=y

27. Gümüş Şekerci Y, Karaca Z. Birinci Basamakta Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Periyodik Sağlık Muayenesi Yaptırma Durumları. STED / Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 09 Temmuz 2021;30(4):227-37.

28. Türkiye Sağlık Araştırması, 2019 [Internet]. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu; 2020 s. 10. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkey-Health-Survey-2019-33661

29. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2021: Adressing new and emerging products [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 s. 210. Erişim adresi: https://www.who.int/publications/i/item/9789240032095

30. tfi. Second-hand smoke impacts health [İnternet]. World Health Organization - Regional Office for the Eastern Mediterranean. [a.yer 26 Mayıs 2023]. Erişim adresi: http://www.emro.who.int/tfi/quit-now/secondhand-smoke-impacts-health.html

31. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [a.yer 19 Mayıs 2023]. 450 s. Erişim adresi: https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603

32. Güneş Kurtoğlu M. Erişkin Hastaların Periyodik Sağlık Muayeneleri İle İlgili Bilgi Düzeyinin Sorgulanması [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [İstanbul]: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2019.

33. Alcohol [Internet]. [a.yer 19 Mayıs 2023]. Erişim adresi: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol

34. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report [İnternet]. Washington, DC: U.S Department of Health and Human Services; 2018. Erişim adresi: https://health.gov/sites/default/files/2019-09/PAG_Advisory_Committee_Report.pdf

35. Shaw KA, Gennat HC, O'Rourke P, Del Mar C. Exercise for overweight or obesity. Cochrane Metabolic and Endocrine Disorders Group, editör. Cochrane Database of Systematic Reviews. 18 Ekim 2006;2010(4):1-112.

36. Gal R, May AM, Van Overmeeren EJ, Simons M, Monninkhof EM. The Effect of Physical Activity Interventions Comprising Wearables and Smartphone Applications on Physical Activity: a Systematic Review and Meta-analysis. Sports Med - Open. Aralık 2018;4(1):42.

37. Galy O, Yacef K, Caillaud C. Improving Pacific Adolescents' Physical Activity Toward International Recommendations: Exploratory Study of a Digital Education App Coupled With Activity Trackers. JMIR Mhealth Uhealth. 11 Aralık 2019;7(12):e14854.

38. Brickwood KJ, Watson G, O'Brien J, Williams AD. Consumer-Based Wearable Activity Trackers Increase Physical Activity Participation: Systematic Review and Meta-Analysis. JMIR Mhealth Uhealth. 12 Nisan 2019;7(4):e11819.

39. Ünal B, Ergör G. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörlerinin Sıklığı Çalışması. Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu; 2013 s. 69.

40. Bora Başara B, Soytutan Çağlar İ, Aygün A, Özdemir TA, Kulali B. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021. Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü; 2023. 274 s.

41. Berberoğlu U, Öztürk O, İnci MB, Ekerbiçer HÇ. Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18-65 Yaş Grubu Bireylerdeki Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Değerlendirilmesi. Sakarya Medical Journal. 30 Eylül 2018;8(3):575-81.

42. Durusu Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray Ready N, Çakır B, Akalın HE. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Birinci Baskı. C. 25. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları; 2014. 96 s.

43. Alzahrani AM, Felix HC, Al-Etesh NS. Characteristics Associated with Knowledge about Periodic Health Examinations among Adults in Al-Jouf Region, KSA. Journal of Taibah University Medical Sciences. Haziran 2023;18(3):652-9.

44. Sözen F, Aydemir S, Kut A. Bir üniversite hastanesi örnekleminde hastaların periyodik sağlık muayenesi hakkındaki farkındalıkları. tahd. 22 Eylül 2015;19(3):112-21.

45. Sönmez CI, Dinçer D, Küçükdağ HN, Başer DA, Benli AR. Periyodik Sağlık Muayenesi Hakkında Hastaların Bilgi, Tutum ve Davranışları. Journal of Anatolian Medical Research. 19 Nisan 2018;3(1):11-22.

46. Zwar N. Family Medicine in the USA: An Australian perspectice. Australian Family Physician. 2010;39(6):360-1.

47. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Çalışma Raporu 2020-2022. s. 244-5.