

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SIHHİYE
YERLEŞKESİNDE 2005-2009 YILLARI ARASINDA
KADROLU ÇALIŞANLARIN SAĞLIK TARAMA
SONUÇLARI VE BUNLARLA İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Dr. Gülsün ŞİMŞEK

Halk Sağlığı Programı

DOKTORA TEZİ

ANKARA

2014

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SIHHİYE YERLEŞKESİNDE
2005-2009 YILLARI ARASINDA KADROLU ÇALIŞANLARIN
SAĞLIK TARAMA SONUÇLARI VE BUNLARLA İLİŞKİLİ
FAKTÖRLER**

Dr. Gülsün ŞİMŞEK

**Halk Sağlığı Programı
DOKTORA TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Hilal ÖZCEBE**

ANKARA

2014

Anabilim Dalı :Halk Sağlığı Enstitüsü
 Program :Halk Sağlığı
 Tez Başlığı :Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesinde 2005-2009
 Yılları Arasında Kadrolu alışanların Sağlık Tarama
 Sonuçları ve Bunlarla İlişkili Faktörler
 Öğrenci Adı-Soyadı :Gülsün Şimşek
 Savunma Sınavı Tarihi :06.02.2014

Bu alışma jürimiz tarafından yüksek lisans/doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Doç Dr Sarp Üner
 (Hacettepe Üniversitesi)
 Tez danışmanı: Prof Dr Hilal Özebe
 (Hacettepe Üniversitesi)
 Üye: Prof Dr. Selim Kılıç
 (Gülhane Askeri Tıp Akademisi)
 Üye: Yrd Doç Dr Nükhet Paksoy Erbaydar
 (Hacettepe Üniversitesi)
 Üye: Yrd Doç Dr Mahmut Sadi Yıldırım
 (Hacettepe Üniversitesi)

ONAY

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görölmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ersin FADILLIOğLU
 Müdür

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim ve tez hazırlığı döneminde kendisinden çok destek gördüğüm, sadece uzmanlık alanımda değil, diğer birçok konuda kendisinden çok şey öğrendiğim, Prof. Dr. Sabahat Tezcan'a en içten duygularıyla teşekkür ederim.

Sabahat Hocamın emekli olması nedeni ile yarım kalan tezimi devralan, tecrübesini, bilgisini, zamanını esirgemeyen, bana hoşgörü ve özveri göstererek destek veren Tez Danışmanım Prof Hilal Özcebe'ye tüm emekleri için teşekkür ederim.

Sağlık Merkezleri Koordinatörü Sayın Feza Korkusuz'a, Sıhhiye Sağlık Merkezi Sorumlu Hekimi Sayın Selahattin Kın'a, Sıhhiye Sağlık Merkezindeki çalışan tüm ekibime ve arkadaşlarıma doktora programım sırasında gösterdikleri destek ve anlayıştan dolayı teşekkür ederim.

Doktora programım ve tezimin hazırlığı döneminde bana emek veren Halk Sağlığı Anabilim Dalındaki tüm hocalarıma ve Anabilim dalı personeline ve bu ortamı sağlayarak desteklerini her fırsatta gösteren Anabilim Dalı Başkanı Sayın Levent Akın Hocama teşekkür ederim.

Doktora Programı sırasında bana emek veren Biyoistatistik Anabilim Dalındaki tüm hocalarıma ve Anabilim Dalı personeline ve bu destek ortamını sağlayan Biyoistatistik Anabilim Dalı Başkanı Sayın Ergun Karaağaoğlu'na teşekkür ederim.

Laboratuvar referans değişiklikleri tablosunun çıkarılmasına yardımcı olan Onkoloji Hastanesi Biyokimya Laboratuvarı sorumlusu Sayın Oytun Portakal'a teşekkür ederim.

Doktora programım boyunca bana maddi ve manevi destek olan ancak programı tamamladığımı göremeden hayata veda eden Kıymetli Babam İbrahim Polatkan'a, sabırla desteğini sürdüren annem Hülya Polatkan'a, kardeşim Sevin Uğur'a ve eşim Kemal Şimşek'e desteklerinden dolayı teşekkür ederim.

ÖZET

Şimşek, G. “H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi’nde 2005-2009 Yılları Arasında Kadrolu Çalışanların Sağlık Tarama Sonuçları ve Bunlarla İlişkili Faktörler Araştırması”, Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Programı Doktora Tezi, Ankara, Ocak 2014.

Tanımlayıcı tipte olan bu çalışma, Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi kadrolu personeline yapılan sağlık tarama bulguları ve tanıları ile bunlarla ilişkili faktörleri ortaya çıkarmak, personelin düzenli sağlık kontrolü konusunda farkındalığını arttırmak amacı ile yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen verilerin analizlerinde Ki-kare ve lojistik regresyon kullanılmış, taramanın yararı hesaplanmıştır. Ulaşılan personelin %48,9’u kadın, %26,7’si 40-44 yaş aralığında, %35,1’i akademik, %76,7’si evlidir. Araştırma sırasında görüşülen personelin %10,4’ü obezdir. Personelin %15,1’i kaza geçirmiş olup, bunların %65,2’si trafik kazasıdır. Personelin %18,0’ına tarama sonucunda ilaç başlanmış olup, bunların %67,6’sı beslenme ve kan hastalıklarında kullanılan ilaçlardır. Personelin beyan ettiği vakaların %16,7’si, tanı konulan vakaların %34,4’ü, endokrin, beslenmeye bağlı ve metabolik hastalıklar olmuştur. Taramanın yararının en yüksek bulunduğu hastalıklar üriner sistemin diğer hastalıkları (%97,0), obezite (%90,3), lipoprotein metabolizma bozuklukları ve diğer lipidemiler (%81,9), metabolik bozukluklar (%81,4) ve karaciğer hastalıkları (%80,0) olmuştur. Üriner sistemin diğer hastalıkları kadınlarda, erkeklere göre 5,8 kat yüksek olasılıkta saptanmıştır. Obezite, evli olan personelde evli olmayan personele göre 3,9 kat yüksek, idari personelde akademik personelden 1,8 kat yüksek, 41 yaş ve üzerindeki personelde 40 yaş ve altındaki personele göre 5,7 kat yüksek olasılıkta saptanmıştır. Lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler, erkeklerde kadınlara göre 2,5 kat yüksek, akademik personelde idari personele göre 1,7 kat yüksek, 41 yaş ve üzerindeki personelde 40 yaş ve altındaki personele göre 2,7 kat yüksek olasılıkta saptanmıştır. Metabolik bozukluklar erkeklerde kadınlara göre 2,4 kat yüksek, akademik personelde idari personel göre 1,6 kat yüksek, 41 yaş ve üzerindeki personelde 40 yaş ve altındaki personele göre 2,7 kat yüksek olasılıkta saptanmıştır. Karaciğer hastalıkları erkeklerde kadınlara göre 5,6 kat yüksek ve 41 yaş ve üzerinde 40 yaş ve altına göre 2,1 kat yüksek olasılıkta bulunmuştur. Tarama programları sonucunda belirlenen taramanın yararının en fazla olduğu en çok görülen hastalıklara ve bunların risk gruplarına özel müdahaleler ve maliyet analizleri yapılması çalışan sağlığının korunmasını ve geliştirilmesini sağlarken, maliyet etkin olarak bu hastalıkların kontrolünü de sağlayabilecektir.

Anahtar kelimeler: Sağlık tarama, erken tanı, kronik hastalıklar, risk faktörleri, korunma.

ABSTRACT

Simsek, G. Health Screening Results and Related Factors among the Permanent Academic and Administrative Staff of Hacettepe University at Sıhhiye Campus between 2005-2009. Hacettepe University Institute of Health Sciences, Ph.D. Thesis in Public Health, Ankara, 2014. This descriptive study was held on the staff working at Sıhhiye Campus of University of Hacettepe. It was aimed to find out the health status of personnel involved in health screening program at the university, and to increase the awareness of importance of regular (periodic) health examination. Chi-square and multivariate logistic regression were used for the analysis of data obtained from the study, and the yield of screening was also estimated. Of the total accessed staff, 48.9% were female, 26.7% of them were between 40-44 years old, 35.1% were academic staff, 76.7% were married. From the staff interviewed during the screening, 10.4% were obese. Among all personnel, 15.1% had an accident, 65.2% of them were traffic (motor vehicle) accidents. Following the screening, 18.0% of the staff were started to take medication, and 67.6% of which were related to hematologic or nutritional illnesses. Of the cases reported by personnel themselves, 16.7% and 34.4% of cases newly diagnosed were "endocrine, nutritional and metabolic" related disorders. Diseases with the highest yield of screening were other diseases of urinary system (97.0%), obesity (90.3%), lipoprotein metabolism disorders and other lipidemias (81.9%), metabolic disorders (81.4%), and liver diseases (80.0%). The frequency of other diseases of urinary system group was found 5.8 times higher in women than in men. The frequency of obesity was found 3.9 times higher in married staff than unmarried staff, 1.8 times higher in administrative staff than academic staff, 5.7 times higher over the age of 40 than under the age of 41. The frequency lipoprotein metabolism disorders, and other lipidemias group was found 2.5 times higher in men than in women, 1.7 times higher in academic staff than administrative staff, 2.7 times higher over the age of 40 than under the age of 41. The frequency of metabolic disorders group was found 2.4 times higher in men than in women, 1.6 times higher in academic staff than administrative staff, 2.7 times higher over the age of 40 than under the age of 41. The frequency of liver diseases group was found 5.6 times higher in men than in women, 2.1 times higher over the age of 40 than under the age of 41. Making special interventions and cost analysis on the most common diseases with the highest yield identified by screening and the risk factors provides health protection and promotion on staff and also may provide control of these diseases cost effectively.

Key words: Health screening, early diagnosis, chronic diseases, risk factors, prevention.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR	xii
ŞEKİLLER	xvi
TABLolar	xviii
1. GİRİŞ	1
1.1. Amaçlar	4
1.1.1. Yakın Erimli Amaçlar	4
1.1.2. Orta Erimli Amaçlar	4
1.1.3. Uzun Erimli Amaçlar	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Tarama Tanım	5
2.2. Sağlık Taramalarının Amaçları	5
2.3. Tarama Programlarının Geliştirilmesinde Önemli Özellikler	6
2.4. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (Noncommunicable Disease, NCD)	7
2.5. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri	8
2.5.1. Kan Basıncının Yükselmesi	8
2.5.2. Tütün Kullanımı	10
2.5.3. Kan Şekeri Yüksekliği	10
2.5.4. Fiziksel Aktivite Azlığı	11
2.5.5. Fazla Kiloluluk ve Obezite	11
2.6. Başlıca Görülen Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar	12
2.6.1. Kalp Damar Hastalıkları (KDH)	13
2.6.2. Diabetes Mellitus	15
2.6.3. Anemi	17
2.6.4. Tiroid Bezi Bozuklukları	17
2.6.5. Osteoporoz	18

2.6.6. Dislipidemiler	19
2.6.7. Karaciğer Hastalıkları	20
2.7. Üriner Sistem Enfeksiyonları	20
2.8. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Koruma ve Kontrolü	21
2.9. Kaza ve Yaralanma	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Yeri	23
3.1.1. Hacettepe Üniversitesinin Genel Tanıtımı	24
3.1.2. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Merkezlerinin Tarihçesi	24
3.2. Araştırmanın Evreni	25
3.2.1. Personelin Tarama Programına Katılan Katılım Yılları	26
3.2.2. Taramaya Katılan Personelin Çalıştığı Akademik ve İdari Birimler	27
3.3. Araştırmanın Tipi	29
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	29
3.5. Araştırmanın Uygulama Şekli	31
3.5.1. Sağlık Merkezlerinde Tarama Programının Başlatılması	31
3.5.2. Sıhhiye Sağlık Merkezlerinde Tarama Programının Yürütülmesi	32
3.5.3. Taramada Cinsiyete Göre İstenen Tetkikler	36
3.6. Araştırmada Kullanılan Terim ve Kriterlerin Tanımları	37
3.6.1. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Sosyo-Demografik Özellikleri ile İlgili Bazı Terim ve Kriterlerin Tanımı	37
3.6.2. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Beslenme Durumu ile İlgili Ölçüm ve Göstergeleri ile İlgili Terim ve Kriterlerin Tanımı	37
3.6.3. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Vital Bulguları ile İlgili Tanım ve Kriterler	38
3.6.4. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Özgeçmiş ve Soygeçmiş Bilgileriyle İlgili Terim ve Kriterlerin Tanımı	38

3.6.5. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Sistem Semptom İlgili Terim ve Kriterlerin Tanımı	41
3.6.6. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Fizik Muayeneleriyle İlgili Terim ve Kriterlerin Tanımı	43
3.6.7. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Tetkik Sonuçlarıyla İlgili Terim ve Kriterlerin Tanımı	43
3.6.8. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Sağlık Düzeyiyle İlgili Terim ve Kriterlerin Tanımı	52
3.6.9. Hacettepe Üniversitesi 2005-2009 Yılları Arasında Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Tarama Sonuçları ve Bunlarla İlişkili Faktörleri Değerlendirmekle İlgili Terim ve Kriterlerin Tanımı	52
3.7. Araştırmanın Verilerinin Analizi	54
3.8. Araştırmanın Süresi	55
3.9. Tez Çalışmasının Maliyeti	57
3.10. Etik Konular ve Araştırma İzinleri	57
3.11. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	58
3.12. Araştırmanın Kısıtlılıkları/Karşılaşılan Güçlükler	59
3.12.1. Taramayı Uygulayan Personelden Kaynaklanan Kısıtlılıklar	59
3.12.2. Taramaya Çağrılan Personel ve Personelin Kayıtlarından Kaynaklanan Kısıtlılıklar	62
3.12.3. Verilerin Veri Tabanına Girilmesi Sırasında Karşılaşılan Zorluklar	63
3.12.4. Araştırmanın Uygulanması ile İlgili Kısıtlılıklar	63
4. BULGULAR	64
4.1. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri	66
4.2. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Beslenme Durum Göstergesi	67

4.3. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Özgeçmiş ve Soygeçmiş Bilgileriyle İlgili Bulgular	68
4.4. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Vital Bulguları	80
4.5. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Sistem Yakınmalarına İlişkin Bulgular	81
4.6. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Fizik Muayenelerine İlişkin Bulgular	86
4.7. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Tetkik Sonuçlarına İlişkin Bulgular	89
4.8. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Sağlık Düzeyine İlişkin Bulgular ve Taramanın Yararı	115
4.9. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Tarama Sonuçlarıyla ve Taramanın Yararıyla İlişkili Faktörleri Değerlendirmeye Yönelik Bulgular	125
4.10. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesinde Personelin Beyan Ettiği ve Hekim Tarafından Tanısı Konulan Vakaların Bazı Sosyo Demografik Özelliklere Göre Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizleri	149
4.11. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde 2005-2009 Yılları Arasında Yapılan Sağlık Taramasındaki Muayene, Test ve Tetkiklerin Maaliyetlerinin Hesaplanması	175
5. TARTIŞMA	178
5.1. Sosyo-Demografik Özellikler, Özgeçmiş, Soygeçmiş Özellikleri, Kaza Beyanları, İlaç Kullanım Durumları Tetkik Sonuçları ve Hastalık Tanıları	178
5.2. Tanılarla İlişkili Faktörler	186
5.3. Sık Görülen ve Önemli Hastalıklar Açısından Taramanın Yararı	201
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	207
KAYNAKLAR	211
EKLER	232

- EK 1. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Sağlık Merkezinin Yerini Gösteren Harita
- EK 2. Araştırmada Kullanılan Tanımlayıcı Değişkenler ve zellikleri
- EK 3. Türkiye İlaçla Tedavi Kılavuzu (TİK 6)
- EK 4. H.. Sıhhiye Yerleşkesinde Bulunan Sıhhiye Sağlık Merkezinde Yapılan Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelde Tarama Muayenesi Sırasında Tanı Alan Gruplandırılmış Eski ve Yeni Vakaların En Sık Grlenlerinin Alt Grup Dağılımı.
- EK 5. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Sağlık Merkezi Sorumlu Hekimliğinden Alınan İzin Belgesi
- EK 6. Hacettepe Üniversitesi Senato Etik Kurul Onay Belgesi
- EK 7. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri, Erişkin Laboratuar Referans Aralıklarında Yapılan Değişiklikler ve Değişiklik Tarihleri Tabloları
- EK 8. Sonuç ve neriler
- EK 9. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Taramaya Katılan Personelin Kan BFT Değerlerine İlişkin Kutu izgi Grafikleri¹

SİMGELER ve KISALTMALAR*

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AB	Avrupa Birliği
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ALP	Alkaline Phosphatase
ALT	Alanin Amino Transferaz
Anti-HBs	Hepatitis B Surface Antibody
Anti-HCV	Hepatitis C Antibody
Anti-HIV	Human Immunodeficiency Virus Antibody
AST	Aspartat Amino Transferaz
BEİ	Bilgilendirme, Eğitim ve İletişim
BFT	Böbrek Fonksiyon Testleri
BKİ	Beden Kitle İndeksi
Bkz.	Bakınız
CDC	Centers For Disease Control
Cl	Chloride
CO ₂	Carbon dioxide
CYBE	Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
DALY	Disability-Adjusted Life Year
DEXA	Dual Energy X-ray Absorptiometry
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DM	Diabetes Mellitus
E	Erkek
ELISA	Enzyme-Linked Immunosorbant Assay
EKG	Elektrokardiyogram
ESH	Eritrosit Sedimantasyon Hızı
FTR	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon
Serbest PSA	Serbest Prostat Spesifik Antijen
ERFC	Emerging Risk Factors Collaboration

* Bu raporda yer alan kısaltmalar burada verilmiştir. Ancak kullanılan kısaltma standart olmayan veya bilinmeyen bir kısaltma ise şekil ya da tablo altlarında açıklamalarda verilmiştir.

FINAMI	Finland Myocardial Infarction
GBD	Global Burden of Disease Study
GGK	Gaitada Gizli Kan
GIS	Gastro İntestinal Sistem
GÖR	Gastro Özefagial Reflü
GGT	Gamma-Glutamyl Transferase
HBs Ag	Hepatitis B Surface Antigen
Hct	Hematocrit
HDL	High-Density Lipoprotein
H.Ü.	Hacettepe Üniversitesi
HT	Hipertansiyon
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ICD10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IDF	International Diabetes Federation
INN	International Nonproprietary Names
İİBF	İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
JNC 7	Joint National Committee 7
K	Kadın
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KBB	Kulak Burun Boğaz
KCFT	Karaciğer Fonksiyon Testleri
KGTA	Küresel Gençlik ve Tütün Araştırması
KMD	Kemik Mineral Dansitesi
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KDH	Kalp Damar Hastalıkları
LAP	Lenfadenopati
LDL	Low Density Lipoprotein
MCH	Mean Corpuscular Hemoglobin
MCHC	Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration
MCV	Mean Corpuscular Volume
MEDCHAMPS	Mediterranean Studies of Cardiovascular Disease and Hyperglycaemia: Analytical Modelling of Population Socio-

	Economic Transitions
MPV	Mean Platelet Volume
N	Sayı
Na	Sodyum
NAFLD	Non-Alcoholic Fatty Liver Disease
NCD	Noncommunicable Disease
NHANES	National Health and Nutrition Evaluation Survey
OKS	Oral Kontraseptif
Örn.	Örneğin
PA Akciğer grafisi	Posterior-Anterior Akciğer Grafisi
PACS	Picture Archiving and Communication Systems
Pap Test	Papanicolaou Test
Patent	Prevalence, Awareness and Treatment of Hypertension in Turkey (Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması)
Ph	Power of Hydrogen
PSA	Prostate-Specific Antigen
RDW	Red Cell Distribution Width
RIA	Rahim İçi Araç
S	Sayı
SHARE	Screening for Hong Kong Asymptomatic Renal Population and Evaluation Program
SHYO	Sosyal Hizmetler Yüksekokulu
SKS	Sağlık Spor ve Kültür Daire Başkanlığı
SSS	Santral Sinir Sistemi
TBC	Tüberküloz
TBSA	Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TC	Türkiye Cumhuriyeti
TEKHARF	Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
TFT	Tiroid Fonksiyon Testleri
TİK-6	Türkiye İlaçla Tedavi Klavuzu-6
TİT	Tam İdrar Tahlili
TKS	Tam Kan Sayımı
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TSH	Tiroid Stimulan Hormon
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TÜFE	Tüketici Fiyat Endeksi
TURDEP	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması
UHS	Uluslar arası Hastalık Sınıflamaları
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	United Nations Children's Fund
USG	Ultrasonography
USPSTF	United States Preventive Services Task Force
vb.	ve bunun gibi
VLDL	Very Low Density Lipoprotein
YLL	Years of Life Lost
YLD	Years Lost Due to Disability
WISQARS	Web Based Injury Statistics Query and Reporting System
TC	Türkiye Cumhuriyeti
TL	Türk Lirası

ÖLÇÜM BİRİMLERİ

cm	Santimetre
IU/ml	İnternasyonal Ünite/Mililitre
g/dl	Gram/Desilitre
kg	Kilogram
kg/m ²	Kilogram/(Metre kare)
mEq/L	Miliekivalan/Litre
mg/dl	Miligram/Desilitre
mmHG	Milimetre Civa
mm/saat	Milimetre/Saat
U/L	Ünite/Litre
vuru/dak	Vuru/Dakika
%	Yüzde

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
3.1. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Sağlık Merkezi.	23
3.2. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi.	23
3.3. Beytepe Sağlık Merkezi.	25
3.4. Sıhhiye Sağlık Merkezi.	25
3.5. Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi.	25
3.6. Çalışmaya Alınan Sağlık Tarama Dosyalarının Gösterimi.	26
3.7. Sağlık Merkezlerindeki Tarama Programının Planlanması ve Yürütülmesi.	32
3.8. EKG Çekimi.	34
3.9. İdrar Tahlili.	34
3.10. Fizik Muayene.	34
3.11. Boy Ölçümü.	34
3.12. Ağırlık Ölçümü.	34
3.13. Tarama Ekibi.	34
3.14. Taramada İncelenen Özellikler.	35
3.15. İdrar Tahlili Reaktif Çubuğunun Renk Skalası ile Karşılaştırılarak Parametrelerin Değerlendirilmesi.	51
3.16. Araştırmanın Akış Şeması.	56
3.17. Bilgisayardan H.Ü. Biyokimya Laboratuvarına Şifre ile Bağlantı Sağlanması.	60
4.1. Sağlık Taramasına Katılan Personelin BKİ'nin Dağılımı.	68
4.2. Personelin Kaza Öyküsüne Bağlı Olarak Yaralanma Sınıflamaları.	72
4.3. Sağlık Taramasında Personelin Kullandığını Beyan Ettiği İlaçlar	79
4.4. Sağlık Taramasında Hekimlerin Reçete Ettiği İlaçlar.	79

4.5.	Sağlık Taramasına Katılan Personelin Kan KCFT Değerlerinin Ortalama±Standart Sapma Grafiği.	91
4.6.	Sağlık Taramasına Katılan Personelin Referans Aralığına göre Total Kolesterol Değerlerinin Yüzde Dağılımı	96
4.7.	Sağlık Taramasına Katılan Personelin Referans Aralığına göre LDL Değerlerinin Yüzde Dağılımı	96
4.8.	Sağlık Taramasında Katılan Personelin Referans Aralığına göre 01.01.2005-03.12.2006 Tarihleri Arasındaki HDL Dağılımı	97
4.9.	Sağlık Taramasında Katılan Personelin Referans Aralığına göre 04.12.2006-31.05.2009 Tarihleri Arasındaki HDL Dağılımı	97
4.10	Sağlık Taramasında Katılan Personelin Referans Aralığına göre VLDL Değerlerinin Yüzde Dağılımı	98
4.11.	Sağlık Taramasında Katılan Personelin Referans Aralığına göre Trigliserit Değerlerinin Yüzde Dağılımı	98
4.12.	Sağlık Taramasına Katılan Personelin Hastalık Kategorileri Sınıflamaları	121

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
3.1. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Taramaya Katılım Yıllarına Göre Dağılımı (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).	27
3.2. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Çalıştıkları Birimlere Göre Dağılımı (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).	28
3.3. H.Ü. Sıhhiye Sağlık Merkezinde 2005-2009 Yılları Arasında Yapılan Sağlık Taramasına Katılan Personelin Cinsiyete Göre İstenen Tarama Testleri ve Tetkikleri.	36
3.4. DSÖ Kan Basıncının Sınıflandırması.	38
3.5. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde 2005-2009 Yılları Arasında Yapılan Sağlık Taramasında İleri Analizlere Alınan Hastalıklar (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).	53
4.1. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).	66
4.2. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Beden Kitle İndekslerinin (BKİ) Dağılımı (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).	67
4.3. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesinde Sağlık Taramasına Katılan Personelin Beyanına Göre Özgeçmiş Özellikleri (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).	69
4.4. H.Ü. Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Personelin Beyanına Göre Soygeçmiş Özellikleri (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).	69
4.5. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Öyküsüne Bağlı Olarak Kaza Geçirme Durumu (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).	70

- 4.6. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Öyküsüne Bağlı Olarak Yaralanma Sınıflamaları (Ocak 2005-Ağustos 2009, Ankara). 71
- 4.7. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Öyküsüne Bağlı Olarak Geçirilen Kaza Sayılarının Dağılımı (Ocak 2005-Ağustos 2009, Ankara). 73
- 4.8. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin İlaç Kullanım Durumunun Dağılımı (Ocak 2005–Ağustos 2009, Ankara). 73
- 4.9. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Personelin Tarama Öncesinde Kullandığı ve Tarama Sonrasında da Kullanması Önerilen İlaç ve Preparatlara İlişkin Sınıflandırmalar (Ocak 2005-Mayıs 2009). 74
- 4.10. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Vital Bulgularının Dağılımı (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara). 80
- 4.11. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi’ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelde Kaydedilen Sistem Yakınmalarının Dağılımı (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara). 82
- 4.12. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi’ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Fizik Muayenelerine İlişkin Bulgular. 86
- 4.13. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Kan KCFT Değerlerinin İlgili Referans Aralıklarına Göre Değerlendirilmesi (Ocak 2005 - Mayıs 2009, Ankara). 89
- 4.14. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Kan KCFT Değerlerinin Dağılımlarını Tanımlayıcı Ölçümler (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara). 90
- 4.15. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi’ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Kan BFT Değerlerinin İlgili Referans Aralıklarına Göre Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara). 92

- 4.16. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin BFT Dağılımlarını Tanımlayıcı Ölçümler (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara). 93
- 4.17. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Kan Lipid Profili Değerlerinin İlgili Referans Aralıklarına Göre Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara). 95
- 4.18. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Kan Lipid Profil Dağılımlarını Tanımlayıcı Ölçümler (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara). 99
- 4.19. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Kan TKS ve ESH Değerlerinin İlgili Referans Aralıklarına Göre Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara). 100
- 4.20. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin TKS ve ESH Dağılımlarını Tanımlayıcı Ölçümler (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara). 104
- 4.21. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Kandaki Bazı Hormonların Referans Aralıklarına Göre Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara). 109
- 4.22. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Bazı Hormon Dağılımlarını Tanımlayıcı Ölçümler (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara). 109
- 4.23. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Kandaki Eliza Testlerinin Referans Aralıklarına Göre Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara). 110
- 4.24. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin GGK testinin Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara). 111
- 4.25. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin TİT Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara). 111

- 4.26. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Pap Smear Testinin Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara). 112
- 4.27. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Mamografi Tetkikleri Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara). 113
- 4.28. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin KMD'lerinin Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara). 114
- 4.29. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesinde Bulunan Sıhhiye Sağlık Merkezinde Yapılan Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelde Tarama Muayenesi Sırasında Tanı Alan Gruplandırılmış Eski ve Yeni Vakaların Dağılımı. 115
- 4.30. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesinde Bulunan Sıhhiye Sağlık Merkezinde Yapılan Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelde Sık Görülen Hastalık ve/veya Hastalık Grupları için Taramanın Yararının Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara). 122
- 4.31. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Cinsiyete Göre BKİ'lerinin Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara). 123
- 4.32. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Soygeçmişinde Diabetes Mellitus Öyküsüne Göre Diabetes Mellitus Tanısı Konulan Vakaların Dağılımı (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara). 123
- 4.33. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Medeni Durumuna Göre Yaşının Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara). 124
- 4.34. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Medeni Durumuna Göre BKİ'nin Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara). 125
- 4.35. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesine Dâhil Edilen Kişilerin Bazı Sosyo-Demografik

- Özelliklere Göre Eski ve Yeni Tanı Alan Nutrisyonel Anemi Vakalarının Dağılımı ve Taramanın Yararının Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara). 126
- 4.36. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesine Dâhil Edilen Kişilerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Eski ve Yeni Tanı Alan Tiroid Bezi Bozuklukları Vakalarının Dağılımı ve Taramanın Yararının Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara). 128
- 4.37. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesine Dâhil Edilen Kişilerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Eski ve Yeni Tanı Alan Diabetes Mellitus Vakalarının Dağılımı ve Taramanın Yararının Değerlendirilmesi 130
- 4.38. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesine Dâhil Edilen Kişilerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Eski ve Yeni Tanı Alan Obezite Vakalarının Dağılımı ve Taramanın Yararının Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara). 132
- 4.39. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesine Dâhil Edilen Kişilerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Eski ve Yeni Tanı Alan Metabolik Bozukluklar Vakalarının Dağılımı ve Taramanın Yararının Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara). 134
- 4.40. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesine Dâhil Edilen Kişilerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Eski ve Yeni Tanı Alan Lipoprotein Metabolizması Bozuklukları ve Diğer Lipidemiler Vakalarının Dağılımı ve Taramanın Yararının Değerlendirilmesi 136
- 4.41. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesine Dâhil Edilen Kişilerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Eski ve Yeni Tanı Alan Hipertansif Hastalıklar Dağılımı ve Taramanın Yararının Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara). 138

- 4.42. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesine Dâhil Edilen Kişilerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Eski ve Yeni Tanı Alan İskemik Kalp Hastalıkları Dağılımı ve Taramanın Yararının Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara). 140
- 4.43. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesine Dâhil Edilen Kişilerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Eski ve Yeni Tanı Alan Atriyoventriküler ve Sol Dalcık Bloğu Vakalarının Dağılımı ve Taramanın Yararının Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara). 142
- 4.44. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesine Dâhil Edilen Kişilerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Eski ve Yeni Tanı Alan Karaciğer Hastalıkları Vakalarının Dağılımı ve Taramanın Yararının Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara). 144
- 4.45. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesine Dâhil Edilen Kişilerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Eski ve Yeni Tanı Alan Osteoporoz Vakalarının Dağılımı ve Taramanın Yararının Değerlendirilmesi (01 2005-05 2009). 146
- 4.46. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesine Dâhil Edilen Kişilerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Eski ve Yeni Tanı Alan Üriner Sistemin Diğer Hastalıkları Vakalarının Dağılımı ve Taramanın Yararının Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara). 148
- 4.47. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesinde Personelin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Eski ve Yeni Tanı Nutrisyonel Anemi Vakalarının Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları 150
- 4.48. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesinde Personelin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Eski ve Yeni Tanı Tiroid Bezi Bozuklukları Vakalarının Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları 152

- 4.49. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesinde Personelin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Eski ve Yeni Tanı Diabetes Mellitus Vakalarının Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları. 154
- 4.50. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesinde Personelin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Eski ve Yeni Tanı Obezite Vakalarının Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları 156
- 4.51. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesinde Personelin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Eski ve Yeni Tanı Metabolik Bozukluk Vakalarının Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları 158
- 4.52. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesinde Personelin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Eski ve Yeni Tanı Lipoprotein Metabolizması Bozuklukları ve Diğer Lipidemiler Vakalarının Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları 160
- 4.53. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesinde Personelin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Eski ve Yeni Tanı Hipertansif Hastalıklar Vakalarının Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları 163
- 4.54. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesinde Personelin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Eski ve Yeni Tanı İskemik Kalp Hastalıkları Vakalarının Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları 165
- 4.55. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesinde Personelin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Eski ve Yeni Tanı Atriyoventriküler ve Sol Dalcık Bloğu Vakalarının Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları 167
- 4.56. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesinde Personelin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Eski

ve Yeni Tanı Karaciğer Hastalıkları Vakalarının Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları	169
4.57. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesinde Personelin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Eski ve Yeni Tanı Osteoporoz Vakalarının Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları	171
4.58 Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesinde Personelin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Eski ve Yeni Üriner Sistemin Diğer Hastalıkları Vakalarının Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları	173
4.59 Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde 2005-2009 Yılları Arasındaki Sağlık Taramasında Yapılan Muayene, Test ve Tetkiklerin 2014 Yılı için Hesaplanmış Maaliyetleri	176

1. GİRİŞ

Toplum taramaları; hastalık belirtisi gözlenmemiş, görünüşte sağlam olan, popülasyonlarda sistematik olarak test, muayene veya işlemlerin uygulanması olup, bilinmeyen hastalık veya bozuklukları yaklaşık olarak belirleyebilmektedir. Taramalar şüpheli hastaları sağlamlardan ayırırken, erken tanı ve tedaviden yararlanabilecek bireyleri de saptamayı amaçlar (1-3).

Toplumsal sağlık çıktılarının ölçümü, fiziksel ruhsal ve sosyal yönden iyilik halinin dinamik durumunu, yansıtmaktadır. Sağlık çıktıları; toplumdaki kültürel, çevresel, politik, sosyal, ekonomik, davranışsal ve genetik faktörlerin karmaşık bir ağının sonucunda görülmektedir. Pozitif sağlık çıktıları; hayatta olmak, fiziksel sosyal ve ruhsal yönden iyi işlev görmek veya kendini iyi hissetmek olmakta, negatif sağlık çıktıları ise ölüm, fonksiyon kaybı ve kişinin kendini iyi hissetmemesi şeklinde tanımlanmaktadır. Risk faktörleri de klinik olarak bir hastalığın ortaya çıkmasını tahmin etmek amacı ile kullanılabilir özellikler ve niteliklerdir (4-6). Taramalar; risk faktörünün erken tanısı veya bir hastalığın tedavi edilebildiği bir evrede saptanmasını hedeflediğinden sağlık çıktılarının pozitif yönde olmasını sağlayabilmektedir.

Rutin tarama testleri hastalığın erken dönem tedavisinin geç dönemdeki tedavisine göre daha etkili ise önerilmektedir (7).

Tarama testi doğru, kullanışlı ve hastalar tarafından kabul edilebilir olduğunda uygulanmalıdır. Testin duyarlılığının düşük olması; hastalığın bu testle tam olarak saptanamadığını, düşük seçicilik ise önemli sayıda hastanın hasta olmamasına rağmen yanlışlıkla “hastalık var” olarak saptanması durumlarıdır. Böyle durumlarda gereksiz ileri testler, muayeneler, gereksiz aşırı tıbbi tedaviler ya da cerrahi tedaviler uygulanabilmekte, hastalarda önemli zararlara yol açabilmektedir. Tarama sırasında tanıya yönelik yapılan işlemlerin ve/veya tarama sonucunda saptanan hastalığın erken tedavisinin (yalancı pozitiflik durumu vb.) taramanın yararından ağır olabilen ciddi zarar riskinin olmaması gerekir (7).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2010 yılı Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalık Raporuna göre dünyada 2008 yılında görülen toplam 57 milyon ölümün %63'ü (36 milyonu) başta kalp damar hastalıkları, kanser, diabetes mellitus ve kronik solunum

yolu hastalıkları olmak üzere bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeni ile olmuştur (8,9). Özellikle ulusal gelir düzeyi düşük olan ülke, toplum ya da topluluklarda bu hastalıkların toplam yükü giderek artmaktadır (10). Tüm dünyada 2008 yılında görülen bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin %80'i (29 milyon) düşük ve orta gelirli ülkelerde olmuştur. Bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlere; %48 kalp damar hastalıkları, %21 kanserler, %12 kronik solunum yolu hastalıkları sebep olmaktadır. Diabetes mellitus (DM) ise, bu ölümlerin %3,5'unda doğrudan etkendir (10,11). Bulaşıcı olmayan hastalıklara (NCD) bağlı erken ölümler, düşük gelirli ülkelerde erkeklerde %22, kadınlarda %35 olurken, yüksek gelirli ülkelerde ise erkeklerde %8, kadınlarda %10 olmuştur. Yapılan projeksiyonlardan kalp damar hastalıklarına bağlı yıllık ölüm sayılarının 2008 yılında 17 milyon iken, 2030 yılında 25 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir. Kanser ölümlerinin de benzer şekilde bir artma göstereceği ve 7,6 milyondan 13 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir (12,13).

Düşük ve orta gelirli ülkelerde; küreselleşme, hızlı ve plansız kentleşme ve artan hareketsiz yaşam tarzları bulaşıcı olmayan hastalıkların hızla artmasına neden olmaktadır. Bu hastalıkların bir çoğunun altında yatan sebepler sıklıkla önlenemez ve davranışsal risk faktörleri olup bunlar; tütün kullanımı, sağlıksız diyet, yetersiz fiziksel aktivite, alkolün kötüye kullanımıdır (10,12).

Tüm dünyada ölümlerde için en başta gelen risk faktörü olan yüksek kan basıncı tüm ölümlerin %13'ünden, sigara kullanımı %9'undan, fiziksel aktivite azlığı %6'sından, fazla kiloluluk ve obezite ise %5'inden sorumludur (12).

Avrupa Parlamentosu ve Avrupa Konseyi tarafından Avrupa Birliğine (AB) üye ve aday ülkelerde halk sağlığı istatistikleri alanında karşılaştırılabilir veri elde edilmesini sağlamak amacı ile sağlık araştırmasının yapılması tüm üye ülkeler için zorunlu hale getirilmiştir. Bu araştırma kapsamında sağlık alanında idari kayıtlar yolu ile derlenemeyen bir çok göstergenin üretilmesi, ve bu konuda karara alıcılar ve araştırmacılara veri kaynağı oluşturmak amaçlanmıştır. "Türkiye Sağlık Araştırması 2010" da bu amaçla Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından toplam 6551 hanede uygulanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre 15 yaş üzeri bireylerde hastalık ya da sağlık sorunu yaşadığını belirtenlerin en sık görülen sağlık sorununun %16,4 ile bel bölgesi kas iskelet sistemi problemleri olduğu, ikinci sırada hipertansiyon geldiği

(%13,2), daha sonra da sırası ile romatizmal eklem hastalığı (%10,9), mide ülseri (%9,6), kireçlenme (%8,4) ve boyun bölgesi kas iskelet sistemleri problemlerinin olduğu (%7,8) bulunmuştur (14).

Türkiye’de ölüm nedenlerine ait bilgiler il ve ilçe merkezlerinde sağlık kurumları ve belediyeler tarafından tutulan kayıtların her ay İl Sağlık Müdürlüğü tarafından Türkiye İstatistik Kurumuna gönderilmesi sonucunda toplanmaktadır. İlk defa 2009 yılında olmak üzere, ölüm vakalarında ölüme sebebiyet veren ve ölümlerle ilgili tüm hastalıklar Uluslararası Hastalık Sınıflaması-10 (UHS-10)’a göre kodlanmıştır. Türkiye’de TÜİK tarafından yayınlanan 2009 yılı ölüm nedeni istatistikleri incelendiğinde, dolaşım sistemi hastalıklarının bütün ölümlerin %39,9’unu oluşturduğu ve tüm ölüm nedenleri arasında birinci sırada yer aldığı görülmüştür. Diğer ölüm nedenleri sırası ile kötü huylu tümörler (%20,7), solunum sistemi hastalıkları (%8,9), endokrin, beslenme ve metabolizma hastalıkları (%6,4) olmuştur (15).

İşyerlerinde yürütülen tarama programları ise çalışanların sağlık durumları ve risk faktörlerini belirlemek için yürütülmektedir. Çalışma yerinde işle ilişkili bir sağlık sorunu saptanması halinde ise işyerlerinde risk faktörlerinin azaltılmasına yönelik müdahaleler yürütülebilir, ayrıca kişinin sağlık sorununu çözümlenmesine ilişkin önlemler alınır. İşyerinde sistematik ve periyodik yapılan taramalar, surveyans sisteminin bir parçası olarak da kullanılabilir (2). Sağlık tarama programlarının işyerinde yürütülmesi ile risk faktörü olan kişilerin erken bilinçlendirilmesi sağlanabilir, hastalıklar erken tespit edilerek tedaviye erken başlanılabilir. İşyeri ortamları kronik hastalıklara karşı müdahale programlarının yürütülmesine de elverişli ortamlardır. İşyerlerinde sağlık taramalarının yapılmasıyla çalışanların ihtiyaçlarına yönelik özel müdahale programları hazırlanabilir. Bu sayede işgücünün verimliliğinin artması ve hastalık ve ölümlerin azaltılması sağlanabilir. Tarama programlarının kısa vadede maliyeti yüksek gibi görünse de, orta ve uzun vadede finansal kazanımlar sağlayabilmektedir (16-18).

Bu çalışma, 2005-2009 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi’ndeki Sağlık Merkezinde sağlık taramasına katılan kadrolu personelin sağlık tarama bulguları ve tanıları ile ilişkili olabilecek faktörleri incelemek, Hacettepe personelinin düzenli sağlık kontrolü konusunda farkındalığını artırmak,

taramanın toplam maliyetinin çıkarılması ve Hacettepe personeli için etkili ve sürdürülebilir müdahale programları geliştirilmesine katkıda bulunmak amacıyla yapılmıştır.

1.1. Amaçlar

1.1.1. Yakın Erimli Amaçlar

1. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesinde kadrolu çalışan akademik ve idari görevlilerin sağlık tarama bulguları ve tanıları ile bunlarla ilişkili olabilecek faktörleri ortaya çıkarmak

1.2.2. Orta Erimli Amaçlar

2. Hacettepe Üniversitesi personelinin düzenli sağlık kontrolü konusunda farkındalığını arttırmak

1.1.3. Uzun Erimli Amaçlar

3. Hacettepe personeli için etkili ve sürdürülebilir müdahale programlarının geliştirilmesine katkıda bulunacak bilimsel veri tabanı oluşturmak

4. Tarama programları konusunda yapılacak diğer çalışmalar için literatüre kaynak oluşturmak

5. Taramanın toplam maliyetinin çıkarılması

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Tarama Tanım

Tarama, kişilerde ya da nesnelere belirli bir özelliğin saptanması açısından tetkik edilmesi olup, herhangi bir şeyi, bir durum ya da aracın kapsamına almak ya da çıkarmak için yapılan seçme ya da saptama işlemi olarak da ifade edilmektedir (19,20).

Periodik sağlık kontrolü veya tambakı (check up) ise kişinin sağlıklı olup olmadığını göstermek için hekim tarafından yapılan incelemeleri ifade etmektedir (19,21,22).

2.2. Sağlık Taramalarının Amaçları

Taramalarda temel olarak sağlıklı bir toplumda gelecekte hastalanma yönünden riskli kişilerin belirlenmesi veya henüz semptomları olmayan hastaların saptanması esastır. Ancak taramalarda tanı koymaktan ziyade daha ileri yöntemlerle tanısı doğrulanmak üzere var olan pozitif bir bulgunun erken dönemde ortaya çıkarılması amaçlanmıştır (3,23,24).

Sağlık tarama hizmetlerinin temel hedefi müdahalelerin daha etkili olacağı kadar erken dönemde hastalıkları yakalayabilmek ya da engelleyebilmektir (24). Bu programların yürütülebilmesi için tüm hedef grubu kapsayacak şekilde anormal sonuçların tanısını doğrulayabilecek, tedavi ve izlemi sağlayabilecek kaynaklar (personel, malzeme) yeterli olmalıdır. Taramada incelenecek hastalığın prevalansı, taramanın maliyetini ve gösterilen çabayı haklı çıkarabilecek kadar yüksek olmalıdır (24,25). Tarama programları, etkinliği kanıtlandığı zaman yürütülmelidir. Özellikle kaynakları kısıtlı ülkelerde olmak üzere tarama maliyetlerini düşürecek kanıta dayalı bir çok çalışma halen devam etmektedir. (Örneğin mamografinin yerini klinik meme muayenesinin almasının sağlanması gibi vb.) (24).

Tarama testleri biokimyasal, fizyolojik, radyolojik, doku örneklerini içerebilir. Gelecekte genetik testlerin de hastalık risklerini tahmin etmede önemli rol oynayacağı tahmin edilmektedir (25).

2.3. Tarama Programlarının Geliştirilmesinde Önemli Özellikler

Tarama programları, sağlık sorunlarının taranacak toplumdaki dağılımı, nedenleri, teşhis ve tedavisi göz önünde bulundurularak geliştirildiğinde, zaman ve kaynak israfı önlenmiş olur. Taranacak hastalık toplum içinde sık görülen, ölüme yol açabilen, sekel bırakan ve işgücü kaybına yol açan önemli bir sağlık sorunu olmalıdır. Ayrıca taramada saptanacak hastalıklar için fikir birliğine varılmış uygun tedavi yöntemleri olmalı, bu hastalıkların tanınması için yeteri kadar latent veya erken semptomatik bir dönem bulunmalıdır (3). Hastalığın tanısında kullanılan test doğru bir şekilde hasta ve hasta olmayan bireyleri ayırabilmelidir (3,26,27).

Bir tarama programının yararlı olabilmesi için testin, tanısal işlemlerin ya da tedavinin yol açabileceği fiziksel ve psikolojik zararlar da değerlendirilmelidir (27). Kullanılması planlanan tarama testleri, kişiye zarar vermemeli, toplum tarafından kabul edilebilir olmalı, kliniklerde uygulanabilir olmalıdır. Ayrıca bu testlerin seçiciliği ve duyarlılığının olabildiğince yüksek olması istenmektedir. Örneğin yalancı pozitif sonuçlar, hastalarda anksiyeteye yol açabilirken hastaların etiketlenmesi gibi bir duruma da sebep olabilir. Hastalar bu nedenle altın standart olarak kabul edilen ancak yan etki ve komplikasyon potansiyeli yüksek CT, anjiyografi gibi ileri tetkikler yaptırmaya yönlendirilebilmektedir. Yalancı pozitiflik sağlık sistemi üzerine ek maliyetler getirebilmekte, personel, zaman ve kaynak israfına yol açabilmektedir. Yalancı pozitiflik durumlarında öncelikli hastalar atlanabilir, hastaya daha faydalı olabilecek koruyucu aktivitelere verilmesi gereken zamanın harcanmasına yol açabilir. Bu durumlarda ayrıca kişilere gereksiz yere fazladan tedavi (overtreatment) verilmesi de söz konusu olabilir. Örneğin gereksiz ilaç kullanımına bağlı yan etkilerle, gereksiz cerrahi müdahalelerle vb. hastalara zarar verilmiş olunabilir.

Taramalarda maliyet-yarar dengesi her aşamada gözetilmeli, hastaların erken teşhis ve tedavi masrafları, tarama masraflarından az olmasına çalışılmalıdır. Tüm bu sonuçlar, tarama testlerinde olması gereken özellikler konusunda da yeterli ve güçlü bilimsel kanıtlarla hareket edilmesi gerekliliğini de ortaya koymaktadır (3,24-26,28-30).

2.4. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (Noncommunicable Disease, NCD)

Tüm dünyada bulaşıcı olmayan hastalıklar en önde gelen ölüm nedenleri olup, bu hastalıkların büyük çoğunluğu önlebilir hastalıklardır. 60 yaş altı 9 milyondan fazla ölüm, bulaşıcı olmayan hastalıklara atfedilmektedir (12,31).

Bulaşıcı olmayan hastalıklardan ölümlerin %80'i KDH, kanserler, kronik pulmoner hastalıklar ve diabetes mellitusa bağlıdır. Bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölüm hızları ülkelerin gelir düzeyleri ile yakından ilişkilidir. Bu ölümlerin %80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde olmakta ve en fazla orta yaşlarda görülmektedir. Yüksek gelirli ülkelerde 60 yaş altında erken ölümler %13 iken, yüksek-orta gelirli ülkelerde %25'e çıkmakta, düşük-orta gelirli ülkelerde %28'i bulmakta ve düşük gelirli ülkelerde de %41'e yükselmektedir (12,31,32).

Bulaşıcı olmayan hastalıkların ekonomik sonuçları oldukça fazladır. Sağlık hizmet giderlerinin yüksek olmasına, hastalık ve erken ölümlere bağlı ekonomik üretkenlikte azalma ve kayıplara yol açarlar (32).

Bulaşıcı olmayan hastalıklar, temelde dört risk faktörü ile ilişkilidir. Bunlar, tütün kullanımı, fazla alkol tüketimi, kötü beslenme ve fiziksel aktivite azlığıdır (32).

Amerika Birleşik Devletlerinde 2010 yılı için kaybedilen yaşam yılları (Years of life lost; YLL) incelendiğinde en fazla görülen hastalıklar; iskemik kalp hastalığı, akciğer kanseri, inme, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve trafik kazaları olmuştur. ABD 2010 yılı için sakatlıkla kaybedilen yaşam yılının (Years Lost Due to Disability; YLD) en fazla görüldüğü hastalıklar ise, bel ağrısı, majör depresif bozukluklar, diğer kas iskelet sistemi hastalıkları, boyun ağrısı ve anksiyete bozuklukları olmuştur (33).

2004 Türkiye Hastalık Yüklü Çalışmasına göre ise YLL dağılımları incelendiğinde en fazla görülen hastalıklar; perinatal nedenler, iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, alt solunum yolu sistemi enfeksiyonları, konjenital anomaliler ve karayolu trafik kazalarıdır. Aynı yılın YLD yüzde dağılımları incelendiğinde ise nöropsikiyatrik hastalıklar %27,8; kas-iskelet sistemi hastalıkları %9,9; istemsiz yaralanmalar %9,3; solunum yolu hastalıkları ise %8,2 olarak saptanmıştır (34).

2012 yılı için Türkiye ölüm nedeni istatistikleri incelendiğinde, ölüme sebep olan ilk altı hastalık grubu sırasıyla; %37,9 ile dolaşım sistemi hastalıkları, %21,1 ile

kötü huylu tümörler (malign neoplazmlar), %9,7 ile solunum sistemi hastalıkları, %6,0 ile endokrin, beslenme ve metabolizmayla ilgili hastalıklar, %4.3 ile sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları ve %4,1 ile dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmelerdir (35).

2.5. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri

ABD işlev kaybına göre düzeltilmiş yaşam yılı (DALY) için önde gelen risk faktörleri beslenme sorunları, tütün kullanımı, beden kitle indeksi yüksekliği, açlık kan şekeri yüksekliği, fiziksel aktivite azlığı ve alkol kullanımı olarak belirtilmiştir (33).

Küresel düzeyde ölümlerin en önemli risk faktörleri ise kan basıncı yüksekliği, tütün kullanımı, kan şekeri yüksekliği, fiziksel aktivite azlığı, fazla kiloluluk ve obezitedir. Bunlar kalp hastalıkları ve kanserler gibi kronik hastalıkların artmasından da sorumludur. Bu risk faktörleri tüm gelir düzeyindeki ülkeleri etkilemektedir (11).

2.5.1. Kan Basıncının Yükselmesi

Hipertansiyon sistolik kan basıncının 140 mmHg veya üzerinde olması ve/veya diyastolik kan basıncının 90 mmHg veya üzerinde olması olarak tanımlanmaktadır. Birinci basamakta en sık karşılaşılan hastalıklardan biridir. Erken dönemde saptanarak tedavi edilmediğinde miyokard enfaktüsüne, inmeye, böbrek yetmezliğine hatta ölümlere yol açabilir (36,37).

2000 yılı itibariyle dünyada erişkin nüfusun %26,4'sının hipertansiyonu olduğu ve bu oranın 2025 yılında %29,2'ye çıkacağı öngörülmüştür. Bir diğer deyişle, halen 972 milyon insanın hipertansiyonu vardır ve 25 yıl sonra bu rakam 1,5 milyarı aşacaktır (38).

Yüksek kan basıncının yılda 7,5 milyon ölüme neden olduğu tahmin edilmektedir. Bu da küresel olarak tüm ölümlerin yaklaşık %13'üne denk gelmektedir (10,11,13).

Yüksek kan basıncının en önemli belirleyicilerinden biri de yüksek tuz tüketimidir. Yapılan çalışmalar, ülkemizde tuz tüketiminin Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği değer yaklaşık üç katı kadar olduğunu göstermektedir. Aşırı tuz

tüketiminin ayrıca inme, mide kanseri, osteoporoz, böbrek hastalıklarının gelişimiyle de yakından ilişkili olduğu belirlenmiştir (10,39).

Kronik stress hipertansiyona yol açabilir. .2011’de Sağlık tarafından yapılan bir çalışmada akademisyenlerde tükenmişlik duygusunun giderek artmakta olduğu vurgulanmıştır (40,41).

Türkiye’de hipertansiyona atfedilen ölüm sayıları tüm ölümlerin %25,2’sini oluşturmaktadır. Hipertansiyon’a atfedilen DALY sayıları incelendiğinde yüksek tansiyonun önlenmesi ile toplam hastalık yükünün %8,6’sının önlenebilir olduğu gösterilmiştir (34).

Türkiye’de 4992 kişide yapılan Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışmasına (Patent) (2005) göre hipertansiyon prevalansı %31,8 olup, erkeklerde %27,5, kadınlarda ise %36,1 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada ortalama sistolik kan basıncının her iki cinste yaşla birlikte artış gösterdiği ve 80 yaşından sonra azaldığı görülmüştür. Ortalama sistolik kan basıncı 18-29 yaş grubu hariç, kadınlarda tüm yaş gruplarında erkeklerden daha yüksek bulunmuştur. Ortalama diyastolik kan basıncı da her iki cinste yaşla birlikte artış göstermekte ve 70 yaştan sonra azalma eğilimi göstermektedir. Çalışmada diyastolik kan basıncı değerleri de 40 yaş sonrasında kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (42).

Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması (Patent2) 2012’de tekrarlanmış, hipertansiyon 18 yaş üzeri tüm yaş gruplarında %30,3; erkeklerde %28,4; kadınlarda %32,3 olarak saptanmıştır (43).

ABD Koruyucu Hizmetler Birliği (United States Preventive Services Task Force; USPSTF) 18 yaş ve üzerindeki tüm bireylerin hipertansiyon açısından taranmasını önermiş, ancak tarama aralığı için süre vermemiştir (kanıt yetersiz). Yüksek Kan Basıncı Saptama Değerlendirme, Tedavi, Koruma Ortak Ulusal Komitesi ise (Joint National Committee 7; JNC 7) ise kan basıncı 120/80’nin altında olanların her iki yılda bir taranmasını, sistolik kan basıncı 120-139 mmHg olanların veya diastolik kan basıncı 80-90 mmHg olanların her yıl taranmasını önermektedir (44,45). Avrupa Kardiyoloji ve Avrupa Hipertansiyon Cemiyetleri ise; kan basıncı yüksek normal olan veya beyaz önlük kan basıncı olanların en az yılda bir defa kontrol yaptırılmalarını, ayrıca kalp damar hastalıkları (KDH) risk profillerinin

değerlendirilmesini ve yaşam tarzı değişiklikleri konusunda desteklenmeleri gerektiğini ifade etmektedirler (46).

Japonya’da yapılan düzenli sağlık taramaları içeren toplum tabanlı programların ve yaşam tarzı üzerine odaklanmış sağlıklı geliştirici kampanyaların kan basıncı yükseklikleri ve inmeleri düşürdüğü gösterilmiştir (47).

2009 yılında 1385 hipertansif kişi üzerinde, 260 birinci basamak merkezde yürütülen bir çalışmada sağlıklı yaşam tarzlarının özellikle kilo kontrolünün kan basıncını kontrolünde önemli olduğunu vurgulanmıştır (48).

2.5.2. Tütün Kullanımı

Tütün kullanımı, küresel düzeyde ölümlerin %9’undan sorumludur (11). Küresel düzeyde erkeklerin %40’ı kadınların %9’u sigara içse de, bazı ülkelerde kadınlarda tütün kullanım epidemisi giderek artmaktadır. Sigara ile ilişkili risk erkeklere göre kadınlarda oransal olarak daha yüksektir (49,50).

Küresel Gençlik ve Tütün Araştırmasına göre Türkiye genelinde 15 ve daha yukarı yaştaki bireylerin 2008 yılında %31,3’ü her gün veya ara sıra tütün ve tütün mamullerini kullanmakta iken, 2012 yılında bu oran yaklaşık olarak %27’ye düşmüştür (51,52).

2.5.3. Kan Şekeri Yüksekliği

Kan şekeri yüksekliği, küresel düzeyde ölümlerin %6’sından sorumludur. 2004 yılında tüm dünyada 3.4 milyon kişinin ölüm nedenidir. Bunun 1,3 milyonu düşük gelirli ülkelerde, 1,5 milyonu orta gelirli ülkelerde, 0,6 milyonu da yüksek gelirli ülkelerde olmuştur (11).

Santral obezitenin kan şekerini yükseltici etkisi vardır (53).

Prediyabet: Normal glukoz toleransı üst sınırı ile aşikar diabetes mellitus arasındaki süreç “prediyabetik dönem” olarak adlandırılır. Bu süreçte glukoz metabolizmasının ara bozuklukları olan “Bozulmuş Açlık Glukozu” (BAG: açlık kan glukozunun 100-125 mg/dl olması) ve “Bozulmuş Glukoz Toleransı” (BGT: Oral glukoz tolerans testinde 2. saat kan glukozunun 140-199 mg/dl olması) yer alır. Bu süreçteki kişiler “prediyabetik” olarak kabul edilmektedirler. Kişide prediyabet varlığında genellikle klinik yakınma yoktur. Bu durumlarda kalp hastalığı riski de artmaktadır. Diabetes mellitus riski yüksek olan kişilerde yapılan DM önleme

çalışmasında, kilo kaybı ve fizik aktiviteyi arttıran yaşam tarzı müdahalelerinin üç yıllık bir dönem boyunca DM gelişimini azalttığı gösterilmiştir (54-57).

2.5.4. Fiziksel Aktivite Azlığı

Küresel düzeyde fizik aktivite azlığına bağlı her yıl 3,2 milyon kişi ölmektedir. Bu değer küresel ölümlerin %6'sına denk gelmektedir (10,11). Düzenli fiziksel aktivite; kalp damar hastalıkları, yüksek kan basıncını, diabetes mellitus, meme ve kolon kanseri ve depresyon riskini azaltır (10).

2.5.5. Fazla Kiloluluk ve Obezite

Küresel düzeyde ölümlerin %5'inden sorumludur (11).

BKİ 25,0-29,9 kg/m² olan olgular “kilo fazlalığı”, BKİ ≥ 30 kg/m² olanlar ise “obez” olarak kabul edilmektedir (58).

Obezite vücutta aşırı miktarda yağ birikimi ve depolanması bulunması durumudur.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) belirlemelerine göre toplumun %25'i obez, %25'i fazla kilolu, %25'i de normal kilolu ancak genetik olarak obeziteye eğilimlidir (59).

Uganda'da 2011 yılında 1656 kişide yapılan bir çalışmada fazla kiloluluk %18, obezite %5,3 olarak bulunmuştur (60).

1998 yılı Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Araştırması-I (TURDEP) çalışmasında Türk Erişkin toplumunda 24.788 kişinin taranmış ve obezite prevalansı kadınlarda %30, erkeklerde %13, genelde ise %22,3 olarak tespit edilmiştir. Yaş dağılımına göre incelendiğinde prevalansın 30'lu yaşlarda arttığı, 45-65 yaşları arasında pik yaptığı görülmüştür (61).

TURDEP-I çalışmasından 12 yıl sonra 2010'da yapılan TURDEP-II çalışmasında Türk erişkin toplumunda obezite prevalansı %31,2 olarak bulunmuştur Kadınlarda obezite prevalansı %44, erkeklerde ise %27 olarak bulunmuştur (59).

1998, 2003 ve 2008 yılında yapılan 15-49 yaş grubu kadınların çalışma kapsamına alındığı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) incelendiğinde obezite prevalansı sırası ile %18,8; %22,7 ve %23,9 olarak bulunmuştur. Obezitenin kadın nüfusta yıllar içinde giderek arttığı görülmüştür (62).

Kutlutürk ve arkadaşlarının 2011’de 1095 kişi arasında Tokatta yaptıkları bir çalışmada erişkinlerde obezite prevalansının yüksek olduğu, BKİ ile metabolik risk faktörleri (hipertansiyon, açlık plazma glukozu ve hiperlipidemi), arasında pozitif korelasyon bulunduğu ve BKİ en yüksek yaş grubunun 40-49 yaş grubu olduğu gösterilmiştir (63).

2005 yılında Efil’in Afyonda 501 sağlık personelinde yaptığı bir çalışmada sağlık çalışanlarındaki obezite sıklığı düşük bulunmuş, ileri yaş ve evli olmanın, obezite riskini arttırdığı saptanmıştır (64).

Amerika’da 2005-2007 yılları arasında obezitenin engellenmesine yönelik 16 okulda ve 413 okul personelinde yapılan randomize kontrollü bir çalışmada okullar 6 müdahale 6 kontrol grubuna ayrılmış. Müdahale gruplarına diyet düzenlenmesi fizik aktivitenin artırılması gibi obezitenin engellenmesine yönelik çeşitli sağlıklı geliştirici aktiviteler uygulanmış. Obezite için müdahale yapılan gruplarda yaşla ilerleyici şekilde artan kilo alım eğiliminin yavaşladığı hatta tersine çevrildiği gösterilmiştir (65).

2014 yılında yayınlanan ve Çin’de Jiangnan Üniversitesinin 2428 çalışınında yapılan metabolik sendrom ve bileşenlerinin araştırıldığı bir çalışmada obezite olan grupta obezite olmayan gruba göre, idari personel akademik personelden 1,85 kat daha yüksek olasılıkta bulunmuştur. Jiangnan Üniversitesinde idari işler ya da ofis işleri genellikle çok fazla oturarak yapılan sedanter davranış biçimlerini içeren işler olarak, akademik işler ise genellikle ders vermek için binalar arasında hareketi gerektiren işler olarak tanımlanmıştır (66). Literatürde çok fazla akut ve kronik kesintisiz olarak oturarak yapılan işlerin fiziksel aktiviteden bağımsız olarak düşük enerji harcanması, azalmış insülin ve azalmış iskelet kası lipoprotein lipase aktivitesine bağlı olarak kardiyometabolik risklerin artışı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (67-69).

2.6. Başlıca Görülen Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar

Türkiye’de son 80-90 yılda başta bulaşıcı hastalıklar, ana çocuk sağlığı sorunlarının çözülmesi gibi önemli kazanımlar olmakla beraber, sağlıklı yaşam tarzlarında bazı olumsuz değişimler kronik dejeneratif hastalıkları da giderek artırmıştır (70). Başlıca görülen bulaşıcı olmayan hastalıklar;

2.6.1. Kalp Damar Hastalıkları (KDH)

Bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı görülen 36 milyon ölümün, yaklaşık olarak yarısı KDH nedeniyledir. Küresel hastalık yükünün (DALY) %10'u da KDH'na atfedilmektedir. Günümüzde tüm KDH ölümlerinin den fazlasının %80'inin gelişmekte olan ülkelerde meydana geldiği tahmin edilmektedir (49,71).

Kalp damar hastalıkları, dünyada endüstrileşmiş ülkelerde önemli ölüm nedenlerindedir. KDH, ayrıca tip 2 diabetes mellitus'un da önemli komplikasyonlarından biridir. KDH'ları Diabetes mellitus'lu kişilerin %50 veya %80 ölümlerinden sorumludur. Bir çok kalp damar hastalığı; tütün kullanımı, sağlıksız diyet, obezite, fiziksel inaktivite, yüksek kan basıncı, DM ve yükselmiş lipid düzeyi gibi risk faktörlerinin kontrolü ile önlenabilir. Gelişmiş ülkelerde bu önlemler uygulanıp KDH trendleri düşerken, gelişmekte olan ülkelerde küreselleşme, plansız kentleşme, toplumların yaşlanması gibi nedenlerin de katkısı ile KDH giderek artmaktadır. Özellikle düşük ve orta gelirli ülkeler, tütün gibi risk faktörlerine daha fazla maruz kalmaktadır, erken tarama hizmetleri de dâhil etkili ve eşit sağlık hizmetlerine de ulaşamamaktadır. Düşük ve orta gelirli ülkelerde insanlar KDH'na bağlı olarak en üretken yaşlarında ölmektedirler KDH; Avrupa'da 75 yaşında önce gerçekleşen tüm ölümlerin kadınlarda %42 erkeklerde %38 nedenidir (72-74).

Türkiye Hastalık Yüğü Çalışmasına göre ulusal düzeyde temel hastalık grupları içinde kalp damar hastalıklarına bağlı görülen ölümler %47,7 olup birinci sırada yer almaktadır. Erkeklerdeki toplam ölümlerin %43,9'u, kadınlardaki toplam ölümlerin de %52,3'ü kalp damar hastalıkları nedeniyle olmaktadır (34).

Kalp Damar Hastalıkları 2 grupta incelenebilir.

Ateroskleroza Bağlı Kalp Damar Hastalıkları

1. İskemik kalp hastalıkları veya koroner arter hastalıkları (kalp krizi gibi)
2. Serebrovasküler hastalık
3. Hipertansiyon ve periferik vasküler hastalıkları da içeren aorta ve arterlerin hastalıkları

Diğer Kalp Damar Hastalıkları

1. Konjenital hastalıklar
2. Romatizmal kalp hastalıkları

3.Kardiyomyopatiler

4. Kardiyak aritmiler (71).

Erkeklerde 2000 yılında kalp-damar hastalıklarına bağlı nedenlerle gerçekleşen ölüm sayısı 102.386'dır. Bu sayının 2010 yılında 134.700'e, 2020 yılında 175.663'e, 2030 yılında ise 235.567'ye ulaşacağı beklenmektedir. 2000 yılında Türkiye'de kadınlarda kalp-damar hastalıklarına bağlı olarak gerçekleşen ölüm sayısının 103.071 olduğu, bu sayının 2010 yılında 123.411, 2020 yılında 144.297 ve 2030 yılında 180.530'a çıkacağı hesaplanmaktadır. Otuz yıllık sürede kadınlarda kalp-damar hastalıklarına bağlı ölümlerin 1,8 kat artış göstereceği tahmin edilmektedir (75).

Kalp ve damar hastalıkları ile ilgili risk faktörleri arasında ateroskleroz gelişimini destekleyen ileri yaş, cinsiyet, genetik ve etnik etkenler "değiştirilemez etkenler" grubuna girerken, sigara ve diğer tütün ürünleri, sağlıksız beslenme alışkanlıkları, sedanter yaşam, şişmanlık, kan yağlarının yüksekliği, kan basıncı yüksekliği ve kan şekeri yüksekliği, alkolün kötüye kullanımı "düzeltilebilir risk faktörleri" grubundadır. Ayrıca düşük eğitim düzeyi, psikolojik faktörler (stress depresyon vb), artmış homosistein düzeyi de ateroskleroz gelişimine katkıda bulunan diğer risk faktörleridir (71,76,77).

Danimarka'da 435 kişide yapılan bir çalışmada, adolesan dönemde televizyon izleme ve boş zamanlarında ekran başında olma zamanı uzamış olan kişilerde genç erişkin dönemde birçok KDH risk faktörünün olumsuz yönde etkilendiği gösterilmiştir (78).

Koroner Kalp Hastalığı

Koroner arter hastalığında koroner arterlerden bir veya daha fazlasında görülen değişiklikler kalbe olan kan akımında yetersizliğe (iskemi) neden olur. Koroner arter hastalığının ana nedeni bu damarlarda ateroskleroz bulunmasıdır (79).

Türkiye Hastalık Yüğü Çalışmasına göre ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk on hastalığın % dağılımı incelendiğinde iskemik kalp hastalığı %21,7 olarak bulunmuştur (34). Aynı çalışmada hastalık yükünü oluşturan (DALY) ilk 10 hastalık içinde ise iskemik kalp hastalıkları (%8) ikinci sırada gelmektedir (34).

TÜİK tarafından 2013 yılında yayınlanan Sağlık Araştırması 2012'ye göre 15 yaş ve üzeri bireyler tarafından belirtilen hastalıkların cinsiyete göre dağılımı

incelendiğinde, koroner kalp hastalığı erkekte %4,3, kadında %4,5, toplamda %4,4, olarak, enfarktüs erkekte %1,2, kadında %0,7, toplamda %1,0 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada hekim tarafından teşhis edilen hastalık/sağlık sorunlarının cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde koroner kalp hastalığı erkekte %4,0, kadında %4,2, toplamda %4,1, olarak, enfarktüs erkekte %1,2, kadında %0,6, toplamda %0,9 bulunmuştur (80).

2012'de yayınlanan MedCHAMPS projesinde değerlendirilen Türkiye'de yapılan çalışmalara göre 30 yaş üstü koroner kalp hastalığı prevalansı toplamda %5,2 ile %10,9; erkekte %7,5 ile %17,4; kadında %1,7 ile %8,3 arasında değişmektedir (81).

Lammintausta ve arkadaşlarının 2013'de yayınladıkları 35-99 yaşları arasında akut koroner sendromlu 15330 kişideki FINAMI (Finland Myocardial Infarction) kayıtlarının incelenmesiyle yapılan bir çalışmada yalnız yaşayan ya da bekarlarda kalp krizi riskinin arttığı gösterilmiştir (82).

Kalp damar hastalıklarından korunmada toplumda geniş tabanlı bir tuz azaltma programının yürütülmesi, yüksek tüketim seviyeli ülkelere alkolün vergilendirilmesi, tuz, doymuş yağ, trans yağın diyetle azaltılması, sağlıklı diyet ve fiziksel aktivite için yazılı ve görsel medianın kullanılarak toplum farkındalığının artırılması, yüksek kalp damar hastalığı riski ve diabetes mellitus'u olanlarda düşük fiyatlı ilaç tedavisi alınması gibi programların yürütülmesi KDH'nın eğilimini düşürmektedir (74).

Sol Dal Bloğu

Adalet ve arkadaşları Türk erişkin nüfusunu temsil eden Türkiye'nin 7 ayrı yerleşim biriminden seçilen 20 yaş ve üzeri 2535 kişilik örnekleme EKG bulguları ve aritmi sıklığını araştırmışlardır. Bu çalışmada sol dal bloğu, Türkiye prevalansı %5,5 olarak saptanmıştır. İleri yaş grubunda sol dal bloğunun arttığı gösterilmiştir (83).

2.6.2. Diabetes Mellitus

2010 yılında tüm dünyada erişkin (20-79 yaş) nüfusta diabetes mellitus prevalansı %6,6'dır ve 2030 yılında %18 artış ile bu değer %7,8 olacağı öngörülmektedir (56).

Dünya'daki toplam Diabetes mellitus'lu hasta sayısı 347 milyonu bulmaktadır. DM'li hastaların %80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde bulunmaktadır (84,85).

Her yıl yaklaşık 4 milyon kişi DM'a bağlı ölmektedir. Yaklaşık onlarca milyondan fazla kişi de inme, kalp krizi, böbrek yetmezliği, körlük ve amputasyonlar gibi yaşamı tehdit eden ve sakat bırakan komplikasyonlardan yakınmaktadır (86).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan projeksiyonlara göre 2030 yılında Diabetes mellitus'a bağlı görülen ölümler, ölüm nedenleri içinde 7. sırada olacaktır (10).

Türkiye Hastalık Yüğü Çalışmasına göre ulusal düzeyde temel hastalık grupları içerisinde Diabetes mellitus'a bağlı görülen ölümler, erkeklerde %1,61, kadınlarda %2,94, toplamda % 2,22 olarak saptanmıştır (34).

TÜİK tarafından 2013 yılında yayınlanan Sağlık Araştırması 2012'ye göre 15 yaş ve üzerinde bireyler tarafından belirtilen hastalıkların dağılımı incelendiğinde diabetes mellitus %6,8 olarak bulunmuştur (80). Aynı çalışmada hekim tarafından teşhis edilen sağlık sorunlarının dağılımı incelendiğinde ise diabetes mellitus %6,7 olarak saptanmıştır (80).

DM bir çok risk faktöründen bağımsız olarak enfeksiyon hastalıkları, dış nedenler, kasıtlı olarak kendine zarar verme, çeşitli kanserler, dejeneratif hastalıklar ve bir çok bulaşıcı olmayan diğer hastalıklara bağlı negatif sonuçlarla da ilişkilidir (86,87).

Bonora, (2004. s. 1782) "ileri yaşın, aile öyküsünün, obezitenin, etnik kökenin tip 2 diabetes mellitusun önemli belirleyicilerinden" olduğunu belirtmiştir (88).

Kan şekeri kontrolünü sağlanmasını ve sürdürülmesi zor olsa da, ölümleri ve hastalıkları azaltmaktadır.

Schuster ve arkadaşlarının 2011'de yayınladığı bir çalışmada glisemik kontrolün akademik bir merkezde güvenli ve etkili şekilde yapılabildiği gösterilmiştir. Bu merkezlerde etkin liderlik, personel desteği, sürveyans ve geri bildirimlerin yapılmasının, eğitimin devamlılığının olmasının, hastalarda sürdürülebilir ve glikoz kontrolünü sağlayabildiği gösterilmiştir (89).

ABD’de 2014’de yayınlanan ve 1441 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada, kan şekerini normale yakın tutan yoğun tedavi alan grup (3 ya da daha fazla insülin enjeksiyonu) ile geleneksel tedavi alan (günde 1 veya 2 insülin enjeksiyonu) grup karşılaştırılarak DM’un ileri döneminde görülen komplikasyonları incelenmiş ve yoğun tedavi alan grupta DM’un ileri dönem komplikasyonlarının düzelebileceği gösterilmiştir (90).

İstanbul’da 2010-2012 yılları arasında 102 kişide yapılan bir çalışmada insülin direnci gelişiminde, abdominal bölgedeki yağlanma, bel çevresindeki artış, BKİ ve düşük fiziksel aktivitenin rol oynadığı gösterilmiştir (91).

Yapılan çeşitli çalışmalarda DM’un yalnızca sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri ile %44-58 oranında risk azalması sağlanarak önlenilebileceği veya geciktirilebileceği gösterilmiştir. Bunlar; sağlıklı diyet, düzenli fiziksel aktivite, normal vücut ağırlığının muhafaza edilmesi, tütün kullanımının engellenmesidir (11,85,92-95).

Diabetes Mellitus ve komplikasyonlarının sağlık sistemine ve ülkelere ekonomik yükü oldukça yüksektir (96). Erken tanı, maliyet etkin tedavi ve kişisel idare eğitimi DM ile ilişkili komplikasyonları önleyebilir veya geciktirebilir (86).

2.6.3. Anemi

Demir eksikliği; küresel hastalık nedenleri içinde ilk 10 neden içinde yer alır. 2 milyardan fazla çocuğu entelektüel gelişimden mahrum bırakmakta, IQ’larını düşürmekte, gelişmekte olan ülkelerdeki anne ölümlerinin yaklaşık %25’inde de rol oynamaktadır (97).

Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Türkiye Hastalık Yükü Çalışmasına göre demir eksikliği anemisinin toplam DALY içindeki yüzdesi %2,1 olup, hastalık yükünü oluşturan 10. sıradaki hastalık olarak yer almıştır. Türkiye’de hastalık yükünü (DALY) oluşturan ilk 20 hastalığın cinsiyete göre toplam yüzde dağılımı incelendiğinde kadınlarda demir eksikliği anemisinin %3,8 ile 5. sırada geldiği, erkeklerde ise ilk 20 hastalık grubu içinde yer almadığı gösterilmiştir (34).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yürütülen Sağlık Araştırması 2012’ye göre onbeş yaş ve üzeri bireylerde hastalık/sağlık sorunu yaşadıklarını belirten erkeklerin %1,2’sinde, kadınların da %9,8’inde anemi saptanmıştır. Toplam anemi yüzdesinin ise % 5,6 olduğu bulunmuştur (80). Erişkin yaş grubunda sıtma,

çengelli kurt ve şistozomiazisin olmadığı ortamlarda genellikle anemi prevalansı çocuk doğurma yaşlarındaki kadınlarda daha yüksektir (98).

2.6.4. Tiroid Bezi Bozuklukları

Birinci basamağa gelen nüfuslarda aşikar tiroid hastalıklardan ziyade subklinik tiroid hastalıkları daha sık görülür. Kadınların %5'inde erkeklerin %3'ünde subklinik hipotiroidizm vardır. Prevalans yaş ile artar.

Subklinik hipertiroidizm ise sık olmayıp, 60 yaş üzeri erkeklerde %1, kadınlarda %1,5 görülür. Hipotiroidizm tedavi almadığında kilo alma, yorgunluk, zihinsel yavaşlama, kalp yetmezliği ve lipid seviyelerinde yükselmelere yol açarken, subklinik hipertiroidizm ise atrial fibrilasyon, konjestif kalp yetmezliği, osteoporoz ve nöropsikiyatrik problemlere yol açmaktadır (99-102).

TÜİK tarafında 2013'de yayınlanan 12160 haneden toplanan Sağlık Araştırması 2012 çalışmasına göre 15 ve üzeri yaştaki bireyler tarafından belirtilen hastalık/sağlık sorunlarının dağılımı incelendiğinde tiroid hastalığı kadında %5,9; erkekte %0,9; toplamda %3,5 olarak saptanmıştır. Hekim tarafından teşhis edilen hastalık/sağlık sorunlarının dağılımı incelendiğinde ise tiroid hastalığı kadında %5,7; erkekte %0,9; toplamda %3,4 olarak saptanmıştır (80).

2.6.5. Osteoporoz

Osteoporoz, kemik yoğunluğu ve kalitesinin azalması sonucunda, iskeletin zayıflaması, özellikle de kalça, omurga ve distal radyus başta olmak üzere bilek ve pelviste kırık riskinin artması ile seyreden bir hastalıktır (103,104).

Dünyada yaklaşık olarak 50 yaş üzeri her 3 kadından biri ve her 5 erkekten birinin yaşamında osteoporoza bağlı bir kırık gelişeceği beklenmektedir (104).

Tüm dünyada osteoporoz nedeni ile kalça kırıklarının 1990'da 1,7 milyon iken 2050 yılında 3 kat artacağı ve 6,3 milyona ulaşacağı beklenmektedir (103).

Kemik mineral yoğunluğu (KMY) ölçümünde halen önerilen yöntem dual x ray absorbtimeri (DXA)'dir (105).

Türkiye'de de 50 yaş üzerinde osteoporoz prevalansı kadınlarda %12,9, erkeklerde ise %7,5'dur. Özellikle 50 yaşın üzerindeki postmenapozal kadınlar osteoporoz gelişimi için en yüksek riske sahiptir (106).

Diyetle tuz alımını kısıtlamanın kemik sağlığı üzerine yararlı etkisi olacağı tahmin edilmektedir (107).

2.6.6. Dislipidemiler

Kolesterol yükseklikleri yaklaşık olarak yılda 2,6 milyon ölüme ve 29,7 milyon sakatlığa ayarlanmış yaşam yılına (DALY) yol açması beklenmektedir.

Dünyada 2008 yılı için erişkinler arasında total kolesterolün yüksekliği, erkeklerde %37 ve kadınlarda %40, toplamda %39 olarak saptanmıştır. Kolesterol yüksekliği prevalansı, ülkelerin gelir düzeyine göre değişiklikler gösterir. Gelir düzeyi düşük olan ülkelerde erişkinlerin yaklaşık dörtte birinde mevcutken, düşük-orta gelirli ülkelerde erişkinlerin yaklaşık üçte birinde, yüksek gelirli ülkelerde de yaklaşık olarak %50'sinde mevcuttur (108).

TÜİK tarafından 2013'de yayınlanan 12160 haneden toplanan Sağlık Araştırması 2012 çalışmasına göre 15 ve üzeri yaştaki bireyler tarafından son 2 hafta içerisinde hekim tarafından önerilen veya reçete edilerek ilaç kullananların hastalık dağılımı incelendiğinde kan kolesterol seviyesinde yükselme erkekte %1,4; kadında %2,8; toplamda %2,1 olarak saptanmıştır (80).

Bazı hastalıklar dislipidemiye yol açar ve kalp damar sistem risklerini artırır. Bunlar, tiroid hastalıkları, hipofiz hastalıkları, nefrotik sendrom ve kronik böbrek yetmezliği, karaciğer hastalıkları, kolestazlar, kolelitiazis, immünglobulin patolojileri ile giden hastalıklar, kollajen doku hastalıkları, hiperürisemi, glikojen depo hastalıkları, lipodistrofiler, obezite, anoreksiya nevroza, gebeliktir (59).

Metabolik sendrom, insülin direnciyle başlayan abdominal obezite, glukoz intoleransı veya diabetes mellitus, dislipidemi, hipertansiyon ve koroner arter hastalığı (KAH) gibi sistemik bozuklukların birbirine eklendiği ölümcül bir endokrinopatidir. Metabolik sendrom prevalansı erişkinlerde ortalama %22 olarak bildirilmektedir. Prevalans yaş ile artmaktadır (109).

2013'de yayınlanan ve Kore'de 1095 kişide yapılan bir çalışmada metabolik sendromun en güçlü risk faktörünün erkeklerde abdominal obezite olduğu, kadında düşük HDL olduğu gösterilmiştir (110).

Serum kolesterol seviyesini düşürmek kalp damar hastalık yükünü azaltmak için önemli bir stratejidir. İlaçların yan etkileri ve yararları konusunda doktor ve hastanın iletişiminin geliştirilmesi ilaç tedavisi kullanımını etkileyecektir (111).

2.6.7. Karaciğer Hastalıkları

TÜİK tarafında 2013'de yayınlanan 12160 haneden toplanan Sağlık Araştırması 2012 çalışmasına göre 15 ve üzeri yaştaki bireyler tarafından belirtilen hastalık/sağlık sorunlarının dağılımı incelendiğinde hepatit kadında %0,7; erkekte %1,1; toplamda %0,9 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada hekim tarafından teşhis edilen hastalık/sağlık sorunlarının cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde hepatit kadında %0,7; erkekte %1,0; toplamda %0,8 olarak saptanmıştır (80).

Alkolik olmayan yağlı karaciğer tanısının genel popülasyondaki insidansı %10-24 olarak verilmektedir (ABD, Avrupa ve Japonya'da benzer sonuçlar) (112,113).

ABD "National Health and Nutrition Evaluation Survey" (NHANES) 3 verilerine göre NAFLD erkeklerde kadınlardan yüksek bulunmuştur (113,114).

Karaciğer hastalıklarının risk faktörleri alkol ve damardan ilaç kullanımı, bazı ilaçlar (oral kontraseptifler) kişisel ve cinsel alışkanlıklar, gelişmekte olan ülkelere seyahat, kontamine yiyeceklere maruziyet (su kabuklusu vb.), karaciğer hastalığı olan bireylerle temas, aile öyküsü, 1992'den önce kan nakli yapılanlardır (115).

2.7. Üriner Sistem Enfeksiyonları

Üriner sistem enfeksiyonları en sık görülen bakteriyel enfeksiyondur (116). Amerika'da her yıl görülen 7 milyon üriner sistem enfeksiyonunun yaklaşık 2-3 milyonu sistitdir (117,118).

Ülkemizde 5 milyon üriner sistem enfeksiyonu görülmektedir (119).

Üriner sistem enfeksiyonlarının insidansı en sık 20-40 yaşları arasında cinsel aktif kadınlarda saptanmıştır. Gebelik, konjenital anomaliler, veziköretoral reflü, prostat hipertrofisi ya da böbrek taşı gibi obstrüksiyon yapan nedenler ve malignite enfeksiyon gelişmesini kolaylaştırmaktadır (120).

Klinik ve deneysel kanıtlar üriner sistem enfeksiyonlarının en sık nedeninin özellikle enterik orijinli organizmalar olmak üzere olguların yaklaşık olarak %70 ile %95'inde *E. coli* yaklaşık olarak %5 ile %10'unda *Staphylococcus saprophyticus*

oluşturmaktadır (Ara sıra, *Proteus mirabilis* ve Klebsiella türleri gibi başka Enterobakteriler de izole edilir) (117,121).

2.8. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Koruma ve Kontrolü

Bulaşıcı olmayan hastalıkların çoğunun risk faktörleri ve korunma stratejileri ortaktır. Tüm bu risk faktörleri ekonomik, sosyal ve politik çevreden, cinsiyet ile davranışlardan etkilenmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadelede koruyucu hekimlik yaklaşımı etkili bir yaklaşımdır (76).

Dünyada daha çok kişinin sağlık hizmetlerinden kapsayıcılığından tam olarak yararlanabilmesi, yüksek kaliteli sağlığı geliştirici hizmetlere ulaşabilmesi, koruma, tedavi rehabilite edici hizmetleri ulaşımı ve finansal risklerden korunması sağlanabilmesi ancak bilimsel araştırmalara dayalı kanıtların kullanımı ile mümkündür.

Kapsamlı sağlık politikaları tüm sektördeki sağlık idaresini dikkate almalıdır. Bu konuda yapılacak araştırmalar da tüm sektörleri içermelidir (122).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2008-2013 bulaşıcı olmayan hastalıkların koruma ve kontrolünde küresel stratejiler eylem planında 6 temel başlık yer almaktadır. Bunlar;

1. Küresel ve ulusal seviyede bu hastalıkların koruma ve kontrolüne tüm kamusal birimlerde öncelik vermek, politikalara entegre etmek,
2. Bulaşıcı olmayan hastalıkların koruma ve kontrolünü ulusal politika ve planlara yerleştirmek ve güçlendirmek,
3. Bulaşıcı olmayan hastalıkların değiştirilebilir risk faktörlerini azaltmak için müdahaleler geliştirmek, (tütün kullanımı, sağlıksız diyet, fiziksel aktivite azlığı, alkolün zararlı kullanımı)
4. Bulaşıcı olmayan hastalıkların koruma ve kontrolünde araştırmalar yapmak,
5. Bulaşıcı olmayan hastalıklar için farklı sektörlerden işbirlikleri geliştirmek,
6. Bulaşıcı olmayan hastalıkları ve belirleyicilerini izlemek ve ulusal bölgesel ve küresel düzeyde gelişmelerini değerlendirmek (123).

2.9. Kaza ve Yaralanma

DSÖ'nün tanımına göre kaza; önceden planlanmamış ve beklenmeyen ancak yaralanma ile sonuçlanabilecek olaydır. İnsan iradesi dışında bir dış güç tarafından meydana gelen fizik ve mental yaralanmaya neden olan akut olay olarak da tarif edilebilmektedir. Her kaza yaralanma ile birlikte olmayabilir.

Yaralanma ise insan vücudunun kasıt veya kasıtsız olarak termal, mekanik, elektriksel veya kimyasal enerjiye akut maruziyeti ve oksijen ve ısı gibi yaşamsal unsurlardan uzaklaştırılması nedeni ile ortaya çıkan durumdur (124).

Trafik Kazaları, zehirlenmeler, düşme veya yanık, erkek arkadaş şiddeti, kendine yönelik şiddet veya savaş olayları dünyada yaklaşık olarak yıllık 5 milyondan fazla kişinin ölümüne ve milyonlarca da zarara yol açmaktadır. Küresel ölümlerin yaklaşık %9'u olup, her ülke için sağlığa tehdit olmaktadır (125).

2004 yılı Türkiye Hastalık Yüğü Çalışmasında DALY'yi oluşturan ilk 10 hastalık içinde trafik kazaları 9. sırada gelmektedir (34).

Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Sağlık merkezinde yapılan bu tarama periyodik sağlık kontrolü (check up) niteliğinde olup, sadece tek bir hastalığın taramasından ziyade kapsamlı bir çok incelemeler içermiştir (Fizik muayene ve cinsiyet ve yaş ve risk faktörlerine göre standart şekilde planlanmış çeşitli tetkikler) (Bkz. Tablo 3.3).

Sağlık taramalarının sonuçlarını dikkate alarak, DSÖ'nün aksiyon planlarında da belirtilen öneriler doğrultusunda programlar hazırlanması; maliyet etkin bir yaklaşımla sağlığa ayrılan kaynakların daha etkin kullanımını sağlayabilecektir. Ayrıca en çok öldüren, işgücü kaybına yol açan, en sık görülen, halk sağlığı açıdan önemli hastalıklara en uygun müdahale planlarının yapılmasına yol gösterici olacak ve önlenbilir ölüm ve hastalık nedenlerini azaltabilecektir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri

Araştırma, Ankara Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesinde bulunan Sıhhiye Sağlık Merkezi'nde yapılmıştır (Şekil 3.1.) (Bkz. EK 1). Ankara şehir merkezinde olan Sıhhiye Yerleşkesi, 210.238 m²'lik bir alan üzerinde kurulmuştur (Şekil 3.2).



Şekil 3.1. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Sağlık Merkezi.



Şekil 3.2. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi.

3.1.1. Hacettepe Üniversitesinin Genel Tanıtımı

Hacettepe Üniversitesi 8 Temmuz 1967 (892 sayılı kanun) ile kurulmuş bir devlet üniversitesidir. Hacettepe Üniversitesi halen 14 Fakülte, 14 Enstitü, 45 Uygulama ve Araştırma Merkezi, 1 Konservatuar, 2 Yüksekokul, 6 Meslek Yüksekokulu ile faaliyetlerini sürdürmektedir. Fakülte, Enstitü ve Yüksekokulları Sıhhiye, Beytepe, Beşevler, Polatlı ve Sincan olmak üzere 5 yerleşkede yer almaktadır. Üniversitede 2013 yılı için toplam öğrenci sayısı 36.112, toplam akademik personel sayısı 3.495'dir (126).

Hacettepe Üniversitesi'nde araştırmanın başladığı 2005-2006 yıllarında Sağlık Merkezlerinin hizmet verdiği toplam kadrolu ve sözleşmeli çalışan personel sayısı 8.096'dır.

3.1.2. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Merkezlerinin Tarihçesi

Hacettepe Üniversitesi'nde öğrenci ve personelin sağlık hizmeti almasını organize etmek üzere ilk birim Sıhhiye Yerleşkesinde yer alan Hacettepe Üniversitesi Hastanesinin içinde kurulmuştur. Bu birimde öğrenci ve personelin sağlık hizmet ihtiyaçları hastane kaynakları kullanılarak sağlanmıştır. 1974 yılında Öğrenci kafeterya binasında "Mediko-Sosyal Merkezi" (Şekil 3.4) adı altında bir birim kurulmuş ve hizmet vermeğe başlamıştır. Aynı tarihlerde Beytepe Yerleşkesi (Şekil 3.5) içinde de bir Mediko-Sosyal Merkezi (Şekil 3.3) kurulmuştur. Bu merkezlerde her bir merkezin ayrı sorumlu hekiminin yönetiminde Hacettepe Hastanesi'nden bağımsız birimler olarak öğrencilere sağlık hizmeti sunulmaya başlanılmıştır. Sıhhiye Sağlık Merkezinden Konservatuar ve Keçiören Sosyal Hizmetler Yüksekokuluna birer hekim rotasyonla görevlendirilmiş ve Hacettepe Üniversitesine bağlı bu birimlerde de Sıhhiye Yerleşkesine bağlı birimler olarak hizmet sunulmaya başlanmıştır.



Şekil 3.3. Beytepe Sağlık Merkezi.



Şekil 3.4. Sıhhiye Sağlık Merkezi.



Şekil 3.5. Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi.

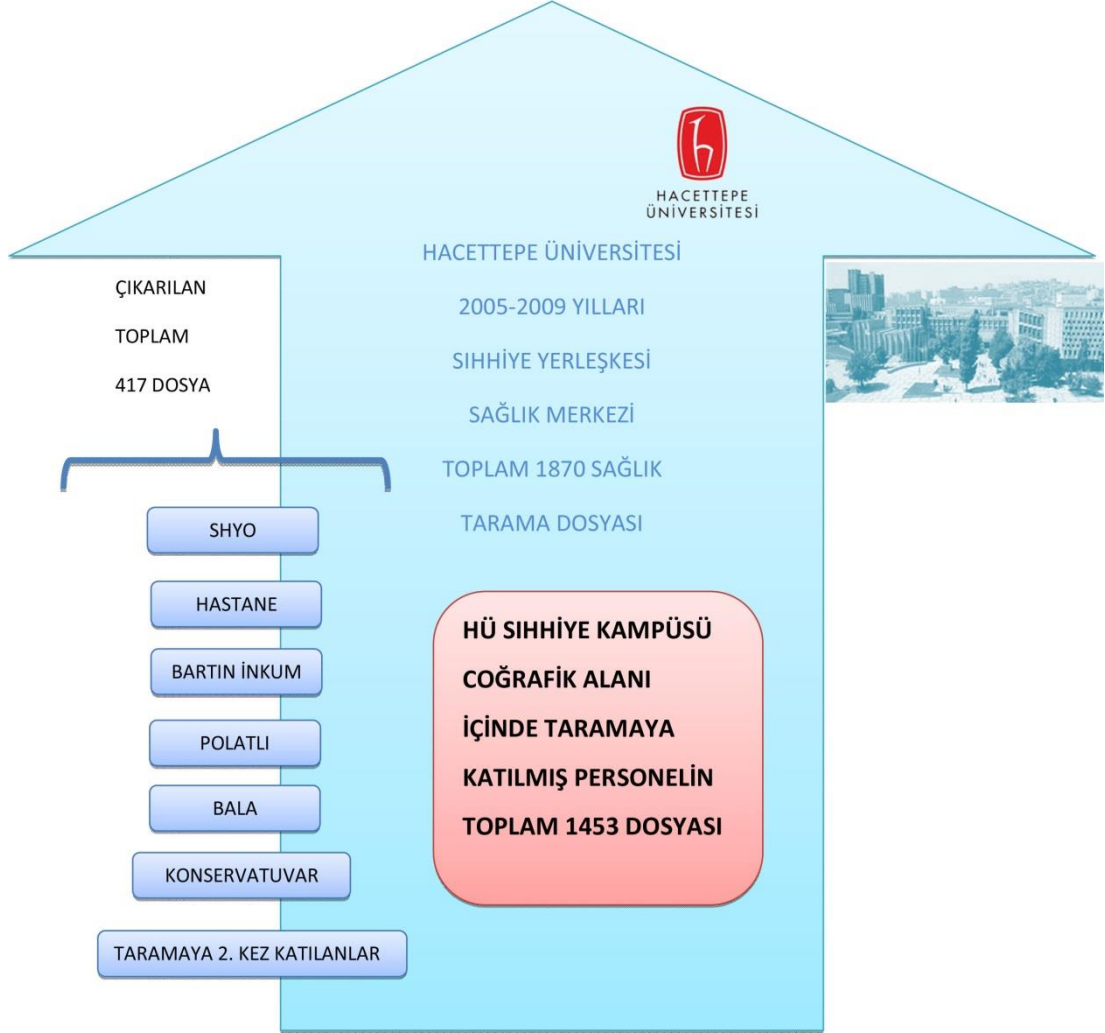
Yüksek Öğretim Kurumları Mediko Sosyal Sağlık, Kültür ve Spor İşleri Dairesi Uygulama Yönetmeliği'nin 1984 yılında yürürlüğe girmesinden sonra Mediko-Sosyal Merkezleri, Sağlık, Kültür ve Spor İşleri Dairesi'ne (SKS) bağlanmışlardır. 2010 yılında Sosyal Hizmetler Bölümünün Beytepe Yerleşkesine taşınması ile Keçiörendeki Sağlık Ünitesi kapatılmıştır. 1984 yılından 2013 yılına kadar halen Sağlık Kültür ve Spor İşleri Dairesine bağlı birimler olarak öğrenci ve personele sağlık hizmetleri sunulmaktadır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Hacettepe Üniversitesinde Personel Dairesinden 2005 yılında alınan verilere göre 1840 akademik personel ve 1428 idari personel olmak üzere çalışan kadrolu personel sayısı 3268'dir. Kadrosu Sıhhiye Yerleşkesinde olan ve bu yerleşkede çalışan 1906 kişi araştırma kapsamında yer almaktadır.

Araştırmada örneklem seçilmemiş olup taramaya katılan kadrolu personelin tümünün araştırma kapsamına alınması planlanmıştır.

Hedef grup 1906 kişi olmasına karşılık sonuç olarak Sıhhiye Yerleşkesinde tarama programına katılan ve dosyası incelenen kişi sayısı 1453'dür (Şekil 3.6).



Şekil 3.6. Çalışmaya Alınan Sağlık Tarama Dosyalarının Gösterimi.

3.2.1. Personelin Tarama Programına Katılan Katılım Yılları

Tablo 3.1'de H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Sağlık taramasına katılan kadrolu personelin taramaya katılım yıllarına göre dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 3.1. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Taramaya Katılım Yıllarına Göre Dağılımı (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

Taramaya katılım yılları*	S	%
2005 Yılında taramaya katılanlar	477	32,8
2006 Yılında taramaya katılanlar	393	27,1
2007 Yılında taramaya katılanlar	385	26,5
2008 Yılında taramaya katılanlar	179	12,3
2009 Yılında taramaya katılanlar*	19	1,3
Toplam	1453	100,0

*Taramaya katılım yıllarındaki personel sayıları bir defa katılanların sayısıdır.

Personelin 2005 yılında %32,8'i, 2006 yılında %27,0'ı, 2007 yılında da %26,5'i taramaya katılmıştır. Personelin taramaya katılımı 2008 yılında %12,3 ve 2009 yılında da %1,3 olarak saptanmıştır (Tablo 3.1).

3.2.2. Taramaya Katılan Personelin Çalıştığı Akademik ve İdari Birimler

Tablo 3.2'de H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde 2005-2009 yılları arasında sağlık taramasına katılan kadrolu personelin buldukları bölümlere göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 3.2. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Çalıştıkları Birimlere Göre Dağılımı (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

Birimler*	S	%
Fakülteler		
Tıp Fakültesi	207	14,2
Diş Hekimliği Fakültesi	180	12,4
Eczacılık Fakültesi	175	12,1
Sağlık Bilimleri Fakültesi	11	0,8
Güzel Sanatlar Fakültesi	1	0,1
Enstitüler		
Nüfus Etüdüleri Enstitüsü	15	1,0
Sağlık Bilimleri Enstitüsü	14	1,0
Halk Sağlığı Enstitüsü	2	0,1
Nöroloji Psikiatri Enstitüsü	2	0,1
Yüksekokullar		
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (FTR)	78	5,4
Hemşirelik Yüksekokulu	37	2,5
Sağlık Teknolojisi Yüksekokulu	33	2,3
Ev Ekonomisi Yüksekokulu	32	2,2
Sağlık İdaresi Yüksekokulu	13	0,9
Spor Bilimleri ve Teknolojisi Yüksekokulu**	2	0,1
Meslek Yüksekokulları		
Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu	38	2,6
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu	26	1,8
İdari Birimler		
Yapı İşleri Daire Başkanlığı	202	13,9
Genel Sekreterlik	131	9,0
SKS Daire Başkanlığı	96	6,6
Personel Daire Başkanlığı	59	4,1
İdari ve Mali İşler Daire Başkanlığı	32	2,2
Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı	21	1,4
Hukuk Müşavirliği	18	1,2
Kütüphane Dökümantasyon Daire Başkanlığı	11	0,8
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı	10	0,7
Rektörlük	6	0,4
İç Denetim Birimi Başkanlığı	1	0,1
Toplam	1453	100,0

*Sağlık taramasının yapıldığı 2005-2009 yılları arasında bazı bölümlerin adları değişmiş, bazı bölümler başka birimlere bağlanmış, bazı birimler de Beytepe Yerleşkesine geçmiştir. Ancak çalışmanın yapıldığı dönemde Sıhhiye Yerleşkesinde bulduklarından çalışmadan çıkartılmamışlardır.

**Bazı kişiler, Beytepe Yerleşkesinde kadroda olmasına rağmen Sıhhiye Yerleşkesinde görev yaptığından ve taramaya Sıhhiye Yerleşkesinde katıldığından çalışmaya alınmıştır.

Araştırma Kapsamında incelenen ve taramaya katılan personelin %14,2'si Tıp Fakültesinden, %12,2'si Diş Hekimliği Fakültesindedir. Taramaya katılan personelin %13,9'u Yapı İşleri Daire başkanlığından, %9'u Genel Sekreterlikten katılmışlardır. Yüksekokullardan FTR Yüksekokulunun %5,4 taramaya katıldığı saptanmıştır (Tablo 3.2).

3.3. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, Hacettepe Üniversitesinde 01.01.2005-31.05.2009 tarihleri arasında Sıhhiye Yerleşkesinde görevli akademik ve idari görevde çalışanların periyodik sağlık kontrolü hizmetleri kapsamında tutulan 1453 dosyanın 01. 06. 2010-31.12.2013 yılları arasında incelenmesi ile yapılmış, tanımlayıcı tipte epidemiyolojik bir araştırmadır. Hacettepe Üniversitesi Hastanelerine bağlı personel taramaya katılmadığından değerlendirilememiştir. Sıhhiye Yerleşkesindeki toplam personelin %76,23'üne ulaşılmıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

1. Sağlık Taramasına Katılan Personelin Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Personelin kadro ünvanı

2. Taramaya katılan personelin beslenme durum göstergesi

- Beden kitle indeksi (BKİ)

3. Kişilerin tarama sırasında beyan ettiği hastalıklar (özgeçmiş)

4. Ailede önemli hastalık öyküsü (soygeçmiş)

5. Kaza öyküsü

- Kaza geçirme durumu
- Yaralanma sınıflamaları
- Bir veya birden fazla kaza geçirme durumları

6. İlaç öyküsü

- İlaç kullanım durumu
- Eski ve yeni ilaç ve preparatların sınıflamaları

7. Vital bulgular

- Kan basıncı
- Nabız
- Ateş

8. Taramaya katılan personelin sistem yakınmaları

9. Taranan personelin fizik muayeneleri

10. Personelin tetkik sonuçları

- Kan KCFT değerleri
- Kan BFT değerleri
- Kan lipid profili değerleri
- Kan TKS ve ESH değerleri
- Kandaki bazı hormonlar (TSH, PSH)
- Eliza Testleri
- GGK Testi
- TİT
- Pap Smear
- Mamografi
- KMD

11. Sağlık taramasına katılan personelin hastalık durumu

- ICD 10'a göre tanılar (eski ve yeni hastalıklar için)
- 12 hastalık yeni tanı (ileri analiz)
 - Yaş, cinsiyet, medeni durum, kadro durumu
- 12 hastalık eski tanı (ileri analiz)
 - Yaş, cinsiyet, medeni durum, kadro durumu

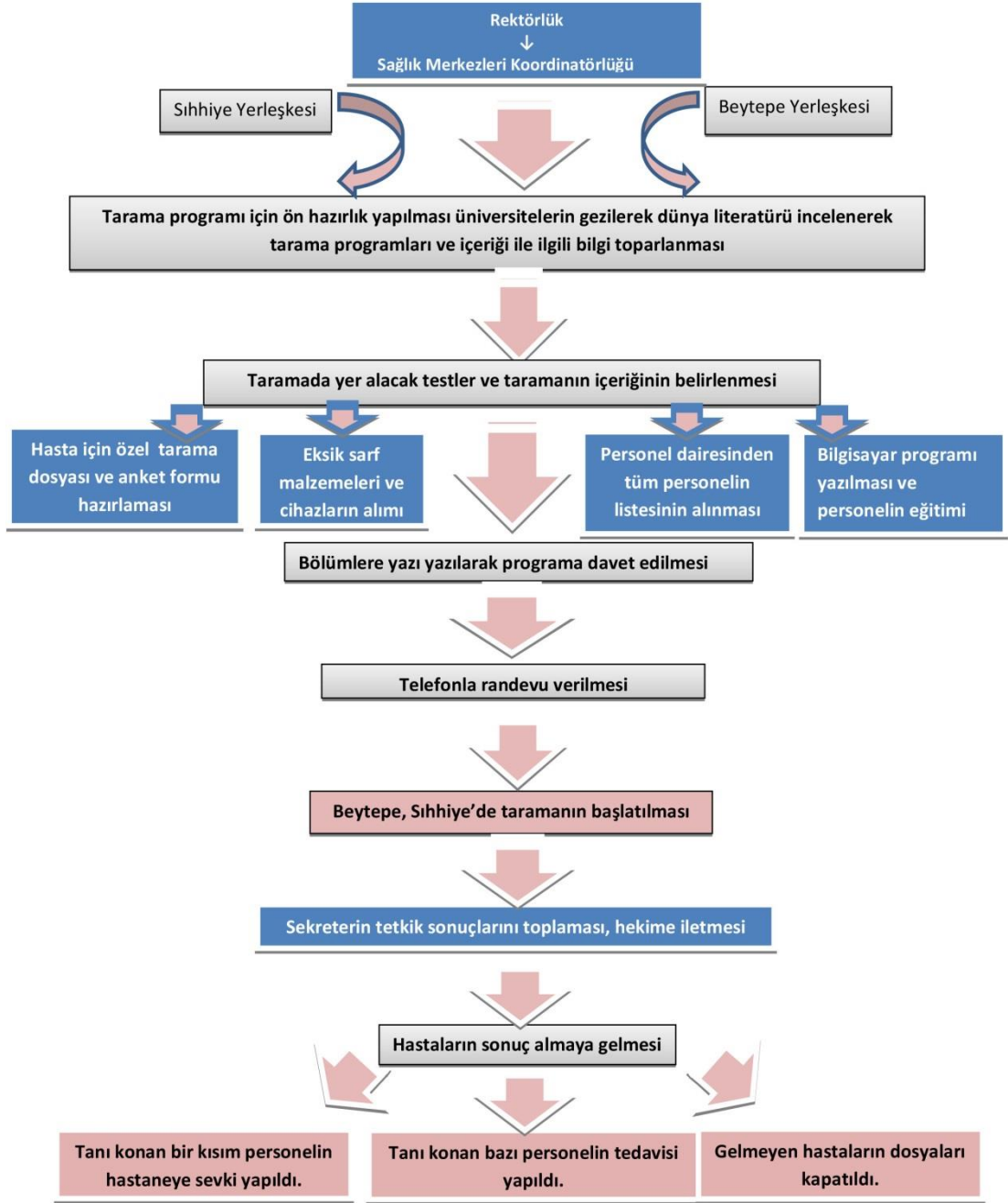
Araştırmada kullanılan tanımlayıcı değişkenler ve özellikleri EK 2.'de verilmiştir.

3.5. Araştırmanın Uygulama Şekli

3.5.1. Sağlık Merkezlerinde Tarama Programının Başlatılması

H.Ü. Sağlık Merkezlerinde öğrenci, personel ve yakınlarına birinci basamak sağlık hizmetleri sunulmaktadır. H.Ü. Rektörlüğünün yönlendirmeleri ve Sağlık Merkezi Koordinatörlüğünce 2002 yılında erken tanı ve tedavi ile sağlamak amacıyla Hacettepe Üniversitesi personeline hem Beytepe hem de Sıhhiye Yerleşkeleri Sağlık Merkezlerinde Sağlık tarama programına ilişkin ilk çalışmalar başlatılmıştır. Sağlık tarama programı için ön hazırlık yapılarak Türkiye ve dünya literatürü incelenmiş, Ankara'daki tarama programları yürüten bazı üniversiteler gezilerek tarama programları ve içeriği ile ilgili bilgi toplanmış, deneyimleri incelenmiş ve Sağlık Merkezlerinde yürütülecek tarama programının nasıl olacağı, hangi testleri kapsayacağı belirlenmiştir.

Personel için özel tarama dosyası ve anket formu hazırlanmış, gerekli sarf malzemeleri alınmış, personel dairesinden tüm personelin listesi alınmış, gerekli bilgisayar programı hazırlanarak personel eğitimi sağlanmıştır. Tarama programı ilk önce Beytepe Sağlık Merkezinde 02.01.2003 yılında başlatılmış, 02.01.2005 yılında da Sıhhiye Yerleşkesinde program yürütülmeye başlanmıştır (Şekil 3.7).



Şekil 3.7. Sağlık Merkezlerindeki Tarama Programının Planlanması ve Yürütülmesi

3.5.2. Sıhhiye Sağlık Merkezlerinde Tarama Programının Yürütülmesi

Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezi, 2005 yılından itibaren ilk olarak 40 yaş üzeri personelin periyodik sağlık kontrolüne başlamıştır. Hacettepe Üniversitesi Hastanelerine bağlı personel bu uygulamanın dışında tutulmuştur. Bir dahiliye ve bir aile hekimliği uzmanı, bir halk sağlığı uzmanı olmak üzere 3 hekim, bir hemşire ve bir sekreter ve 3 laboratuvar teknisyeninden oluşan

ekip tarafından randevu sistemi ile hizmet yürütmüştür. Hasta muayenelerinde dahiliye ve aile hekimliği uzmanı görev alırken, halk sağlığı uzmanı smear testi için numunelerin alınmasında görev yapmıştır.

Personel listesi 2005 yılı için Personel Daire Başkanlığından alınmıştır. Bu liste 2008 yılında tekrar istenmiş ve davet listeleri (ölen, emekliye ayrılan, bölüm değiştirenler nedeni ile vb.) tekrar düzenlenmiştir. İlk olarak 40 yaş ve üzeri personel listesi çıkartılıp bu listeye göre her gün beş kişi periyodik sağlık kontrol ünitesi sekreteri tarafından davet mektubu ile sağlık kontrolü yapmak üzere çağırılmıştır. 40 yaş ve üzeri kişilerin tarama programları tamamlandıktan sonra 40 yaş altı personele geçilmiştir. Sağlık Merkezine davet edilenlerden randevüsüne gelemeyeceğini bildirenlere ünite sekreteri tarafından tekrar randevu verilmiştir. Sağlık Merkezi periodik sağlık kontrol ünitesine randevü saatinde gelen akademik ve idari personele, ünite sekreteri tarafından periodik sağlık kontrol dosyası çıkarılmış ve hasta tanıtım formları doldurulmuştur. Daha sonra ünite hemşiresi, kişinin kan basıncı, ateş, vücut ağırlığı (Şekil 3.12) ve boy uzunluğu ölçümlerini (Şekil 3.11) yapıp beden kitle indeksini (BKİ) saptayarak kişilerden rutin kan testleri için kan almıştır. Bundan sonra hekim tarafından kişinin hasta tanıtım formu gözden geçirilerek sistem yakınmalarına ilişkin form doldurulmuş, ve fizik muayenesi yapılmış (Şekil 3.10), kadın personelden servikal smear alınarak gerekli form doldurulmuştur. Elektrokardiyogram (EKG) (Şekil 3.8) sağlık merkezi içinde hemşire tarafından çekilmiş, tam idrar tetkiki sağlık merkezi laboratuvarında değerlendirilmiştir (Şekil 3.9). Kan tetkikleri ve bunlar dışındaki diğer tetkikler (kan tahlilleri, PA akciğer grafisi, kemik mineral densitesi (KMD) ve mamografi, smear testi) H.Ü. Tıp Fakültesi Hastanesinde yapılmıştır. Bütün sonuçlar toplandıktan sonra kişi bunlarla birlikte hekim tarafından değerlendirilmiş, ön tanılar saptanmıştır. Eğer saptanan sorun üst uzmanlık dallarının incelemesini gerektiriyorsa kişi H.Ü. Tıp Fakültesinin ilgili bölümlerine yönlendirilmiştir (Şekil 3.14).

**HÜ SİHHİYE SAĞLIK MERKEZİNDE YAPILAN SAĞLIK TARAMASI
TEST VE TETKİKLERİNDEN GÖRÜNTÜLER**



Şekil 3.8. Ekg Çekimi.



Şekil 3.9. İdrar Tahlili.



Şekil 3.10. Fizik Muayene



Şekil 3.11. Boy Ölçümü.



Şekil 3.12. Ağırlık Ölçümü.



Şekil 3.13. Tarama Ekibi.

Resimler için personelden izin alınmıştır.

H.Ü. 2005-2009 YILLARINDAKADROLU PERSONELE YAPILAN SAĞLIK TARAMASINDA YAPILAN İNCELEMELER

1. SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİLER

- ✚ Yaş
- ✚ Cinsiyet
- ✚ Medeni durum
- ✚ Kadro Unvanı
- ✚ Çalıştıkları Birim

2. ÖZGEÇMİŞ

- ✚ Alerji
- ✚ HT
- ✚ Guatr
- ✚ Kalp hastalığı
- ✚ Kan hastalığı
- ✚ Böbrek hastalığı
- ✚ Ruhsal hastalık
- ✚ DM
- ✚ Kanser
- ✚ Tüberküloz
- ✚ Kaza
- ✚ Ameliyat
- ✚ İlaç Kullananlar

3. SOYGEÇMİŞ

- ✚ Alerji
- ✚ HT
- ✚ Guatr
- ✚ Kalp hastalığı
- ✚ Kan hastalığı
- ✚ Böbrek hastalığı
- ✚ Ruhsal hastalık
- ✚ Dm
- ✚ Kanser
- ✚ Tbc

4. SİSTEM SEMPTOMLARI

- ✚ Genel
- ✚ Deri
- ✚ Baş boyun
- ✚ Solunum
- ✚ Dolaşım
- ✚ Meme
- ✚ GİS
- ✚ Ürogenital
- ✚ Endokrin
- ✚ Kas iskelet sistemi

5. VİTAL BULGULAR

- ✚ Boy
- ✚ Kilo
- ✚ BKİ tayini
- ✚ Nabız
- ✚ Ateş
- ✚ Kan basıncı

6. FİZİK MUAYENE

- ✚ Baş-boyun
- ✚ Göz
- ✚ KBB
- ✚ Ağız
- ✚ Solunum
- ✚ KVS
- ✚ Meme
- ✚ GİS
- ✚ Lenfadenopati
- ✚ Ekstremiteler

7. TESTLER

- ✚ TKS
- ✚ Biyokimya
- ✚ Lipid profili
- ✚ TFT
- ✚ Eliza
- ✚ TİT
- ✚ ESH
- ✚ Mamografi*
- ✚ KMD*
- ✚ PA Akciğer
- ✚ EKG
- ✚ PAP Smear*
- ✚ GGK*

*Bazı durumlarda belirlenen cinsiyet ve yaş gruplarında yapılmıştır.

Şekil 3.14. Taramada İncelenen Özellikler.

3.5.3. Taramada Cinsiyete Göre İstenen Tetkikler

Tablo 3.3'de H.Ü. Sıhhiye Sağlık Merkezinde 2005-2009 yılları arasında yapılan sağlık taramasında cinsiyete göre istenen tetkikler gösterilmiştir.

Tablo 3.3. H.Ü. Sıhhiye Sağlık Merkezinde 2005-2009 Yılları Arasında Yapılan Sağlık Taramasına Katılan Personelin Cinsiyete Göre İstenen Tarama Testleri ve Tetkikleri.

Kadın	Erkek
Genel tarama (15 parametre) ¹	Genel tarama (15 parametre) ¹
Hemogram (12 parametre) ¹	Hemogram (12 parametre) ¹
Sedimantasyon ¹	Sedimantasyon ¹
Lipid profili ¹ (5 parametre)	Lipid profili ¹
Tiroid fonksiyon testleri (TFT) ¹	Tiroid fonksiyon testleri (TFT) ¹
ELİZA testleri (Hepatit belirteçler, Anti HIV) ¹	Eliza testleri (Hepatit belirteçler, Anti HIV) ¹
Tam idrar tetkiki (TİT) (10 parametre) ¹	Tam idrar tetkiki (10 parametre) ¹
EKG ¹	EKG ¹
Postero-anterior (PA) akciğer grafisi ¹	Postero-anterior (PA) akciğer grafisi ¹
Gaitada gizli kan (GGK) ²	GGK ²
Pap Smear test (Papanikolaou yayma testi) ³	PSA ¹
Mamografi ⁴	
KMD ⁵	KMD ⁵

¹ Rutin her kişiden istenen tetkiklerdir.

² Risk faktörü olan kişilerden istenmiştir.

³ Pap Smear Testi, cinsel ilişkisi olan tüm kadınlardan ikinci yıldan itibaren istenmiştir.

⁴ 40 yaş üstünde tüm kadınlardan istenmiştir.

⁵ 45 yaş üzerinde kadınlardan istenmiştir. Risk faktörü olanlardan 30 yaş üzerinden de istenmiştir.

Hacettepe Üniversitesinde 2005-2009 yılları arasında yapılan sağlık taramasına katılan kadınlardan rutin tarama testleri olarak genel tarama, hemogram, sedimantasyon, lipid profili, TFT, ELİZA testleri, TİT, EKG, PA Akciğer grafisi istenmiştir. Pap Smear testi cinsel ilişkisi olan tüm kadınlardan istenirken, 40 yaş üzeri tüm kadınlardan mamografi istenmiştir. 45 yaş üzeri kadınlardan ve risk faktörü olanlardan KMD istenmiştir.

Sağlık taramasına katılan erkeklerden rutin tarama testleri olarak genel tarama, hemogram, sedimantasyon, lipid profili, TFT, ELİZA testleri, TİT, EKG, PA

Akciğer grafisi, PSA istenmiştir. Erkeklerden rutinde olmamakla beraber risk faktörü olan 5 hastadan KMD istenmiştir.

3.6. Araştırmada Kullanılan Terim ve Kriterlerin Tanımları

3.6.1. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Sosyo-Demografik Özellikleri ile İlgili Bazı Terim ve Kriterlerin Tanımı

Araştırmada 2005-2009 yılları arasında yapılan sağlık taramasında katılan kadrolu personelin sosyo-demografik özelliklerinden cinsiyet, yaş, medeni durum ve kadro unvanları dağılımları verilmiştir.

Medeni durum olarak evli, dul, ayrı yaşıyor, boşanmış, hiç evlenmemiş olarak alınmıştır.

Yaş aralıkları 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69 olarak alınmıştır.

3.6.2. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Beslenme Durumu ile İlgili Ölçüm ve Göstergeler ile İlgili Terim ve Kriterlerin Tanımı

- **Ağırlık:** Sağlık taramasında kalibre edilen tartı aleti kullanılmıştır. Sabah açken ve ayakkabısız ölçüm yapılmıştır.

- **Boy:** Ayaklar yan yana Baş Frankfort düzlemde (kulak kanalı ile orbita ve göz çukurunun alt sınırı aynı hizada ve yere paralel iken ölçüm yapılmıştır. Ölçümde stadiometre (ayakta boyölçer) kullanılmıştır (127).

- **Beden kitle indeksi (BKİ):** Bir kişinin beden ağırlığının, boy uzunluğuna göre normal olup olmadığını gösteren bir değerdir kişinin beden ağırlığının boy uzunluğunun karesine bölünerek elde edilir. DSÖ; 18,5-24,9 arasındaki değerleri "normal" olarak değerlendirmektedir. BKİ 25,0-29,9 kg/m^2 olan olgular "kilo fazlalığı", BKİ $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ olanlar ise "obez" olarak kabul edilmektedir (128).

3.6.3. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Vital Bulguları ile İlgili Tanım ve Kriterler

2005-2009 yılları arasında sağlık taramasına katılmış olan kadrolu personelin bazı vital bulguları verilmiştir. İncelenen vital bulgular arasında nabız, ateş, kan basıncı, bulunmaktadır.

- **Nabız:** Sol ventrikülden aortaya atılan kanın periferik arterlerde yaptığı dalgalanma arter nabzını oluşturur. Normalde ve istirahat halinde nabız sayısı 60-100/dakikadır (129). Sağlık taraması sırasında radyal arterden ölçüm yapılmıştır.

- **Ateş:** Ateş beden sıcaklığının santral termostatta değişiklik olmasına bağlı yükselmesidir. Genç sağlıklı erişkinlerde ağızdan ölçülen vücut sıcaklığı 36,1° ile 37,7° arasındadır. Koltukaltı sıcaklığı ise 0,9° C daha düşüktür (129). Sağlık taraması sırasında ateş, civalı termometre ile koltukaltından 5-7 dakika bekletmek suretiyle ölçümler yapılmıştır.

- **Kan basıncı:** Sağlık taraması sırasında kan basıncı ölçümlerinde civalı tansiyon aleti kullanılmıştır. Kan basıncı ölçülecek kişi 5 dakika dinlendirilmiş, sonra oturur pozisyonda ölçüm yapılacak kol kalp hizasında iken ölçüm yapılmıştır. Kan basıncı “mmHg” olarak ölçülmüştür. Kan basınçları sınıflandırmasında DSÖ tarafından belirtilen kan basıncı sınıflandırması kullanılmıştır (Tablo 3.4) (36).

Tablo 3.4. DSÖ Kan Basıncının Sınıflandırması

Kan basıncı değerleri	Sınıflama
Sistolik \leq 139 mmHg ve Diyastolik \leq 89 mmHg	Normal
Sistolik \geq 140 mmHg ve/veya Diyastolik \geq 90mmHg	Hipertansiyon

3.6.4. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Özgeçmiş ve Soygeçmiş Bilgileriyle İlgili Terim ve Kriterlerin Tanımı

İncelenen özgeçmiş ve soygeçmiş bilgileri arasında alerji öyküsü, astım öyküsü, tüberküloz geçirme durumu, kalp hastalığı öyküsü, hipertansiyon öyküsü, diabetes mellitus varlığı, böbrek hastalığı öyküsü, guatr öyküsü, kan hastalığı varlığı,

ruhsal hastalık ve kanser öyküleri bulunmaktadır. Bu hastalıklar hastanın beyanına göre doldurulmuştur. Ayrıca kaza öyküsü, ameliyat öyküsü, ilaç öyküsü de özgeçmiş bilgileri içinde yer almaktadır.

Kaza (Ölümcül olmayan): Personelin beyanına göre doldurulmuştur. DSÖ'nün tanımına göre kaza; önceden planlanmamış ve beklenmeyen ancak yaralanma ile sonuçlanabilecek olaydır. İnsan iradesi dışında bir dış güç tarafından meydana gelen fizik ve mental yaralanmaya neden olan akut olay olarak da tarif edilebilmektedir. Her kaza yaralanma ile birlikte olmayabilir.

Yaralanma ise insan vücudunun kasıtlı veya kasıtsız olarak termal, mekanik, elektriksel veya kimyasal enerjiye akut maruziyeti ve oksijen ve ısı gibi yaşamsal unsurlardan uzaklaştırılması nedeni ile ortaya çıkan durumdur (124).

Yaralanmalar kodlanırken ABD Hastalık Koruma ve Kontrol Merkezi'nin (CDC) ölümcül olmayan yaralanma surveyansındaki (Cause Injury Categories) yaralanma sebebi kategorileri alınarak sınıflandırma yapılmıştır (130).

Ölümcül Olmayan Yaralanma Kategorileri

1. Havalı tabanca ya da tüfek ile yaralanma: Sıkıştırılmış, hava ya da CO₂ ile güçlendirilmiş mekanizma kullanarak saçma tanesi atan tüfek ya da tabanca ile yaralanma, havalı tabanca ya da tüfekle yaralanma (çivi tabancası ya da boya atan tabancalar bu gruba dâhil değildir)

2. Kesici, delici alet veya süngü ile yaralanma: Kesme, yarma, delme ile sonuçlanan yaralanma veya sivri bir alet, silah, ya da nesne ile delmektir. Bu kategori kör bir nesne ile yaralanma veya dövülmeyi içermez.

3. Köpek ısırması: Sadece köpek ısırması kaynaklı yaralanmalar olup, diğer hayvan ısırıklarını içermez.

4. Batma/boğulma: Su ya da diğer bir sıvıda batma sonucu gelişen asfiksidir.

5. Düşme: Bu kategori yerçekimine karşı aynı seviye ya da daha aşağı bir seviyeye düşmeyi ifade eder.

6. Yangın/yanık/duman soluma: Alev, ısı ya da kimyasallarla solunum yollarında doku hasarına yol açması

7. Ateşli silah yaralanması: Kurşun, mermi yaralanması

8. Yabancı cisim: Havayolunu tıkamayan ve asfiksiye yol açmayan vücut

boşluklarından yabancı cisim girmesi örn. göze yabancı cisim kaçması, kulağa bb kaçması, çocukların oyuncaklarının yemek borusuna kaçması vb.

9. İnhalasyon, yutma, boğulma: Havayolunu tıkayabilecek besin ya da diğer nesnelere tıkanıklığa yol açması, maksatlı ya da kazara; asılma, boğulma, kapalı bir alanda ya da plastik bir çanta ile ya da gömülmekle havasız kalmak, mekanik tıkanıklığa yol açılmasıdır. Bu kategori havayolunu tıkamayan yabancı cisimlerle yaralanmaları içermemektedir.

10. Makineye bağlı yaralanmalar: Çalışma halindeki makinalarla yaralanmalar (Örn. matkapla basınç uygulama, tarımdaki çatalla savurmak, büyük güçlü testere, palangalar, ticari et kesicileri ile yaralanmalardır). Bu kategori çalışmayan makinelerle yaralanmaları içermemektedir.

11. Doğal/çevreye ait nedenler: Aşırı sıcak, aşırı soğuk, yıldırım, güneş çarpması, büyük fırtınalar, doğal afetler, yiyecek ya da içeceğin olmaması vb.

12. Diğer ısırma ya da sokma: Köpek ısırığı dışındaki zehirli ya da zehirsiz deri bütünlüğünü bozacak şekilde ısırma ya da sokma. Bu kategori insan ısırması, kedi ısırması, yılan sokması, kertenkele ısırığı, böcek sokması, mercan ya da deniz anası batması ve diğer bitki ve hayvanlar vb.

13. Diğer: Elektrik akımı maruziyeti, elektrikli sandelyede idam, havai fişek patlama, patlama şok dalgası, yüksek radyasyona maruz kalmak, elektrik kaynağından yanık, hayvan tırmalaması

14. Aşırı yorgunluk: Bedenin ya da bedenin çeşitli kısımlarının kas, tendon, ligaman, kıkırdak, periferik sinir veya eklemlerde hasara yol açacak şekilde aşırı çalışması gerilme, burkulma vb. (taşımaya, itme, çekme, ya da fazla kuvvet uygulama kaynaklı).

15. Zehirlenme: Yutma, solunum, ya da deriden emilim yolu ile ya da biyolojik ya da biyolojik olmayan ilaç ya da toksinin ya da zararlı etkili bir maddenin enjeksiyonunu içermektedir. (İlaçların yüksek dozda kullanılması vb.) Bu kategori terapötik dozda ilaçların zararlı etkilerini yani beklenemeyen yan etkileri veya bakteriyel bir hastalığı içermemektedir.

16. Dövülmek, çarpmak/ezilmek: İnsan, hayvan veya makine haricindeki cansız nesne ya da kuvvete karşı dövülmek, vurulmak ya da ezilmekten kaynaklanan kazalardır. Bu kategori makineleri veya taşıtları içermez.

17. Ulaşım kaynaklı yaralanmalar: Yaralanan kişiye bağlı olarak 4 alt grubu vardır Bunlar; araba, bisiklet, motorsiklet, tren kaynaklı yaralanmalardır. Motorlu aracın içindeki yolcu, motorsiklet kullanıcısı, bisiklet binicisi, yaya ve diğer ulaşım araçları, Bu kategori ayrıca ayrıca kamu yolunda ya da otobanda olan kazaları içermektedir.

18. Bilinmeyen/belirlenmemiş nedenler: Acil üniteleri kayıtlarının kaza nedeni hakkında yeterli bilgi sağlayamadıkları nedenlerdir.

- **TİK 6:** İlaç sınıflamalarında “Türkiye İlaçla Tedavi Klavuzu (TİK 6) 2011-2012 Formülleri” kullanılmıştır. Bu klavuz, ilaçlardan ve onları içeren tıbbi farmasötik ürünleri (preperatları tanıtmaya yönelik olarak hazırlanmış ve ilaçların reçetelenmeleri konusunda da tıbbi bilgiler sunan İngiliz Ulusal Formüllerinin (“British National Formulary”) Türkiye’ye uyarlanması sonucu geliştirilmiş bir klavuzdur (131). Bu klavuzdaki sınıflandırma başlıkları EK 3’de verilmiştir.

- **İlaçlar:** Ana sistem başlıkları altında fonksiyonlarına göre sınıflandırılmıştır. Personel dosyalarında hastalara önerilen ticari ilaç isimlerden TİK 6 klavuzuna bakılarak jenerik isimler bulunmuş ve bunlar ilgili gruplara göre kodlanmıştır.

- **Jenerik isim:** Uluslararası sahipsiz isimler (International Nonproprietary Names) (INN) Bu sistemin amacı sağlık alanında çalışan profesyonellerine her farmasötik maddeyi tanımlayan ve aynı etken için tüm dünyada bilinen tek bir ismin kullanımını sağlamaktır.

İlk defa 1950’de Dünya Sağlık Örgütünde karar alınmış ve 1953’de adlandırma başlamıştır. Bu listeye her yıl 120-150 arasında yeni isim eklenmektedir. Halen toplam sayıları 7000 civarındadır (132,133).

3.6.5. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi’ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Sistem Yakınmaları ile İlgili Terim ve Kriterlerin Tanımı

Taramaya katılan personelin sistem yakınmalarına ilişkin olarak incelenen özellikler arasında; genel yakınmalar (kilo değişimi, halsizlik, ateş, gece terlemesi), deriye ait yakınmalar (deri döküntüsü, kaşıntı, saç tırnak değişikliği), baş boyuna ait yakınmalar (başağrısı, baş dönmesi, çift görme bulanık görme, gözlük kullanımı, burun kanaması, burun tıkanıklığı, alerjik nezle, boğaz ağrısı, ses kısıklığı, kulak

çınlaması, işitme azlığı, kulak ağrısı, dişeti kanaması, ağız içinde yara, diş sorunları), solunum sistemine ait yakınmalar (öksürük, nefes darlığı, balgam, sırt ağrısı), kalp damar sistemine ait yakınmalar çarpıntı, gece nefes darlığı, göğüs ağrısı, siyanoz, ortopne, yastık sayısı, ödem, klaudikasyon, memelere ait yakınmalar (meme başı akıntısı, memede şişlik/kitle), sindirim sistemine ait yakınmalar (iştah, bulantı, melena, sarılık, midede yanma ekşime, yutma güçlüğü, kusma kabızlık, karın şişliği, karın ağrısı, hematemez, ishal, hemoroid, gaz/geğirme, dışkıda kan), ürogenital sistem (idrara yaparken yanma, kanlı idrar yapma, sık idrara çıkma, idrar kaçırma, gece idrara kalkma, adet düzensizliği, ağrılı adet görme, menopoza girme, postmenopozal kanama, doğum yapmış olma, küretaj olma, düşük yapma, korunma yöntemi kullanma, idrar yapma zorluğu, idrarda çatıllanma, taş öyküsü, genital bölgede ülserasyon, genital akıntı, testiste şişlik, empotans, cinsel ilişki sırasında ağrı), endokrin sisteme ait yakınmalar (DM, guatr, hormon tedavisi, terleme, flushing, ellerde titreme, oligomenore, sıcağa tahammülsüzlük, soğuğa tahammülsüzlük, çok su içme, çok idrara çıkma, çok yemek yeme, adet dışı kanama), nöromusküler sisteme ait yakınmalar (bayılma, konvülsiyon, kuvvet azalması/kayı, uyku düzeni bozukluğu, eklem ağrıları, hareket kısıtlılığı, eklemlerde şişlik/kızarıklık, travma, sinirlilik) bulunmaktadır.

- **Kilo değişimi:** Hem kilo alma, hem de kilo verme durumları kilo değişimi var anlamında (+) olarak kodlanmıştır.
- **İştah:** Hem iştah artışı hem de iştah azalması durumları iştah değişikliği var anlamında (+) olarak kodlanmıştır.
- **Siyanoz:** Parmaklarda dudaklarda burun gibi organlarda soğuk ve raynaud fenomeni gibi durumlarda görülen lokal dolaşım bozukluğu periferik siyanozdur. Ayrıca akut ve kronik solunum yetmezliklerinde ve konjenital siyanotik kalp hastalıklarında ağız içi mukozası ve dilin mor-siyaha kayan renk değişikliği olması da santral siyanoz olarak adlandırılır (129).
- **Ortopne:** Arkaya yaslanır durumda gelişen bir nefes darlığı olup, zorlayan bir nefes darlığından ziyade kalp yetmezliğinin bir geç göstergesidir. Kişi dik oturduğunda ya da ek yastık ile daha rahat nefes alabilmektedir. Kalp yetmezliği dışında, abdominal obezitesi veya asiti olan hastalarda, akciğer mekaniği dik oturma ile daha iyi seyreden hastalarda da görülebilir (21,134).

- **Yastık sayısı:** Yastık sayısında artış olanlar bu semptom içinde kodlanmıştır.
- **Klaudikasyo:** (Klaudikasyo Intermitans) Yürümekle ortaya çıkan ve birkaç dakika dinlenmekle geçen, tıkaçıcı arter hastalıklarının klasik bir bulgusudur (129).
- **Uyku düzeni bozukluğu:** Az uyuma ya da çok uyuma durumları alınmıştır.
- **Gebelikten korunma yöntemleri:** Kombine oral kontraseptifler, enjekte edilen hormonal kontraseptifler, acil kontrasepsiyon, rahim içi araç (RİA), kondom, tüp ligasyonu, vazektomi, diyafram, köpük, jel, takvim, geri çekme yöntemlerini kapsamaktadır (135).

3.6.6. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Fizik Muayeneleriyle İlgili Terim ve Kriterlerin Tanımı

Sıhhiye Yerleşkesinde yer alan Sıhhiye Sağlık Merkezinde 2005-2009 yılları arasında taramaya katılan kadrolu personelin fizik muayeneleri incelenmiştir. İncelenen fizik muayene bulguları arasında baş boyun, göz, kulak burun boğaz (KBB), ağız, solunum sistemi, dolaşım sistemi (KDH), meme, sindirim sistem (GİS), lenfadenopati (LAP), ekstremiteler ve nörolojik muayene yer almaktadır.

- **Pitozis:** Bir veya her iki göz kapağının normal dışı bir şekilde aşağıya sarkması durumudur (136).
- **Nistagmus:** Yavaş göz hareketleri ile başlayıp bir veya her iki gözün istemsiz, tekrarlayıcı, ritmik hareketleri olup, fizyolojik olarak vestibüler ve optokinetik uyarıdan dolayı olabilir. Patolojik olarak da bakma işlevinin stabilitesini sağlayan bir veya birden çok sistemin denge bozukluğunda görülür (136,137).

3.6.7. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Tetkik Sonuçlarıyla İlgili Terim ve Kriterlerin Tanımı

Araştırmada Sıhhiye Yerleşkede yer alan Sıhhiye Sağlık Merkezinde 2005-2009 yılları arasında taramaya katılan kadrolu personelin tetkik sonuçları incelenmiştir. İncelenen tetkik sonuçları arasında kanda genel tarama (ALT, AST, GGT, ALP, Na, K, Cl, Total Bilurubin, Direk Bilurubin, Total Kolesterol, +-, Üre, Ürik Asit, Kreatinin, Fosfor, Total Kalsiyum), Lipid Profili (Total Kolesterol, LDL,

HDL, VLDL, Trigliserid), Hemotolojik tetkikler (Eritrosit, Hemoglobin, Hematokrit, MCV, MCH, MCHC, RDW, Lökosit, Trombosit, MPV, Nötrofil, Lenfosit, Monosit, Eozinofil, Bazofil), Sedimantasyon, hormon testleri (TSH, PSH), immünolojik testler (Anti HBs, Anti HCV, Anti HIV), gaitada gizli kan, idrar tetkiki (idrarda Ürobilinojen, Bilurubin, Keton, Kan, Protein, Nitrite, Lökosit, Glikoz, Densite, Ph), Pap Smear, Mamografi, KMD bulunmaktadır.

- **Alanin amino transferaz (ALT):** Bu enzim en fazla hepatosit sitoplazmasında bulunur ancak çok düşük konsantrasyonda iskelet ve kalp kasında da bulunabilir. ALT yüksekliği genellikle karaciğer hücre harabiyetini gösterse de, iskelet kasında ağır hasarda da kanda yükselir. Karaciğerde enfeksiyöz durumlarda (viral hepatitler, enfeksiyöz mononükleozis, karaciğer apseleri vb), mekanik/ travmalarda (pasif karaciğer konjesyonu, ekstrahepatik biliyer obstrüksiyon vb) metabolik/toksik nedenlerle (ilaçla bağlı karaciğer hastalığı, alkol), neoplazilerde (hepatoselüler karsinoma ve karaciğer metastazları) yükselir (134,138).

- **Aspartat amino transferaz (AST):** Hem mitokondri hem de sitoplazmada bulunan bir enzimdir. Ağır bir sellüler harabiyette ve nekrozda ALT'den daha yüksek saptanır. Genel olarak karaciğer hastalıklarında kanda yükselir. Bunun dışında akut miyokard enfaktüsü, Reye sendromu, kas travması veya enjeksiyonu, pankreatit, bağırsak yaralanması veya cerrahisi gibi durumlarda da kanda yüksek saptanır (138, 139).

- **Gama Glutamil Transferaz (GGT):** Karaciğer böbrek ve pankreasta bulunan bir enzimdir. Karaciğer hastalıklarında, bazı ilaçların alımı ile (fenitoin, karbomezapin, barbitürat vb.) alkol alımı ile yükselir (138,140).

- **Alkalin Fosfataz (ALP):** Bir hidrolaz enzimi olup, çeşitli moleküllerden fosfat gruplarının koparılmasını sağlar. Bu enzim kemik, karaciğer, bağırsak ve plasenta tarafından oluşturulup, safra yoluyla itrah edilir. Serumda alkalin fosfataz yüksekliği; obstrüktif karaciğer safrayolu hastalıklarında, kemik hastalıklarında, hiperparatiroidizmde, riketsde, hamilelikte (3. trimester), bazı mide bağırsak hastalıklarında (ülser perforasyonu, bağırsak enfarktüsü vb.) ve karaciğere toksik bazı ilaç alımlarıyla görülebilmektedir (138,140-142).

- **Bilirubin Total:** Katabolize olan her hem molekülünden bilirubin oluşur. Total bilirubinin %15'lik kısmı myoglobilin, sitokromlardan ve peroksidozlardan gelmektedir. Bilirubinin fazlalığında “sarılık” tablosu oluşur (138,140,142).

- **Bilirubin Direkt:** Serbest bilirubin karaciğerde konsantre olduktan sonra glukuronik asit ile konjuge olup bilirubinin diglukuronid veya konjuge (direkt) bilirubini oluşturur. Suda çözünebilir hale gelir. Safraya atılır. Kandaki seviyesi yükseldiğinde idrarla atılabilir. Karaciğer hastalıkları ve safra yolu tıkanıklıklarının göstergesidir (138,140,143).

- **Bilirubin İndirekt:** Prehepatik bilirubinler indirekt bilirubinlerdir. İndirekt (unkonjuge) bilirubin yağda çözünür, toksiktir. Artması hemoliz ile ilişkilidir. İndirekt bilirubinin yükseldiği durumlar fizyolojik sarılık, Crigler Najjar sendromu, Gilbert hastalığı, hemolitik sarılıklardır (138,140).

- **Klor (Cl):** Vücudun ekstrasellüler sıvısının en önemli anyonudur. Vucut su dağılımı, osmotik basınç ve asid baz dengesinin sağlanmasında önemli rolü vardır. Böbrek yetmezliği, nefrotik sendrom, renal tübüler asidoz, dehidratasyon, hiperparatiroidizm, diabetes insipitus, ishale bağlı gelişen metabolik asidoz, respiratuvar alkaloz, adrenokortikotropik hormon yüksekliği, bazı ilaçlarla (asetozolamid, androjenler, hidrokortiyazid, salisilatlar vb.) serumda artar (138,140).

- **Potasyum:** İntrasellüler sıvının temel katyonudur. Protein sentezi ve hücre büyümesi için gereklidir. Birçok enzimin aktivatörüdür. Uyarılabilir dokuların sinir ve kas işlevinde rolü vardır. Potasyumun attığı durumlar dehidratasyon ve şok böbrek yetmezliği, addison hastalığı, travma ve yanıklar, fazla miktarda potasyum infüzyonudur (79,138,140).

- **Sodyum (Na):** Ekstrasellüler sıvının en önemli katyonudur. Asit-baz dengesinde çok önemli rolü vardır. Vücutta ozmotik basıncı koruyarak sıvı kayıplarının önlenmesinde rol oynar. Kasların kasılmasında da fonksiyonları vardır. Dehidratasyon, yeterince su alınmaması, diyare, intrakranial hastalıklar, diyabetik koma tedavisini sonrasında, diabetes insipitus, primer hiperaldosteronizm durumlarında artar (138,140).

- **Fosfor (P):** Hücrelerin yapısında yer alır. Böbrek fosfor atılımının azalması ile giden durumlarda, (böbrek yetmezliği, hipoparatiroidizm, paratiroid baskılanması, yalancı hipoparatiroidizm, akromegali, tümöral kalsinoz, heparin tedavisi)

ekstaselüler sıvı fosfat yükünün artması durumlarında (eksojen fosfatın hızlı uygulanması, yoğun selüler harabiyet ya da nekroz), hücreler arasında fosfatın yer değiştirmesi (metabolik asidoz, respiratuvar alkaloz) fosfatın serumda yükselme nedenlerindedir (25, 138).

- **Kalsiyum (Ca):** İnsan vücudunda en çok bulunan inorganik elementtir. Kemik oluşumunda, kan pıhtılaşmasında, sinir iletimi ve kas kasılmasında, kapiller ve membran geçirgenliğinde görev alır hiperparatiroidizm, D vitamini hipervitaminozisi, kemik metastazları, multiple myeloma, sarkoidoz, akut kemik atrofisi, akromegali, Cushing sendromu, Paget hastalığı, polisitemia vera durumlarında kanda kalsiyum seviyesi yükselir (138,144).

- **Total Kolesterol:** Steroid yapıda bir alkoldür. Dışarıdan alındığı gibi, vücutta asetil Co-A'dan da kolayca sentezlenir. Kolesterol, safra tuzu, D vitamini ve steroid hormonların sentezinde kullanılır, ayrıca plazma zarlarının yapıtaşısıdır. Kolesterol yüksekliği kalp krizi, inme, kalp damar sisteminin harabiyetine yol açan atesklerozun gelişmesini pekiştirir (79,138).

- **Trigliserid:** Gliserolün üç tane hidroksil grubu ile yağ asitlerinin oluşturdukları esterlerdir. Trigliseritler enerji kaynağı olarak metabolizmada önemli rol oynarlar. Doğrudan aterojenik olmamakla beraber kardiyovasküler hastalık riskini gösterirler (79,138,145).

- **Düşük Dansiteli Lipoprotein (Low Density Lipoprotein; LDL):** Damar içinde sentezlenir. VLDL katabolizmasının en son evresinde oluşur. Kolesterolce en zengin lipoproteindir. Plazmada LDL'nin arttığı durumlarda ateroskleroz görülür (138,146).

- **Çok Düşük Dansiteli Lipoprotein (Very Low Density Lipoprotein; VLDL):** Endojen trigliserid bakımından oldukça zengindir. Karaciğerde sentezlenir. ve karaciğerde sentezlenen trigliserid ve kolesterolü ekstrahepatik dokulara taşır. Vücutta enerji yükü fazla olduğunda olduğunda VLDL sentezi artmaktadır. Hepatitler, kronik böbrek hastalığı, artmış VLDL üretimi ile ilişkilidirler. Diabetli hastalarda yüksek glukoz ve serbest yağ asidi dolaşımı sonucunda VLDL düzeyleri artmaktadır (138,147,148).

- **Yüksek dansiteli lipoprotein (High Density lipoprotein; HDL):** Lipidlerin plazmadaki taşınma şekillerindedirler. Karaciğerde sentezlenir. Kolesterolün

periferden karaciğere transferini sağlar. HDL düşüklüğü kardiyovasküler hastalık artışı ve ölüm için bağımsız bir risk faktörüdür (138,147,149).

- **Glukoz:** Kandaki düzeyine glisemi denir. Kan glukoz seviyesi karaciğer ve hormonlar tarafından ayarlanır. Vücutta normal şartlarda ekstraselüler sıvıdaki glikoz konsantrasyonu dokulara hızlı enerji kaynağı sağlayacak ve idrara glukoz çıkmayacak şekilde düzenlenmiştir. Diabetes mellitus, Cushing, kronik pankreatit ve bazı ilaçlarla (kortikosteroidler, fenitoin, östrojen, tiazidler) kan şekeri yükselmektedir (138,140).

- **Üre:** siklusunda amonyak (NH_3) ve karbondioksit'ten (CO_2) oluşur. Böbrek fonksiyon testlerinden biridir. Protein metabolizmasının son ürünü olup, böbreklerden atılır. Kan üre nitrojeni doğrudan protein alımı, azot metabolizması ile ilişkilidir. Böbrek yetmezliği, idrar yolu tıkanıklıkları, dehidratasyon, şok, yanık, mide bağırsak sistem kanamaları, bazı nefrotoksik ilaçlar (gentamisin vb.) ürenin kanda yükselmesine yol açabilir. Karaciğer yetmezlikleri, nefrotik sendrom, kaşeksi (düşük protein ve yüksek karbonhidratlı diyet) durumlarında kan seviyesi düşmektedir (138,140).

- **Ürik Asit:** Karaciğer'de pürin metabolizmasının son ürünüdür. Böbrekler tarafından atılımlı sağlanır. Serum ürik asit konsantrasyonunda artış başlıca gut, artritler, pnömoni, böbrek yetmezliği, tiazid diüretik tedavisi ile görülür (138,140).

- **Kreatinin:** Fosfokreatin'in dehidratasyonu ve halkalaşması ile kendiliğinden meydana gelir. Özellikle böbrek hastalıklarında, bağırsak tıkanmalarında, konjestif kalp yetmezliğinde mekanik travmalar, artan kas kitlesi, kırmızı et tüketimi, fazla protein tüketimi, dehidratasyon ve vasküler nedenlerle kanda artmaktadır. Kaşeksi, kas kitlesinde azalma, glomeruler filtrasyonda artış (erken diabetes mellitusa bağlı osmotik diürez) durumlarında kanda kreatinin azalır (134,138).

- **Eritrosit:** Alyuvar, kırmızı kan hücresi veya eritrosit, kemik iliğinde yapılırlar, temel fonksiyonu oksijen ve karbondioksit taşınması ve kan pH'nın sürdürülmesidir. Kanda arttığı durumlar; sekonder polisitemi, dehidratasyon, polisitemi veradır. Ayrıca, beyaz kan hücresi artışlarına eşlik eden yalancı yükseklikler görülebilir. Azalma durumları anemilerdir. Otoaglutinasyona eşlik eden yalancı azalmalar da görülebilir (140,144,150).

- **Hemoglobin (Hb):** Kan oksijeninin büyük çoğunluğunu taşıyan proteindir. Eritrositlerin içerisinde bulunur. Kandaki hemoglobinde önemli miktarda azalma olmasına anemi denir. Dehidratasyon, yanık, kusma gibi hemokonsantrasyon durumlarında, polisitemilerde, yoğun egzersiz durumlarında kan Hb düzeyinde yükselme, anemi, hemodilüsyon durumlarında da kan Hb düzeyinde düşme görülür (79,140).

- **Hematokrit (Hct):**Kırmızı kan hücrelerinin oluşturduğu hacmin, toplam kan hacmine oranıdır. Bir kan örneğinin santrifüj edilmesi ile ölçülür. Dehidratasyonda, yanık, kusma gibi hemokonsantrasyon durumlarında, polistemilerde (eritrositozda), yoğun fiziksel egzersizde kanda artmakta, makrositer anemilerde (karaciğer hastalığı, hipotiroidizm, B12 eksikliği, folat eksikliği, myelodisplazi) normositer anemilerde (erken demir eksikliği, kronik hastalık anemisi, hemolitik anemilerde, akut kanamalarda, kemik iliği infiltrasyonlarında) ve mikrositer anemilerde (demir eksikliği, talasemi) hemodilüsyonlarda kanda azalmaktadır (79,140).

- **Ortalama Eritrosit Hacmi (Mean Corpuscular Volume; MCV):** Bir eritrositin ortalama hacmini gösteren bir belirteçtir Karaciğer hastalıklarında, megaloblastik anemilerde, myelodisplazide, retikülositozda, kemoterapi, Down sendromu, hipotiroidizmde ve yenidoğanlarda seviyesi artmakta, demir eksikliği, talasemi, kurşun zehirlenmesi, polisitemilerde azalmaktadır (138,139).

- **Lökosit:** Kanda dolaşan ve çeşitli dokulara yayılmış halde bulunan ak kan hücreleridir. Bunlar nötrofil, bazofil, eozinofil, monosit, makrofaj ve lenfositleri kapsar. Lökositlerin tümü bağışıklık savunmalarına katılmaktadır. Enfeksiyonlar, inflamasyon durumları, lösemi, ağır stres, ameliyat sonrasında, yanık gibi ağır doku hasarlarında, steroid alımı ile artabilmektedir. Kemik iliği yetmezliğinde, sitotoksik ajan veya ilaçlarla, kolajen-damar hastalıklarında, karaciğer ve dalak hastalıklarında, B₁₂ veya folat eksikliği durumlarında kan lökositlerinde azalma görülebilmektedir (79,139).

- **Lenfosit:** Virus, bakteri, toksin ve kanser hücreleri dâhil özgül patojenlere karşı korunmada rol oynayan immun yanıtta rol alan hücrelerden oluşmuştur. Viral enfeksiyonlarda, çocuklarda akut enfeksiyöz lenfositoz durumlarında, lenfositik lösemilerde kanda artmaktadır. Stres, yanık, travma, üremi, bazı viral enfeksiyonlar,

HIVAIDS, kemoterapi sonrası kemik iliği baskılanmasında, steroidlerle, Multiple sklerozda azalmaktadır (79,139,151).

- **Monosit:** Kanda kısa süre kalan fagositler olup, daha sonra doku ve organlara göç ederek makrofajlara gelişirler. Bakteriyel enfeksiyonlar, protoza enfeksiyonları, enfeksiyöz mononükleozis, lösemi, Hodkin hastalığı, ülseratif kolit, bölgesel enterit vakalarında kanda artabilmekte, lenfositler lösemilerde, aplastik anemilerde, steroid kullanımı ile azalabilmektedir (79,139).

- **Nötrofil:** Fagositler olup, toplam akyuvar sayısının %40-75'ini oluşturur. Kanda yer alırsa da iltihap, inflamasyon sırasında kapillerleri bırakıp dokulara girerler. Kemik iliği tarafından üretilmesi ve salınması bir enfeksiyonun seyri sırasında büyük çapta uyarılır. Ağır egzersiz, gebeliğin son aylarında, doğum, cerrahi, yenidoğanlarda, steroid tedavisi ile, bakteriyel enfeksiyon, enfeksiyona bağlı olmayan doku hasarı, metabolik bozukluklar (eklampsi, üremi, akut gut vb.) ve lösemi ile artmaktadır. Pansitopeni, aplastik anemi, kemik iliği harabiyeti, yoğun enfeksiyonlar, sıtma, bazı ilaçlar (kloramfenikol, fenilbutazon, klorpromazin, kinin vb.) B12 ve folat eksiklikleri, hipoadrenalizm, hipopituitarizm, diyaliz, ailesel azlık, idiyopatik nedenlerle azalmaktadır (79,139,152).

- **Eozinofil:** Kanda, sindirim, solunum ve idrar kanallarını örten mukoza yüzeylerinde bulunur Parazitleri öldüren toksik kimyasallar salarak ya da fagositoz ile etkilerini gösterir. Allerji, parazit, deri hastalığı, kötü huylu tümör, bazı ilaçlar, astım, Addison hastalığı, kolajen–damarsal hastalık, Löfler sendromu gibi durumlarda eozinofil düzeylerinde artış görülebilir. Enfeksiyon, travma yanık gibi streslerin sonraki döneminde, steroid kullanımında, Cushing Sendromunda eozinofil düzeylerinde azalma görülebilir (79,139).

- **Bazofil:** Allerjik iltihaplanmada önemli rolü olan salgı hücreleridir. Enfeksiyon sırasında heparin ve histamin salgırlar. Kronik myeloid lösemi, splenektomi sonrası dönem, polisitemi, hodgkin hastalığında daha nadir olarak da enfeksiyonun iyileşme döneminde, hipotiroidizm durumlarında düzeylerinde artış görülebilmektedir. Akut romatizmal ateş, gebelik, radyasyon tedavisi sonrasında, steroid tedavisi, tirotoksikoz, stres durumlarında düzeylerinde azalma görülebilir (79,139,153).

- **Trombosit:** Kan pıhtılarının oluşumunda rolü vardır. Kemik iliğinin megakaryosit adlı büyük hücrelerinden sitoplazma parçalarının kopması, ve bunların

dolaşım girmesi ile oluşur. Ani egzersiz, travma, kırık, asfiksi sonrası, cerrahi sonrası (özellikle dalak cerrahisi), akut kanama, myeloproliferatif hastalıklar, lösemi, doğum sonrası, karsinoma, siroz, demir eksikliği durumlarında kanda yükselebilir. Yaygın damar içi koagülasyon, idiyomatik trombositopenik purpura, trombotik trombositopenik purpura, hemolitik üremik sendrom, kemik iliğini baskılayan durumlar (kemoterapi, radyasyon, alkol), yanık, yılan veya böcek ısırıkları, lösemi, aplastik anemi, dalak büyümesi, enfeksiyöz mononüleozis, viral eneksiyonlar, siroz, yoğun transfüzyon, HELLP sendromu, preeklamsi, eklemisi, kalp kapak protezi, bazı ilaçlar (steroid olmayan inflamasyonu engelleyici ilaçlar, antikonvülsanlar, aspirin, tiazidler vb.) ile kanda trombosit düzeylerinde azalma görülebilmektedir (79,139).

- **Tirotropin veya tiroid stimulan hormon (TSH):** Ön hipofizden salgılanır. Tiroid hormonlarının sentez ve salgılanışını sağlar. Kan TSH düzeyinde yükseklik hipotiroidizm ve akut hastalıkların iyileşme dönemlerinde görülebilir. TSH düşüklüğü ise hipertiroidizmde, bazı ilaçlarla (dopamin, yüksek dozda steroid kullanımı) ve pituiter hipotiroidizmde görülebilir (79,139).

- **Tiroid hormonları; T₃ (Triiodotronin), T₄ (Tiroksin):** Tiroid bezinin asıl aktif hormonu T₃'dür. T₃'ün yaklaşık %80'i T₄'ün tiroid dışında deiodinasyonu ile oluşmaktadır. Tiroid hormonları metabolizmayı hızlandırır ve oksijen tüketimini artırır. Ayrıca kalp kasılması, vücut ağırlığının korunması, protein sentezi ve karbohidrat metabolizmasının uyarımı, kolesterol ve trigliserit sentez ve yıkımının arttırılması, vitamin ihtiyacının artması ve reseptörlerin katekolaminlere olan duyarlılığının arttırılmasını sağlarlar. T₃ hormonunun artabildiği durumlar; hipertiroidizm, tiroid bağlayıcı globülinin arttığı durumlardır. Azaldığı durumlar ise; hipotiroidizm, tiroid bağlayıcı globülinin azaldığı durumlar, bazı ilaçların kullanımındır (amiodaron vb.) (138,139).

- **Prostat spesifik antijen (PSA):** Prostat spesifik antijen ölçümü kandan yapılan ve prostat kanserinin tanısı ve izleminde kullanılan bir testtir. PSA prostat hücrelerince yapılır. Prostat enfeksiyonları, iyi huylu prostat büyümeleri veya prostat kanseri gibi durumlarda PSA'nın kana geçişinde artış olur (139,143,144).

- **Eritrosit Sedimentasyon Hızı (ESH):** Eritrositlerin yerçekimi etkisi ile belirli bir zaman biriminde çökmesi ve mm olarak çöktüğü mesafenin ölçülmesiyle ile hesaplanır. Enfeksiyonlarda (osteomyelit, pelvik inflamatuvar hastalık, endokardit

vb.), inflamatuvar hastalıklarda (temporal arterit, polimyalji romatika, romatizmal ateş vb.), malign neoplazilerde, paraproteinemilerde, anemilerde, hamilelerde, kronik böbrek yetmezliğinde, gis hastalıklarında (ülseratif kolit, rejyonel ileit vb.) ESH artmakta, polisitemilerde, orak hücreli anemilerde, sferositozda, anizositozda, poikilositozda, hipofibrinojenemilerde, hipogamaglobulinemilerde, konjestif kalp yetmezliğinde, mikrositozda, bazı ilaçlarla (yüksek doz steroid kullanımı vb.) azalmaktadır (138,139).

- **Gaitada Gizli Kan (GGK):** Kolorektal kanser taramasında kabul edilen bir tarama testidir. Mide bağırsak kanalında meydana gelen, çıplak göz ve mikroskop ile belirlenemeyen kanamaları saptamayı amaçlar. Üst sindirim sistemi hastalıkları (peptik ülser, gastrit, varis kanaması, özefajial ve gastrik kanser), alt sindirim sistemi hastalıklarında (divertikülozis, kolonik polipler, kolorektal kanserler, inflamatuvar bağırsak hastalıkları, vasküler ektazileri hemoroidler) pozitif sonuç verir (138,139).

- **Tam İdrar Tahlili (TİT):** Kişilerin idrar örneğinden reaktif çubuk ile örnek alınması ve bunların kutu üzerindeki renk skalası ile karşılaştırılması ile idrarda 10 parametre değerlendirilmiştir. Bu parametreler; ürobilinojen, bilirubin, ketone, kan, protein, nitrit, lökosit, glikoz, densite ve ph'dır (power of hydrogen)

İdrar analizi; muhtemel DM, metabolik anormallikler, karaciğer hastalıkları, kalp hastalıkları, kan hastalıkları, böbrek fonksiyonları ve idrar yolu enfeksiyonlarını işaret eden durumları saptamak amacı ile kullanılmıştır (138).



Şekil 3.15. İdrar tahlili (Reaktif çubuğunun renk skalası ile karşılaştırılarak parametrelerin değerlendirilmesi).

3.6.8. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Sağlık Düzeyiyle İlgili Terim ve Kriterlerin Tanımı

Araştırmada Sıhhiye Sağlık Merkezinde 2005-2009 yılları arasında taramaya katılan kadrolu personele personelde tarama muayenesi sırasında tanı alan eski ve yeni vakaların dağılımı incelenmiştir.

- **Eski tanı:** Kişilerin tarama sırasında beyan ettiği önceden var olan hastalıklarıdır.
- **Yeni tanı:** Önceden hastalığı olmayıp sağlık taraması sırasında yeni konulan hastalık tanılarınıdır.
- **ICD 10:** Hastalıkların sınıflandırılmasında ICD 10 ("International Classification of Diseases") kullanılmıştır. "Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması"dır. Epidemiyoloji, istatistik, sağlık hizmet yönetimi alanlarında, temel sağlık hizmetleri, kaynakların tahsisi, araştırma, izlem ve değerlendirme, korunma ve tedavi konularında sağlık ile ilgili bilgileri düzenlenmesi ve kodlanmasını sağlar. Kullanım amacı ülkelerin ve toplumların genel sağlık durumlarının değerlendirilmesinde ve izlenmelerinde ortak bir dil oluşturmaktır. İlk defa mayıs 1990'daki 43. Dünya Sağlık Toplantısında kabul edilmiş, 1994'den beri Dünya Sağlık Örgütüne üye ülkeler tarafından kullanılmaya başlanılmıştır. Türkiye'de hasta kayıt ve kabul işlemi yapan bilgi sistemi veri tabanlarında hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılmasında 01.07.2005 tarihinden itibaren ICD-10 kullanılmaya başlanmıştır (154,155).

3.6.9. Hacettepe Üniversitesi 2005-2009 Yılları Arasında Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Tarama Sonuçları ve Bunlarla İlişkili Faktörleri Değerlendirmekle İlgili Terim ve Kriterlerin Tanımı

- **İleri analizlere alınan hastalıklar:** Sağlık taraması sonucunda belirlenen en sık görülen, önemli hastalıklardır. Bu hastalıklar ICD 10'a göre sınıflandırılmış olup Tablo 3.5'de belirtilmiştir (çapraz tabloları ve lojistik regresyon analizleri yapılmıştır).

Sağlık taraması sırasında belirlenen, en sık görülen eski ve yeni vakaların ICD 10'a göre sınıflandırılmış detaylı alt tanı tablosu EK 4'te belirtilmiştir.

Tablo 3.5. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde 2005-2009 Yılları Arasında Yapılan Sağlık Taramasında İleri Analizlere Alınan Hastalıklar (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

Hastalık Adı ¹	ICD Kod
1. Nutrisyonel anemi	D50-D53
2. Tiroid bezi bozuklukları	E00-E07
3. DM	E10-E14
4. Obezite	E66
5. Metabolik bozukluklar	E70-E90
6. Lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğeri lipidemiler	E78
7. Hipertansif hastalıklar	I10-I15
8. İskemik kalp hastalıkları	I20-I25
9. Atriyoventriküler ve sol dalcık bloğu	I44
10. Karaciğer hastalıkları	K70-K77
11. Osteoporoz	M80-M81
12. Üriner sistemin diğeri hastalıkları	N30-N39

¹Analizlere sık görülen önemli hastalıklar alınmıştır.

- **Toplum taraması ile sağlanan yarar (YIELD):** Bir toplumda tarama sonucunda önceden tanısı konmamış, bilinmeyen vakaların bulunmasına ve bunların miktarına “tarama sonucu sağlanan yarar (yield)” adı verilir.

3.7. Araştırmanın Verilerinin Analizi

Araştırmada Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesinde 2005-2009 yılları arasında kadrolu çalışanların sağlık tarama sonuçları ve ilişkili faktörleri incelemek için toplanan veriler 01.10.2010 ile 20.09.2012 tarihleri arasında Mikrosoft Office Excel 2010 kullanılarak veri tabanına kayıt edilmiştir. Verilerin analizi Hacettepe web sayfasında akademisyenlerin kullanımına açık olan IBM SPSS 21 kullanılarak yapılmıştır.

Bu çalışmada veriler sürekli değişkenler için ortalama±standart sapma, en büyük- en küçük değer ve ortanca olarak belirtilmiş, kategorik değişkenler için hız hesaplanmıştır. Elde edilen verilerin analizinde parametrik olmayan testlerden X^2 önemlilik testi kullanılmış olup, kritik p değeri 0,05 olarak alınarak tanımlayıcı tabloları hazırlanmıştır.

Analizlerin sonucunda en çok görülen ve önemli hastalıklar olarak nutrisyonel anemi, tiroid bezi bozuklukları, diabetes mellitus, obezite, metabolik bozukluklar, lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler, hipertansif hastalıklar, iskemik kalp hastalığı, atriyoventriküler ve sol dalcık bloğu, karaciğer hastalıkları, osteoporoz, üriner sistemin diğer hastalıkları alınmıştır. Analizlerde en çok görülen hastalıkların çoğunluğu ICD 10 kodlarına göre tek bir hastalık olmayıp, grup olarak kodlanmıştır. Hastalık risk faktörleri bir grup içinde farklılıklar gösterebildiğinden risk faktörleri olarak sosyo-demografik değişkenlerden yaş, cinsiyet, kadro durumu, medeni durum alınmıştır. Bu sosyo-demografik değişkenlere göre düzeltilmiş çok değişkenli lojistik regresyon analizleri yapılmıştır. Odds Ratio hesaplanmıştır. Güven aralığı %95 olarak alınmıştır. Lojistik regresyon analizlerinde sosyo-demografik özellikler iki durumlu kategorik değişkenlere dönüştürülerek incelenmiştir. Cinsiyet; kadın erkek, yaş; 40 yaş ve altı ile 41 yaş ve üzeri, medeni durum; evlilik yaşamı olan, evlilik yaşamı olmayan, akademik ünvan da akademik ve idari personel olmak üzere gruplandırılmıştır.

Bu çalışmada ayrıca taramanın yarar hesapları yapılmıştır. Taramanın yararı (yield) Tablo 3.5'deki hastalıklar için hesaplanmıştır.

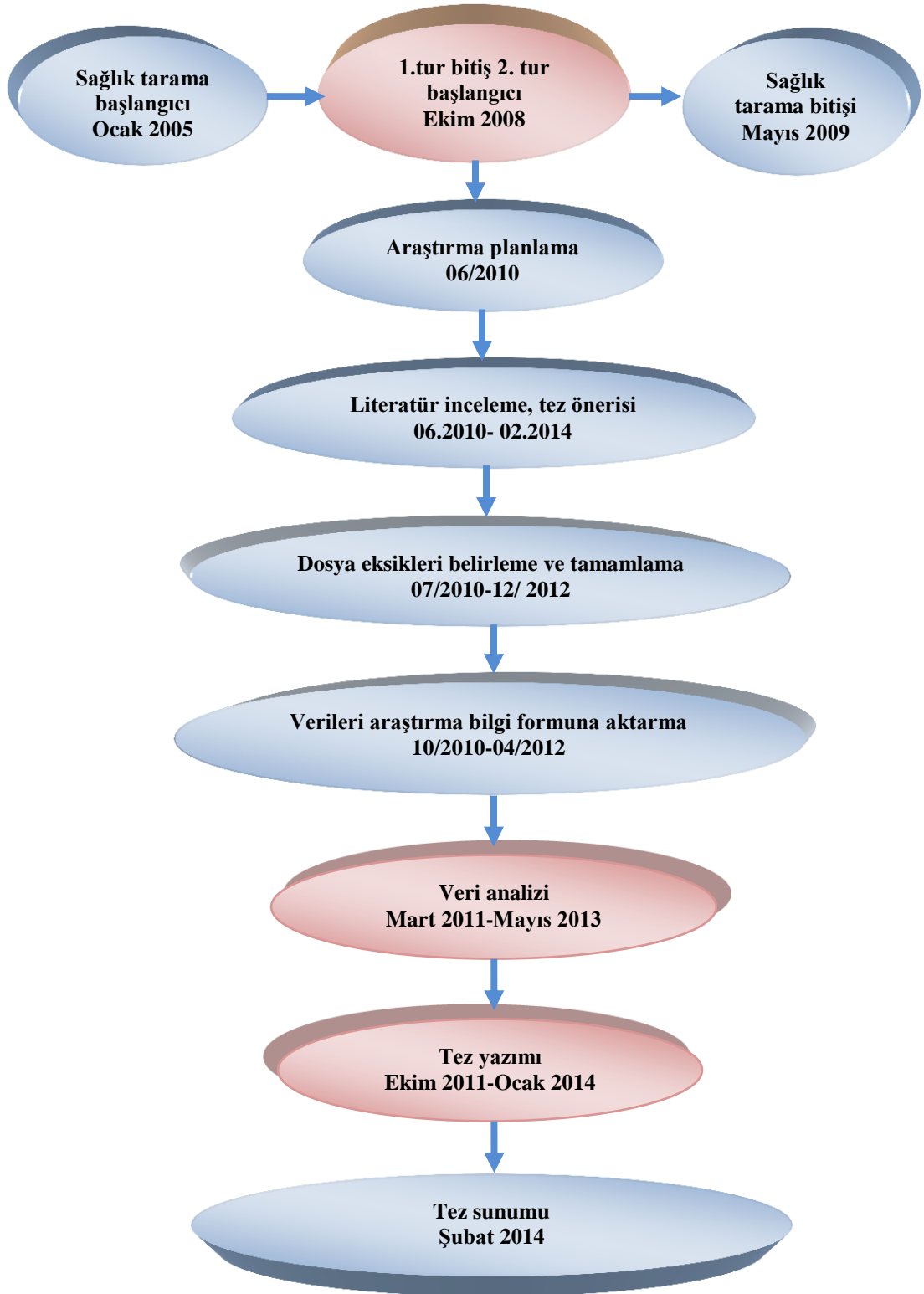
Taramanın yarar hesabı şu şekilde yapılmıştır.

$$\text{Taramanın yararı (yield)} = \frac{\text{Önceden bilinmeyen tarama ile saptanan vaka sayısı}}{\text{Toplumdaki toplam vaka sayısı}} \times 100$$

Taramanın yarar hesabı ayrıca Tablo 3.5'deki hastalıklar için yaşa, cinsiyete, medeni duruma ve kadro durumuna göre de hesaplanmıştır (Bkz. Tablo 4.35-Tablo 4.46).

3.8. Araştırmanın Süresi

Araştırmanın planlanması, verilerinin toplanması, analizi ve raporun yazılması 06. 2010-01. 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı 3 dönem tez çalışmalarına ara vermiştir (Yurt dışı ve yurt içi eğitim nedeniyle).



Şekil 3.16. Araştırmanın Akış Şeması.

3.9. Tez Çalışmasının Maliyeti

Harcama türü	Maliyet (YTL)
Fotokopi:	300 TL
Kırtasiye:	300TL
Tez basımı ve çoğaltılması:	1000TL
Diğer (dizgi)	500TL
Toplam:	2100 TL

3.10. Etik Konular ve Araştırma İzinleri

Araştırma için 25.05.2010 tarihinde Sıhhiye Sağlık Merkezi Sorumlu Hekimi Dr. Ayhan Al'dan yazılı izin alınmıştır (Bkz. EK 5).

Araştırmada elde edilen bilgiler, araştırma amaçları dışında kullanılmayacaktır.

Araştırma sonuçları Sıhhiye Sağlık Merkezine bir rapor halinde de iletilecektir. Araştırmada ayrıca 28.05.2010 tarihinde SKS (Sağlık Spor ve Kültür) Daire Başkanlığından da izin verilmesi istenmiş. Buradan Hacettepe Üniversitesi Senato Etik Kuruluna başvurulması istenmiştir. Hacettepe Üniversitesi Senato Etik Kuruluna 20.07.2010 tarihinde başvurulmuştur. 26.08.2010 tarihli toplantıda incelenmiş ve etik açıdan uygun bulunmuştur. Etik kurul onay tarihi 26.08.2010, numarası da 410.01-2138'dir (Bkz. EK 6).

3.12. Araştırmanın Kısıtlılıkları/Karşılaşılan Güçlükler

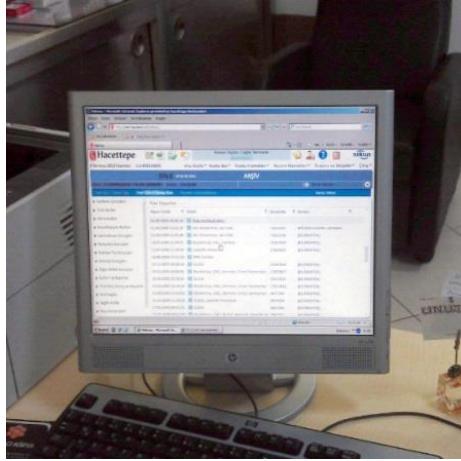
- 3.12.1. Taramayı Uygulayan Personelden Kaynaklanan Kısıtlılıklar
- 3.12.2. Taramaya Çağrılan Personel ve Personelin Kayıtlarından Kaynaklanan Kısıtlılıklar
- 3.12.3. Verilerin Veri Tabanına Girilmesi Sırasında Karşılaşılan Zorluklar
- 3.12.4. Araştırmanın Uygulanması ile İlgili Kısıtlılıklar

3.12.1. Taramayı Uygulayan Personelden Kaynaklanan Kısıtlılıklar Kayıtlarda Eksiklik Olabilmesi

Taranan dosyalardan veri kaydı yapılırken hasta dosyalarının yaklaşık olarak yarısında tetkik sonuçlarının dosyalarda bulunmadığı hastalar istediği için hastalara verildiği öğrenilmiştir. Bu nedenle tüm tetkik sonuçları veri tabanına kayıt edileceğinden öncelikle 26.07.2010 ile 01.12.2012 tarihleri arasında eksik tetkikler Hacettepe Erişkin Hastanesi Klinik Patoloji Laboratuvarı bilgisayar kayıt sisteminden yeniden çıkartılmıştır.

a) Dosya numarası eksiklikleri olabilmesi

Sağlık Merkezi Laboratuvar Ünitesi, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Biyokimya Laboratuvarları bilgisayar kayıt sistemlerine özel bir şifre üzerinden bağlanmaktadır. Bu kayıt sistemleri üzerinden laboratuvar başta TKS (tam kan sayımı), biyokimya, ELİZA testi, hormon testleri vb. birçok test sonucu internet üzerinden indirilebilmektedir.



Şekil 3.17. H.Ü. Biyokimya Laboratuvarına Şifre ile Bağlantı Sağlanması.

Ayrıca dosya numarası ile hastanedeki bir kısım radyolojik tetkiklere PACS sistemi üzerinden ulaşım sağlanabilmektedir. Bu verilerin internet yoluyla indirilebilmesi için hasta adı soyadı, dosya numarası ilgili tetkike ait örnek numarası, hasta anne adı, baba adı doğum tarihi gibi birçok bilgi kullanılabilir. Bu araştırmada dosya numarası doğru hastayı bulmada diğer bilgilerden daha hızlı sonuç vermesi nedeni ile ön planda kullanılmıştır.

Hastaların tetkiklerini bilgisayar üzerinden çıkartmak için kullanılmak istenen dosya numaralarının bazı dosyalarda yazılı olmadığı görülmüştür. Bu durumda kişilerin isim ve soyadları ile laboratuvar veri tabanında giriş yapıldığında aynı isimden ve soyaddan bazen çok sayıda (50-200) hastanın dosyasının ekrana geldiği görülmüştür. Bunun nedeni araştırıldığında bazen hastaların yanlışlıkla her gelişlerinde yeni dosya açtırmaları (yani aynı hastaya ait birden fazla dosya olması) ya da yani isim ve soyadlı olan bir çok sayıda hastanın sistemde kayıtlı olmasından kaynaklandığı görülmüştür. Aynı hastaya ait birden çok dosya olmasının sebepleri araştırıldığında; bunun bazen hastadan, bazen de kayıt yapan sekreterden kaynaklandığı görülmüştür. Örneğin bazen iki isimli kişilerin yanlışlıkla her gelişlerinde farklı isimleri yazdırabilmeleri, bazen her iki ismi aynı anda veriyor olmaları nedeni ile sekreterlerin onlara ait dosyaları görememeleri, bazen de sekreter hasta adını dosya açarken yanlış yazıp harf hatasında bile hastanın dosya numarasına ulaşamayınca yeni dosya açabilmeleridir. Bu durumda doğru dosyayı bulabilmek için

hastaların dosyadaki yaşlarına bakılarak doğum tarihleri hesaplanmış, ayrıca dosyadaki diğer bilgiler de kullanılarak doğru hasta dosyasına ulaşılmaya çalışılmıştır. Hasta dosyası açıldıktan sonra Sağlık Merkezindeki muayene olduğu tarihe bakılarak o tarihte TKS, TFT, ELİZA sonuçları olup olmadığına bakılmış, eğer yoksa bu dosya alınmayarak hastanın dosyasının aranmasına devam edilmiştir. Eğer varsa bu dosyanın aranan dosya olduğu kabul edilmiştir. Bu şekilde aranmasına rağmen hiçbir şekilde bulunamayan hastaların bölümlerine telefon edilerek evlenme, boşanma nedeni ile soyad değişikliği olup olmadığı araştırılmıştır.

Aynı hastaya ait çok sayıda dosya açılması, kliniklerde hasta takibini zorlaştırdığı gibi veri tabanını da gereksiz yere doldurmakta, hastanın her hastaneye geldiğinde zaman kaybına yol açmaktadır. Bu durumda olan dosyalar da veri kayıt süresinin uzamasına neden olmuştur.

b) Mamografi ve Pap Smear kayıt eksiklikleri

Mamografi 40 yaş üstünde tüm kadınlardan istenmiştir. Pap Smear testi de cinsel ilişkisi olan tüm kadınlardan (ikinci yıldan itibaren) istenmiştir. Dosyalardan elde edilemeyen test sonuçları bilgisayar veri tabanından çıkartılmıştır. Bu durum da zaman kaybına yol açmıştır.

Kayıtlarda Hata Olabilmesi

Araştırmada karşılan diğer bir güçlük, kişinin cinsiyeti muayene tarihinde bilgisayar kayıtlarına yanlış yazıldığına göre farklı referans aralıkları olan bazı testlerin bilgisayar tarafından hatalı değerlendirilmesi ve buna bağlı tanı hatalarının olduğunun fark edilmesidir. Bu durum özellikle hem kadında hem de erkekte kullanılan isimlerde olmuştur. (Örn. Necate, Mutlu... gibi isimlerde)

Dosya Kayıtlarında Dosya Numarası Olmasına Rağmen, Bu Numara ile Laboratuvar Bilgisayar Kayıt Sisteminde Bu Kişinin Kayıtlarının Bulunamaması

Bazı hastaların evlenme, boşanma gibi nedenlerle soyad değişiklikleri olması ve bu hastaların dosya numaralarının değiştirmeleri gibi nedenlerle bu personelin tetkiklerine ulaşamamıştır. Bu durumda bu verilerin tekrar toplanabilmesi için hastaların buldukları bölümün Hacettepe santralinden bölüm numaraları istenmiş,

bölümler telefonla aranarak bu kişilere ulaşılmaya çalışılmıştır. Yeni soyadları ve yeni dosya numaraları da kişisel dosyalarına kaydedilmiştir. Bu durum mesai saatleri içerisinde yapılması gerektiğinden tek bir dosyaya ayrılan sürenin 30-35 dakikaya çıkmasına sebep olmuştur.

Hastane Personelinin Taramaya Çağrılmamış Olması

Hastane personelinin sağlık taramasına çağrılmamış olması, tarama sonuçlarının Sıhhiye Yerleşkesinde çalışanların tamamını temsil etmemesi ve araştırmanın tanımlayıcı kalmasına yol açmıştır.

3.12.2. Taramaya Çağrılan Personel ve Personelin Kayıtlarından Kaynaklanan Kısıtlılıklar

Birinci Turda Gelemeyen Hastaların 2. Turda İlk Defa Gelmeleri

Birinci tur dosyaları veri tabanına kaydedilmiştir. Ancak ikinci tur dosyaları kontrol edildiğinde ilk turda çağrıldığı halde gelemeyen, yurt içinde veya yurtdışında görevli olma, başka birimde görevlendirilmiş olma, o anda zaten hastanede kontrolde olma, doğum yapmış olma, askerlik yapma, kongreye gitme vb. nedenlerle taramaya gelemeyen bazı personelin, ikinci tur sırasında taramaya geldiği görülmüştür. Bu nedenle tüm ikinci tur dosyaları kontrol edilerek bu hastaların sonuçları da veri tabanına kaydedilmiştir.

Bazı Verilerin Personel Beyanına Göre Toplanması

Personelin beyan ettiği verilerde unutma, bilerek yanıltma gibi çeşitli nedenlerle gerçekte veriler olduğundan farklı beyan edilmiş olabilir.

Personel Dairesinden Alınan Kayıtlardan Kaynaklanan Sorunlar

Araştırmada, taramaya personelin çağrılabilmesi için personel dairesinden Sıhhiye Yerleşkesi çalışanlarının isim listesi istenmiştir. Ancak alınan personel listesindeki personelin bir kısmının kadrolarının Sıhhiye Yerleşkesinde olmasına rağmen Beytepe Yerleşkesi, İnkum Tesisleri gibi Sıhhiye Yerleşkesi içinde yer almayan Üniversite birimlerinde görevlendirildikleri fark edilmiştir. Bu kişiler bulunarak araştırma kapsamından çıkarılmıştır.

3.12.3. Verilerin Veri Tabanına Girilmesi Sırasında Karşılaşılan Zorluklar

Araştırma verilerinin veri tabanına dâhil edilmesi işlemi araştırmacı tarafından yapılmıştır. Araştırmada değişken sayısının fazla olması veri girme işleminin uzun sürmesine neden olmuştur. Toplam 1453 dosya kaydı bilgisayar veri tabanına işlenmiştir. Bir hasta dosyasının girilme süresi yaklaşık 20 dakikayı bulmuştur. Ancak bu durum dosyalarda eksiklik bulunduğu 30-40 dakikayı bulmuştur.

Araştırmaya başlandığında fark edilemeyen, ancak veri girişi artıp farklı yıllara gelindiğinde kan biyokimyası, TKS, ELİZA testleri ve hormon tahillerinin bir kısmında 2005-2009 arasında laboratuvar referans aralıklarının farklı yıllarda değişik yaş ve cinsiyetlerde değişikliğe uğradığı fark edilmiştir. Başlangıçta bu verilerin aynı kesim noktalarına (cut off) sahip olacağı düşünüldüğünden veri girişi sadece test değerinin sayısal değeri olarak veri tabanına girilmesi ile yürütülmüştür. Ancak bu gelişmenin fark edilmesi ile yıllara göre hastalık tanılarının bile yanlış yorumlanmasına sebep olacağı görüldüğünden bu şekilde farklı kesim noktası değerlerinin tek bir analize alınamayacağına karar verilmiştir. Bu gelişme üzerine Hacettepe hastaneleri laboratuvarı yetkililerine gidilerek yıllara göre (2005-2009) kesim noktası değerindeki değişiklikler konusunda bilgi talep edilmiş, ve EK 7'deki tablolar oluşturulmuştur.

3.12.4. Araştırmanın Uygulanması ile İlgili Kısıtlılıklar

Tarama sonucunda saptanan hastalıklar ICD 10 kodlarına göre gruplanarak değerlendirilmiştir. Ancak aynı grup içinde her hastalığın risk faktörü birbiri ile aynı olmadığından ileri analizlerde fazla sayıda risk faktörü alınamamıştır.

4. BULGULAR

Araştırmada; Ankara Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde 2005-2009 yılları arasında yılları arasında kadrolu çalışanların sağlık taramalarına ait 1453 sayıda dosyanın incelenmesi ile yapılmıştır. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesinde 2005 yılında Personel Dairesinden alınan verilere göre kadrolu personelin toplam sayısı 1906'dır.

HÜ Hastanelerine bağlı personelde tarama yapılmamıştır. Araştırma kapsamında kadrolu çalışan personelin %76,23'üne ulaşılmıştır. Kadrolu personel ile ilgili bilgiler tarama sırasında tutulan hasta kayıt dosyalarından ve bilgisayar veri tabanında tutulan Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Laboratuvar veri kayıtlarından elde edilmiştir.

Bulgular aşağıdaki başlıklar altında değerlendirilmiştir.

- Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri
- Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Beslenme Durum Göstergesi
- Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Özgeçmiş ve Soygeçmiş Bilgileriyle İlgili Bulgular
- Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Vital Bulguları
- Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Sistem Yakınmalarına İlişkin Bulgular
- Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Fizik Muayenelerine İlişkin Bulgular

- Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Tetkik Sonuçlarına İlişkin Bulgular
- Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Sağlık Düzeyine İlişkin Bulgular ve Taramanın Yararı
- Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Tarama Sonuçlarıyla ve Taramanın Yararıyla İlişkili Faktörleri Değerlendirmeye Yönelik Bulgular
- Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesinde Personelin Beyan Ettiği ve Hekim Tarafından Tanısı Konulan Vakaların Bazı Sosyo Demografik Özelliklere Göre Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizleri
- Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde 2005-2009 Yılları Arasında Yapılan Sağlık Taramasındaki Muayene, Test ve Tetkiklerin Maaliyetlerinin Hesaplanması

4.1. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri

Tablo 4.1’de 2005-2009 yılları arasında Sıhhiye Yerleşkesindeki Sağlık Merkezinde Sağlık taramasına katılan kadrolu personelin yaş, cinsiyet, medeni durum ve kadro ünvanlarına göre dağılımları verilmiştir.

Tablo 4.1. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

Sosyo Demografik Değişkenler ¹	S	% ²
Muayene yaşı		
20-24	40	2,8
25-29	105	7,3
30-34	207	14,3
35-39	279	19,3
40-44	386	26,7
45-49	213	14,7
50-54	120	8,3
55-59	59	4,1
60-64	29	2,0
65-69	10	0,7
Toplam	1448	100,0
Cinsiyet		
Erkek	743	51,1
Kadın	710	48,9
Toplam	1453	100,0
Medeni durum		
Evli	1104	76,7
Dul	24	1,7
Ayrı yaşıyor	3	0,2
Boşanmış	39	2,7
Hiç evlenmemiş	269	18,7
Toplam	1439	100,0
Kadro ünvanı		
Akademik personel	509	35,1
Profesör	187	12,9
Doçent	75	5,2
Yrd doçent	30	2,1
Araştırma görevlisi	154	10,6
Öğretim görevlisi	63	4,3
İdari personel	942	64,9
Toplam	1451	100,0

¹2005-2009 yıllarında taramaya bir defa katılan personel alınmıştır

²Sütun yüzdesi alınmıştır.

Tarama kapsamında hasta kayıtları incelenen personelin, %26,7'sinin 40-44 yaş, %19,3'ünün 35-39 yaş, %14,7'sinin de 45-49 yaş aralığında oldukları saptanmıştır. Personelin yaş ortalaması $40,62 \pm 8,66$ 'dır. Ortanca değeri 40, En küçük-En büyük değer 20-66 yaş olarak bulunmuştur (Tablo 4.1). 2547 sayılı kanuna göre Emeklilik yaş haddi öğretim üyeleri için 67 yaşını doldurdukları tarihtir (156).

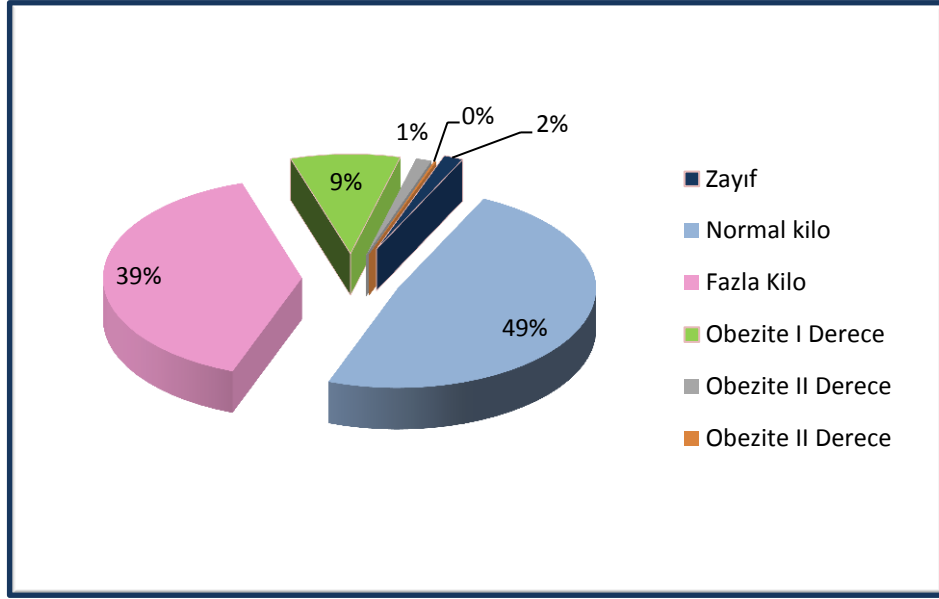
Taramaya katılan kadrolu personelin %48,9'u kadın, %51,1'i erkektir (Tablo 4.1). Sağlık taramasına katılan personelin %76,7'si evli, %18,7'si hiç evlenmemiştir. (Tablo 4.1). Sıhhiye Yerleşkesinde sağlık taramasına katılan personelin %35,1'i akademik, % 64,9'u idari personeldir. Taramaya katılan personelin %12,9'u profesör, %5,2'si doçent, % 2,1'i yardımcı doçent, %10,6'sı araştırma görevlisi, %4,3' ü öğretim görevlisidir (Tablo 4.1).

4.2. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Beslenme Durum Göstergesi

Tablo 4.2'de 2005-2009 yılları arasında Sıhhiye Yerleşkesindeki Sağlık Merkezinde sağlık taramasına katılan kadrolu personelin beslenme durum göstergesi ile ilgili bulguların dağılımları verilmiştir.

Tablo 4.2. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Beden Kitle İndekslerinin (BKİ) Dağılımı (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

Özellikler		S	%
BKİ (kg/m²)			
18,49≤	(Zayıf)	23	1,6
18,50-24,99	(Normal)	703	48,5
25,00-29,99	(Fazla Kilolu)	572	39,5
30,00-34,99	(Obez I derece)	129	8,9
35,00-39,00	(Obez II derece)	19	1,3
40,00≥	(Obez III derece)	3	0,2
Toplam		1449	100,0



Şekil 4.1. Sağlık Taramasına Katılan Personelin BKİ'nin Dağılımı

Tarama kapsamında hasta kayıtları incelenen personelin, %48,5'i normal, %39,5'i fazla kilolu, %10,4'ü de obez olarak saptanmıştır. Obezlerin içinde "birinci derece obez" olarak saptanan personel %8,9 olarak bulunmuştur (Tablo 4.2) (Şekil 4.1).

4.3. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Özgeçmiş ve Soygeçmiş Bilgileriyle İlgili Bulgular

Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesinde sağlık taramasına katılan personelin beyanına göre özgeçmiş özellikleri Tablo 4.3'de verilmiştir.

Tablo 4.3. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesinde Sağlık Taramasına Katılan Personelin Beyanına Göre Özgeçmiş Özellikleri (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

Özgeçmiş Öyküsü	S	%
Allerji (n=1414)	243	17,2
Hipertansiyon (n=1411)	130	9,2
Guatr (n=1412)	129	9,1
Kalp Hastalığı (n=1412)	99	7,0
Kan Hastalığı (n=1410)	66	4,7
Astım (n=1414)	64	4,5
Böbrek Hastalığı (n=1410)	56	4,0
Ruhsal Hastalık (n=1409)	41	2,9
Diabetes mellitus (n=1410)	22	1,6
Kanser (n=1407)	14	1,0
Tbc (n=1411)	11	0,8

Taramaya katılan personelin özgeçmiş öyküsünde ilk 3 sırada %17,2 allerji, %9,2 hipertansiyon ve %9,1 guatr bulunmaktadır.

Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesinde sağlık taramasına katılan personelin beyanına göre soygeçmiş özellikleri Tablo 4.4’de verilmiştir.

Tablo 4.4. H.Ü. Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Personelin Beyanına Göre Soygeçmiş Özellikleri (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

Soygeçmiş Öyküsü	S	%
Hipertansiyon (n=1416)	704	49,7
Kalp Hastalığı (n=1411)	519	36,8
Şeker Hastalığı (n=1412)	333	23,6
Kanser (n=1453)	194	13,4
Guatr (n=1409)	188	13,4
Astım (n=1413)	163	11,5
Allerji (n=1410)	124	8,8
Böbrek Hastalığı (n=1411)	105	7,4
Ruhsal Hastalık (n=1410)	91	6,5
Kan Hastalığı (n=1407)	38	2,7
Tbc (n=1406)	34	2,4

Taramaya katılan personelin soygeçmiş öyküsünde ilk 3 sırada %49,7 hipertansiyon, %36,8 kalp hastalığı ve %23,6 diabetes mellitus olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.5’de H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde sağlık taramasına katılan kadrolu personelin öykülerine dayanarak kaza geçirme durumu incelenmiştir.

Tablo 4.5. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Öyküsüne Bağlı Olarak Kaza Geçirme Durumu (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

Kaza Öyküsü	S	%
Var	210	15,1
Yok	1185	84,9
Toplam	1395	100,0

*En az bir defa kaza geçirenler sayılmıştır.

Taramaya katılan personelde dosyada kaza öyküsü belirtenler %15,1, kaza öyküsü belirtmeyenler ise %84,9 olarak bulunmuştur.

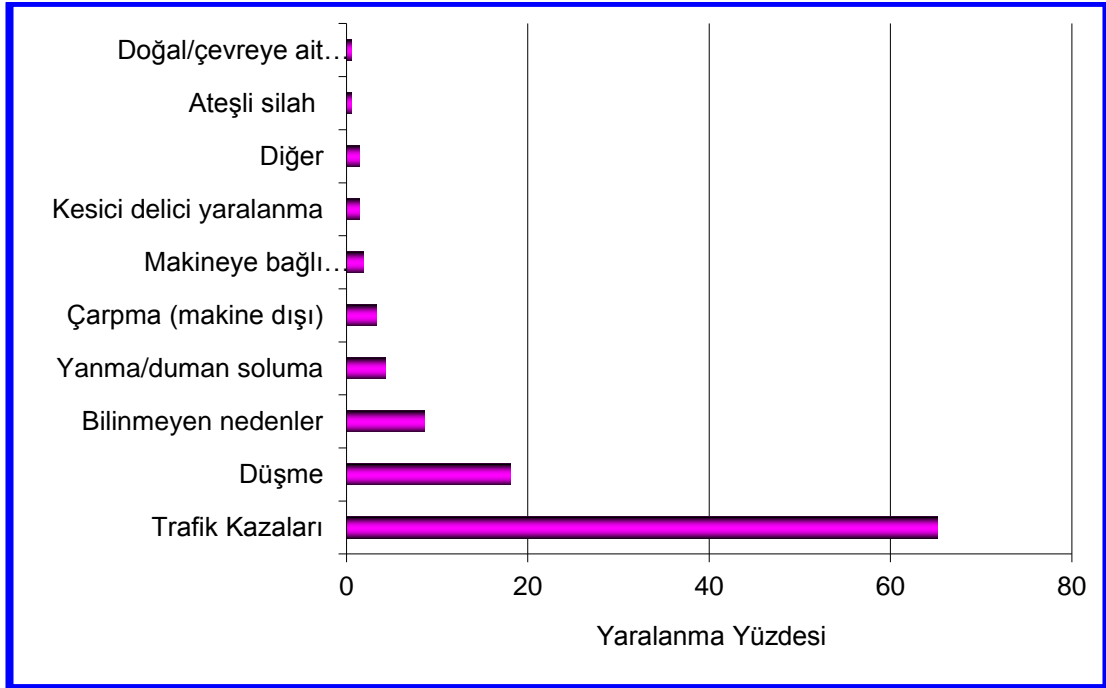
Tablo 4.6’da H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin öykülerine dayanarak Yaralanma Sınıflamaları yapılmıştır.

Tablo 4.6. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Öyküsüne Bağlı Olarak Yaralanma Sınıflamaları (Ocak 2005-Ağustos 2009, Ankara).

Yaralanmalar¹ (n=210)²	S	%
1. Trafik Kazaları	143	68,1
Trafik kazası tipini belirtmeyenler	115	54,8
Motorlu taşıt	16	7,6
Motersiklet	4	1,9
Bisiklet	4	1,9
Yaya/diğer nakliye	4	1,9
2. Düşme	38	18,1
3. Bilinmeyen/belirlenmemiş nedenler	18	8,6
4. Yanma /duman soluma	9	4,3
5. Çarpma (makine dışı)	7	3,3
6. Makineye bağlı yaralanma	4	1,9
7. Kesici delici yaralanma bıçaklanma	3	1,4
8. Diğer (elektrik akımı, havai fişek patlama vb.)	3	1,4
9. Ateşli silah (delici yaralanma)	1	0,5
10. Doğal/çevreye ait nedenler	1	0,5

¹ ABD Hastalık Koruma ve Kontrol Merkezi'nin (CDC) ölümcül olmayan yaralanma surveyansındaki (Cause Injury Categories) yaralanma sebebi kategorileri alınarak sınıflandırma yapılmıştır.

² n sayısı yaralanan toplam kişi sayısıdır.



Şekil 4.2. Personelin Kaza Öyküsüne Bağlı Olarak Yaralanma Sınıflamaları.

Kaza öyküsü bildiren personelin %68,1'i trafik kazası geçirmiştir. Personelin kaza öyküsünde motorlu taşıt kazaları %7,6 olarak bulunmuştur. Taramaya katılan ve düşme öyküsü bildiren personel %18,1 olarak saptanmıştır (Şekil 4.2).

(Doğal/çevresel nedenler içinde toprak kayması alınmıştır. İş kazası olan bir kişi bilinmeyenlere dâhil edilmiştir. Dosya kayıtlarında yaralanmanın nedenine yönelik bilgi bulunmayanlar, bilinmeyenler olarak kodlanmıştır. Bir kişi birden fazla kaza geçirebildiğinden toplam kaza sayısı, kaza geçiren toplam kişi sayısından fazladır).

Tablo 4.7’de H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde sağlık taramasına katılan kadrolu personelin öyküsüne bağlı olarak bir veya birden fazla kaza geçirme durumu değerlendirilmiştir.

Tablo 4.7. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Öyküsüne Bağlı Olarak Geçirilen Kaza Sayılarının Dağılımı (Ocak 2005-Ağustos 2009, Ankara).

Bir ve Birden Fazla Kaza Geçirme Durumu	S	%
1 kez	196	93,3
2 kez	9	4,3
3 kez	3	1,4
4 kez ve üzeri	2	1,0
Toplam	210	100,0

Taramaya katılan kaza öyküsü beyan eden personelde bir kez kaza geçirenler %93,3 olarak saptanmıştır. Bu personelin iki kez kaza geçirenleri %4,8 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.8’de H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde sağlık taramasına katılan kadrolu personelin ilaç kullanım durumu değerlendirilmiştir.

Tablo 4.8. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin İlaç Kullanım Durumunun Dağılımı (Ocak 2005–Ağustos 2009, Ankara).

İlaç Kullanma	S	%
Evet	640	44,0
Hayır	813	56,0
Toplam	1453	100,0

Sağlık Taraması sonrasında kadrolu personelin %44,0’ı en az bir ilaç kullanmaktadır. (eskiden ilaç kullanan ve/veya yeni ilaç başlananlar) Tarama sonrasında personelin % 56,0’ı hiç ilaç kullanmamaktadır (Tablo 4.8).

Tablo 4.9’da H.Ü. Sıhhiye Sağlık Merkezinde sağlık taramasına katılan kadrolu personelin tarama öncesinde kullandığı ve tarama sonrasında da kullanması önerilen ilaç ve preparatlara ilişkin sınıflandırmalar gösterilmiştir.

Tablo 4.9. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Personelin Tarama Öncesinde Kullandığı ve Tarama Sonrasında da Kullanması Önerilen İlaç ve Preparatlara İlişkin Sınıflandırmalar (Ocak 2005-Mayıs 2009).

İlaç ¹ ve preparatlar ²	Eski İlaç ³ (n=462) ⁴		Yeni İlaç ³ (n=262) ⁴	
	S	%	S	%
1. Gastrointestinal sistem ilaçları	51	11,0	15	5,7
1.1. Dispepsi ve gastroözefagial reflü hastalığı	5	1,1	-	-
1.2. Antispasmodikler ve bağırsak motilitesini değiştiren diğer ilaçlar	3	0,6	1	0,4
1.3. Anti sekretuvar ilaçlar ve mukoza koruyucular	38	8,2	11	4,2
1.4. Akut ishal	-	-	-	-
1.5. Kronik bağırsak bozuklukları	3	0,6	-	-
1.6. Laksatifler	1	0,2	-	-
1.7. Anal ve rektal bozukluklara karşı lokal preparatlar	-	-	1	0,4
1.8. Stoma Bakımı	-	-	-	-
1.9. Bağırsak salgılarını etkileyen ilaçlar	1	0,2	2	0,8
2. Kalp damar sistemi ilaçları⁸	294	63,6	113	43,2
2.1. Pozitif inotrop ilaçlar	1	0,2	-	-
2.2. Diüretikler	9	1,9	-	-
2.3. Antiaritmik ilaçlar	2	0,4	-	-
2.4. Beta adrenerjik receptör blokörleri	32	6,9	2	0,8
2.5. Hipertansiyon ve kalp yetmezliği	62	13,4	10	3,9
2.6. Nitratlar, kalsiyum kanal blokörleri ve diğer antianginal ilaçlar	45	9,7	11	4,2
2.7. Sempatomimetikler	-	-	-	-
2.8. Antikoagülanlar ve protamin	6	1,3	-	-
2.9. Antitrombotik ilaçlar	67	14,5	27	10,3
2.10. Stabil anjina, akut koroner sendromlar ve fibrinoliz	-	-	-	-
2.11. Antifibrinolitik ilaçlar ve hemostatikler	-	-	-	-
2.12. Lipid düzenleyici ilaçlar	69	14,9	61	23,3
2.13. Lokal sklerozanlar	-	-	-	-
2.14. Venotonik Venoprotektör (Daflon) ⁵	-	-	2	0,8

Tablo 4.9. (devam) Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Personelin Tarama Öncesinde Kullandığı ve Tarama Sonrasında da Kullanması Önerilen İlaç ve Preparatlara İlişkin Sınıflandırmalar (Ocak 2005-Mayıs 2009).

3. Solunum sistemi ilaçları	57	12,3	5	1,9
3.1. Bronkodilatörler	21	4,5	-	-
3.2. Kortikosteroidler	10	2,2	-	-
3.3. Kromoglikat ve benzeri tedaviler ve lökotrien reseptör antagonistleri	3	0,6	-	-
3.4. Antihistaminikler, duyarsızlaştırma ve alerjik durumlar	22	4,7	3	1,1
3.5. Solunum uyarıcıları ve akciğer sürfaktanları	-	-	-	-
3.6. Oksijen	-	-	-	-
3.7. Mukolitikler	-	-	2	0,8
3.8. Aromatik inhalasyonlar	-	-	-	-
3.9. Öksürük preparatları	1	0,2	-	-
4. Merkezi sinir sistemi ilaçları	93	20,1	2	0,8
4.1. Hipnotikler ve anksiyolitikler	1	0,2	1	0,4
4.2. Psikozlar ve benzeri bozukluklarda kullanılan ilaçlar	4	0,8	-	-
4.3. Antidepresan ilaçlar	46	9,9	-	-
4.4. Merkezi sinir sistemi uyarıcıları dikkat eksikliği / hiperaktivite bozukluğunda kullanılan diğer ilaçlar	1	0,2	-	-
4.5. Obezite tedavisinde kullanılan diğer ilaçlar	-	-	-	-
4.6. Bulantı ve vertigoda kullanılan diğer ilaçlar	9	1,9	-	-
4.7. Analjezikler	23	4,9	-	-
4.8. Antiepileptik ilaçlar	8	1,7	-	-
4.9. Parkinsonizm ve benzeri bozukluklarda kullanılan ilaçlar	-	-	-	-
4.10. Madde bağımlılığında kullanılan ilaçlar	1	0,2	-	-
4.11. Demansta kullanılan ilaçlar	-	-	1	0,4
5. İnfeksiyonların tedavisinde kullanılan ilaçlar	10	2,1	47	17,9
5.1. Antibakteriyel ilaçlar	10	2,1	44	16,8
5.2. Antifungal ilaçlar	-	-	1	0,4
5.3. Antiviral ilaçlar	-	-	1	0,4
5.4. Antiprotozoal ilaçlar	-	-	-	-
5.5. Antihelmintikler	-	-	-	-

Tablo 4.9. (devam) Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Personelin Tarama Öncesinde Kullandığı ve Tarama Sonrasında da Kullanması Önerilen İlaç ve Preparatlara İlişkin Sınıflandırmalar (Ocak 2005-Mayıs 2009).

6. Endokrin sistem ilaçları	95	20,6	7	2,7
6.1. Diabetes Mellitus ilaçları	16	3,5	6	2,3
6.2. Tiroid ve antitiroid ilaçlar	51	11,0	-	-
6.3. Kortikosteroidler	3	0,6	-	-
6.4. Cinsiyet hormonları	10	2,1	-	-
6.5. Hipotalamus ve hipofiz hormonları ve antiöstrojenler	1	0,2	-	-
6.6. Kemik metabolizmasını etkileyen ilaçlar	13	2,8	1	0,4
6.7. Diğer endokrin ilaçlar	1	0,2	-	-
7. Obstetrik, jinekolojik hastalıklar ve üriner sistem hastalıklarında kullanılan ilaçlar	15	3,2	5	1,9
7.1. Obstetrikte kullanılan ilaçlar	-	-	1	0,4
7.2. Vajina ve vulvayla ilgili durumların tedavisi	1	0,2	4	1,5
7.3. Kontraseptifler	12	2,6	-	-
7.4. Genitoüriner bozukluklarda kullanılan ilaçlar	2	0,4	-	-
8. Habis bağışıklar ve bağışıklığın baskılanmasında kullanılan ilaçlar	2	0,4	-	-
8.1. Sitotoksik ilaçlar	2	0,4	-	-
8.2. Bağışıklık yanıtını etkileyen ilaçlar	-	-	-	-
8.3. Habis hastalıklarda kullanılan cinsiyet hormonları ve hormon antagonistleri	-	-	-	-
9. Beslenme ve kan hastalıklarında kullanılan ilaçlar	73	15,8	177	67,8
9.1. Anemiler ve diğer kan hastalıklarından bazıları	28	6,0	39	15,0
9.2. Sıvılar ve elektrolitler	-	-	-	-
9.3. İntravenöz beslenme	-	-	-	-
9.4. Oral beslenme	-	-	-	-
9.5. Mineraller	27	5,8	90	34,5
9.6. Vitaminler	17	3,7	48	18,3
9.7. Acılılar ve tonikler	-	-	-	-
9.8. Metabolik bozukluklar	1	0,2	-	-
10. Kas iskelet ve eklem hastalıklarının ilaçları	26	5,6	2	0,8
10.1. Romatizmal hastalıklarda ve gutta kullanılan ilaçlar	23	5,0	2	0,8
10.2. Nöromusküler bozukluklarda kullanılan ilaçlar	3	0,6	-	-
10.3. Yumuşak dokunun inflamasyonunun giderilmesinde kullanılan ilaçlar	-	-	-	-

Tablo 4.9. (devam) Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Personelin Tarama Öncesinde Kullandığı ve Tarama Sonrasında da Kullanması Önerilen İlaç ve Preparatlara İlişkin Sınıflandırmalar (Ocak 2005-Mayıs 2009).

11. Göz hastalıklarında kullanılan ilaçlar	12	2,6	-	-
11.1. İlaçların göze uygulanması	-	-	-	-
11.2. Mikrop bulaşmasının kontrol altına alınması	-	-	-	-
11.3. Antiinfektif göz preparatları	-	-	-	-
11.4. Kortikosteroidler ve diğer antiinflamatuvar preparatlar	2	0,4	-	-
11.5. Midriyatikler ve sikloplejikler	-	-	-	-
11.6. Glokom tedavisi	9	2,0	-	-
11.7. Lokal anestezipler	-	-	-	-
11.8. Çeşitli oftalmik preparatlar	1	0,2	-	-
11.9. Kontakt lensler	-	-	-	-
12. Kulak burun ve orofarenks hastalıklarında kullanılan ilaçlar	15	3,2	1	0,4
12.1. Kulağı etkileyen ilaçlar	-	-	-	-
12.2. Burnu etkileyen ilaçlar	15	3,2	-	-
12.3. Orofarenksi etkileyen ilaçlar	-	-	1	0,4
13. Deri hastalıklarında kullanılan ilaçlar	12	2,6	1	0,4
13.1. Derideki bozuklukların tedavisi	-	-	1	0,4
13.2. Yumuşatıcı ve engel oluşturan preparatlar	-	-	-	-
13.3. Topikal lokal anestezipler ve antipruritikler	2	0,4	-	-
13.4. Topikal kortikosteroidler	-	-	-	-
13.5. Egzema ve psoriasisde kullanılan preparatlar	2	0,4	-	-
13.6. Akne ve rozasea	2	0,4	-	-
13.7. Siğil ve nasır preparatları	-	-	-	-
13.8. Güneşten koruyucular ve kapatıcı preparatlar	-	-	-	-
13.9. Şampuanlar ve diğer saçlı deri ve kıl preparatları	-	-	-	-
13.10. Antiinfektif deri preparatları	-	-	-	-
13.11. Deri temizleyiciler ve antiseptikler	-	-	-	-
13.12. Terlemeyi önleyiciler	-	-	-	-
13.13. Topikal dolaşım preparatları	-	-	-	-

Tablo 4.9. (devam) Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Personelin Tarama Öncesinde Kullandığı ve Tarama Sonrasında da Kullanması Önerilen İlaç ve Preparatlara İlişkin Sınıflandırmalar (Ocak 2005-Mayıs 2009).

14. İmmünolojik ürünler ve aşılar	-	-	3	1,2
14.1. Aktif bağışıklık	-	-	-	-
14.2. Pasif bağışıklık	-	-	-	-
14.3. Saklama ve kullanım	-	-	-	-
14.4. Aşılar ve antiserumlar	-	-	3	1,2
14.5. İmmun globulinler	-	-	-	-
14.6. Uluslararası yolculuk	-	-	-	-
15 Genel ve lokal anesteziye kullanılan ilaçlar	-	-	1	0,4
15.1. Genel anestezi	-	-	-	-
15.2. Lokal anestezi	-	-	1	0,4
Toplam^{6,7}	706		384	

¹ İlaçlar TİK 6 klavuzuna göre gruplandırılmıştır (Bkz. EK 3)

² Preparatlar (ilaç ürünleri) başlıca bileşeni olan ilacın olduğu gruplarda sayılmıştır.

³ Tarama öncesi kullanılan ilaç “eski ilaç” olarak, tarama sonrasında önerilen ilaçlar “yeni ilaç” olarak belirtilmiştir.

⁴ İlaç kullanan toplam kişi sayısı

⁵ Bazı ilaçlar TİK 6’da bulunamamış yeni bir koddan sonra yeni kod verilerek eklenmiştir.

⁶ Bir kişide birden fazla ilaç kullanımı olabildiğinden toplam ilaç sayısı, ilaç kullanan toplam kişi sayısından fazladır.

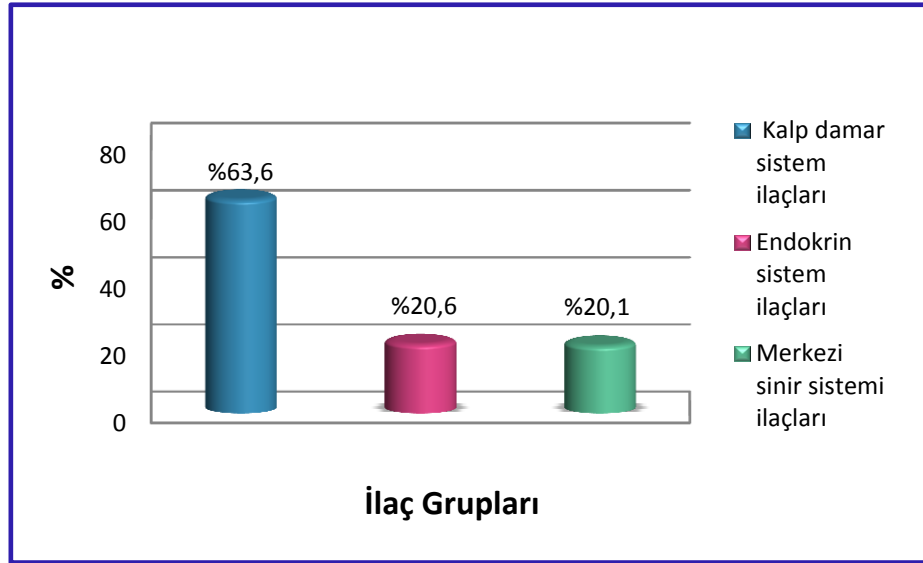
⁷ Bazı kombine ilaçlar Örn: Helipak (amoksisilin + klaritromisin + lansoprazol kombinasyonu) içerdiğinden bu 3 farklı molekül ilgili grupların içinde ayrı ayrı kodlanmıştır. Bu nedenle de toplam ilaç sayısı kişilerin kullandıkları toplam ilaç sayısından fazladır.

⁸ Bir hasta kalp ilacı aldığını belirtmiş ancak ilacın adını belirtmemiştir. Bu nedenle KDH ilaç toplamı, toplam KDH ilaç sayısından bir fazladır.

Sağlık taramasına katılan personelin %31,8’i tarama sırasında önceden ilaç kullandığını beyan etmiştir.

Taramaya katılan personelin kullandığını beyan ettiği ilaçların %63,6’sı kalp damar sistem ilaçları, %20,6’sı da endokrin sistem ilaçları, %20,1’i merkezi sinir sistemi ilaçları olmuştur (Tablo 4.9) (Şekil 4.3).

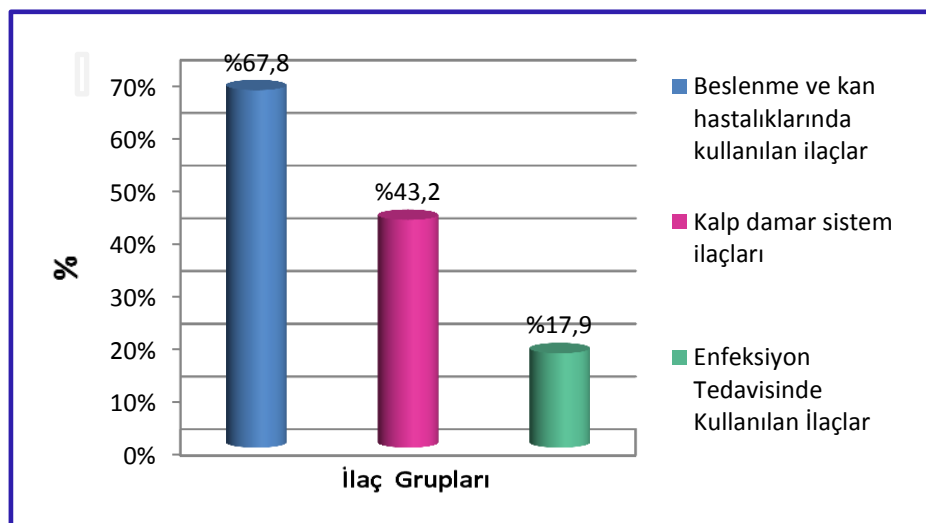
Beyan edilen ilaçlardan kalp damar sistemi ilaçları içinde lipid düzenleyici ilaçlar %14,9, antitrombotik ilaçlar %14,5, hipertansiyon ve kalp yetmezliği ilaçları da %13,4 olarak saptanmıştır (Tablo 4.9).



Şekil 4.3. Sağlık Taramasında Personelin Kullandığını Beyan Ettiği İlaçlar.

Sağlık taraması kapsamında dosyaları incelenen personelin %18,0'ına tarama sırasında yeni ilaç yazıldığı saptanmıştır.

Taramaya katılan personele, tarama sırasında %67,8 beslenme ve kan hastalıklarında kullanılan ilaçlar önerilmiştir. Taranan personele önerilen kalp damar sistem ilaçları %43,2, enfeksiyon tedavisinde kullanılan ilaçlar %17,9 olarak saptanmıştır (Tablo 4.9) (Şekil 4.4). Beslenme ve kan hastalıklarında kullanılan ilaçlardan %34,5 mineraller, %18,3 vitaminler, %15,0 anemiler ve diğer kan hastalıklarında kullanılan ilaçlar olmuştur.



Şekil 4.4. Sağlık Taramasında Hekimlerin Reçete Ettiği İlaçlar.

4.4. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Vital Bulguları

Tablo 4.10'da 2005-2009 yılları arasında Sıhhiye Yerleşkesindeki Sağlık Merkezinde Sağlık taramasına katılan kadrolu personelin vital bulgularının dağılımları verilmiştir.

Tablo 4.10. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Vital Bulgularının Dağılımı (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

Özellikler	Sayı	Yüzde
Nabız (vuru/dak)		
50-59	9	1,4
60-69	135	19,4
70-79	229	32,9
80-89	260	37,4
90-99	49	7,1
100-109	12	1,7
110-119	1	0,1
Toplam	695	100,0
Ateş (santigrat derece^o) (n=373)		
Normal	372	99,7
Yüksek	1	0,3
Toplam	373	100,00
Kan basıncı (mmHg)		
Normal	1076	74,5
Hipertansiyon	369	25,5
Toplam	1445	100,0

Araştırma kapsamında tarama kayıtları incelenen personelin %97,0'ının nabızı dakikada 60-100 vuru arasında olup normal olarak saptanmış, %1,7'sinin nabızı dakikada 100 vurudan fazla bulunmuş ve taşikardik olarak saptanmıştır. Nabız Ortalaması: 77,7±10,22 vuru/dakika olarak saptanmış, ortanca= 76,0 vuru/dakika, en küçük-en büyük değer= 52,0-110,0 vuru/dakika olmuştur.

Taramaya katılan kadrolu personelin %99,7'sinin ateşi 36-37°C arasında olup normal sınırlarda olarak saptanmış, %0,3'ünün ise ateşi 38°C olup yüksek olarak saptanmıştır. Ateş ortalaması $36,00 \pm 0,15$, ortanca 36,0, en küçük-en büyük değer=36,0-38,0 olarak saptanmıştır.

2005-2009 yılları arasında taranan kadrolu personelin kan basınçları %74,1'i normal sınırlarda bulunmuş, %25,4'ü yüksek olarak saptanmıştır. Sistolik kan basıncı ortalaması $113,7 \pm 18,0$ mmHg Ortanca=110 mmHg, En küçük-En büyük değer = 60-230 mmHg olarak bulunmuştur. Diastolik kan basıncı ortalaması $78,13 \pm 11,3$ mmHg, ortanca=80 mmHg, en küçük-en büyük değer=40-120 mmHg olarak saptanmıştır.

4.5. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Sistem Yakınmalarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.11'de H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde sağlık taramasına katılan kadrolu personelde sistem yakınmalarının dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.11. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelde Kaydedilen Sistem Yakınmalarının Dağılımı (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

Sistem yakınmaları	S	%
Genel		
Halsizlik- yorgunluk (n=1388)	572	41,2
Kilo değişimi (n=1389)	126	9,1
Gece terlemesi (n=1384)	28	2,0
Ateş (n=1387)	12	0,9
Deri		
Kaşıntı (n= 1367)	61	4,5
Deri döküntüsü (n=1369)	39	2,8
Saç tırnak değişikliği (n=1360)	13	1,0
Baş- boyun		
Baş ağrısı (n=1389)	433	31,2
Kulak çınlaması (n=1384)	140	10,1
Gözlük kullanımı (n= 1387)	142	10,2
Baş dönmesi (n=1386)	115	8,3
İşitme azlığı (n=1386)	79	5,7
Burun tıkanıklığı (n=1384)	34	2,5
Alerjik nezle (n=1384)	19	1,4
Bulanık görme (n=1382)	16	1,2
Burun kanaması (n=1387)	9	0,6
Kulak ağrısı (n=1382)	8	0,6
Boğaz ağrısı (n=1386)	5	0,4
Diş sorunları (n=1043)	3	0,3
Ses kısıklığı (n=1384)	3	0,2
Çift görme (n=1383)	2	0,1
Dişeti kanaması (n=1043)	1	0,1
Ağız içinde yara (n=1043)	1	0,1
Solunum sistemi		
Öksürük (n=1388)	204	14,7
Nefes darlığı (n=1386)	144	10,4
Balgam (n=1387)	121	8,7
Sırt ağrısı (n=1379)	67	4,9
Kalp damar sistemi		
Çarpıntı (n=1385)	233	16,8
Göğüs ağrısı (n=1384)	97	7,0
Gece nefes darlığı (n=1386)	26	1,9
Yastık sayısında artma (n=1305)	18	1,4
Ödem (n=1378)	17	1,2
Siyanoz (n=1382)	-	-
Klaudikasyo (n=1380)	-	-
Memeler		
Memede şişlik/kitle (n=1383)	56	4,0
Meme başı akıntısı (n=1383)	16	1,2

Taramaya katılan kadrolu personelin genel semptomlarının %41,2'si halsizlik-yorgunluk, %9,1'i kilo değişimi olarak kaydedilmiştir. Personelin %4,5'inde kaşıntı, %2,8'inde de deri döküntüsü saptanmıştır.

Tarama kapsamında hasta kayıtları incelenen personelin, baş-boyun bölgesini ilgilendiren semptomlar %31,2 ile baş ağrısı, %10,1 kulak çınlaması, %10,2'si gözlük kullanımı olmuştur. Solunum sistemini ilgilendiren semptomlardan öksürük %14,7, nefes darlığı %10,4, balgam %8,7 olarak saptanmıştır. Personelin kalp damar sistemini ilgilendiren yakınmalarında, %16,8 çarpıntı, %7,0 göğüs ağrısı, %1,9 gece nefes darlığı olduğu bulunmuştur. Meme bölgesine ait yakınmalardan %4,0 memede şişlik-kitle, %1,2 meme başı akıntısı bulunduğu saptanmıştır (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. (devam) H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelde Kaydedilen Sistem Yakınmalarının Dağılımı (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

Sistem yakınmaları	S	%
Gastrointestinal sistem		
Midede yanma-ekşime (n= 1385)	256	18,5
Karın şişliği (n=1384)	218	15,8
Gaz/geğirme (n= 1383)	201	14,5
Kabızlık (n=1385)	167	12,1
Hemoroid (n=1383)	99	7,2
Sarılık (n=1384)	-	-
Karın ağrısı (n=1382)	54	3,9
Bulantı (n=1385)	37	2,7
İshal (n=1384)	32	2,3
Dışkıda kan (n=1372)	15	1,6
İştah (n=1387)	8	0,6
Kusma (n=1383)	6	0,4
Yutma güçlüğü (n=1385)	4	0,3
Melena (n=1386)	3	0,2
Hematemez (n=1384)	3	0,2
Ürogenital sistem		
Doğum yapmış olma (n=602)	394	65,4
Korunma yöntemi kullanma (n=419)	246	58,7
Küretaj olma durumu (n=593)	207	34,9
Gece idrar kalkma (n=1383)	194	14,0
Menopoz (n=155)	107	69,0
Sık idrar çıkma (n=1390)	107	7,7
Adet düzensizliği (n=605)	103	17,0
İdrar yaparken yanma (n=1389)	100	7,2
Taş öyküsü (n=1380)	92	6,7
Ağrılı adet görme (n=581)	85	14,6
Düşük yapma (n=582)	69	11,9
İdrar kaçırma (n=1383)	35	2,5
Genital akıntı (n=1374)	26	1,9
Kanlı idrar (n=1382)	22	1,6
İdrar yapma zorluğu (n=1380)	18	1,3
Postmenopozal kanama (n=129)	16	12,4
İdrarda çatlama (n=1382)	14	1,0
Genital bölgede ülserasyon (n=1371)	9	0,7
Cinsel ilişki sırasında ağrı (n=876)	4	0,5
Empotans (n=761)	1	0,1
Testiste şişlik (n=763)	-	-

Taramaya katılan personelde mide bağırsak sistemine ait semptomlardan %18,5 midede yanma-ekşime belirtilmiş, %15,8 midede şişlik, %14,5 gaz/geğirme saptanmıştır. Ürogenital sistem yakınmalarından kadınlarda doğum yapmış olma %65,4; korunma yöntemi kullanma %58,7; küretaj olma durumu ise %34,9'dur. Cinsiyet ayrımı olmaksızın gece idrara kalkma ise %14,0 olarak saptanmıştır. Sık idrara çıkma ise %7,7 olarak bulunmuştur (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. (devam) Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelde Kaydedilen Sistem Yakınmaları larının Dağılımı (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

Sistem yakınmaları	S	%
Endokrin sistem		
Guatr (n=1381)	102	7,4
Çok su içme (n=1374)	32	2,3
Çok idrara çıkma (n=1376)	23	1,7
Diabetes Mellitus (n=1383)	22	1,6
Terleme (n=1380)	18	1,3
Sıcağa tahammülsüzlük (n=1379)	15	1,1
Hormon tedavisi (n=1377)	11	0,8
Soğuğa tahammülsüzlük (n=1376)	10	0,7
Ellerde titreme (n=1379)	8	0,6
Endokrin sistem (devam)		
Adet kanaması (n=830)	3	0,4
Çok yemek yeme (n=1379)	3	0,2
Flushing (n=1379)	1	0,1
Oligomenore (n=1375)	1	0,1
Nöromusküler sistem		
Eklemler ağrıları (n= 1386)	374	27,0
Hareket kısıtlılığı (n=1380)	138	10,0
Sinirlilik (n=1378)	38	2,8
Uyku düzeni bozukluğu (n=1383)	37	2,7
Eklemlerde şişlik (n=1381)	15	1,1
Bayılma (n=1383)	13	0,9
Kuvvet azalması (n=1384)	5	0,4
Konvülsiyon (n=1380)	1	0,1
Travma (n=1378)	-	-

Kadrolu personelin endokrin sistem semptomlarından guatrı olanlar %7,4, çok su içme %2,3, çok idrara çıkma %1,7 olarak saptanmıştır. Nöromusküler sistem semptomlarından eklemler ağrıları %27, hareket kısıtlılığı ise %10 olarak bulunmuştur (Tablo 4.11).

4.6. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Fizik Muayenelerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.12'de H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Ocak 2005-Mayıs 2009 tarihleri arasında yapılan sağlık taramasına katılan kadrolu personelin fizik muayene bulguları değerlendirilmiştir.

Tablo 4.12. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Fizik Muayenelerine İlişkin Bulgular.

Sistemler	S	%
Baş boyun (n=1058)		
Doğal	1046	98,8
Baş boyun bölgesinde skar (ameliyat, yanık)	3	0,3
Boyunda kaşıntılı eritem	1	0,1
Guatr	4	0,4
Baş boyunda yağ bezesi	2	0,2
Kulakta cihaz	1	0,1
Hemanjiom	1	0,1
Göz (n=1071)		
Doğal	1048	97,9
Görme bozukluğu	17	1,5
Gözde hemoroji	1	0,1
Nistagmus	1	0,1
Sklerada sararma	1	0,1
Gözde protez	1	0,1
Pitozis	2	0,2
KBB (n=1073)		
Doğal	1042	97,1
Burun akıntısı	2	0,2
Dış kulak atrezisi	1	0,1
Farinkste hiperemi	16	1,4
İşitme azlığı ya da kaybı	6	0,6
Kulak çınlaması	1	0,1
Otit	2	0,2
Yüzde periorbital bölgede ağrı ve basınç	1	0,1
Septum deviasyonu	1	0,1
Kulakta yağ bezesi	1	0,1
Ağız (n=1061)	S	%
Doğal*	1060	99,9
Yarık damak	1	0,1

Tablo 4.12. (devam) Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Fizik Muayenelerine İlişkin Bulgular.

Solunum (n=1172)		
Doğal	1123	95,8
Amfizem	20	1,7
Ral	5	0,4
Ronkus	4	0,3
Wheezing	2	0,2
Hırıltılı solunum	11	0,9
Skar	1	0,1
Solunum seslerinde diffüz azalma	1	0,1
Expirium kısalmış	2	0,2
Solunum seslerinde kabalaşma	2	0,2
Sert akciğer sesi	1	0,1
KDH (n=1180)		
Doğal	1139	96,5
Kalp atımları sert	12	1,0
S1 sert	2	0,2
S ₂ sert	8	0,6
Sadece kalp atımları sert olarak belirtilenler	2	0,2
Kalp sesleri derinden geliyor.	2	0,2
Ritm bozuklukları	11	0,9
Bradikardi	2	0,2
Taşikardi	7	0,5
Sadece aritmi olarak belirtilenler	2	0,2
Kalpte üfürüm	10	0,9
Aortta üfürüm	1	0,1
Apex pansistolik üfürüm	1	0,1
Kalpte sistolik üfürüm	2	0,2
Mitral kapakta üfürüm	4	0,3
Mitral kapakta pansistolik üfürüm	1	0,1
Kalpte üfürüm yeri ve lokalizasyonu belirtilmeyenler	1	0,1
S2 de çiftleşme	1	0,1
Kalp sınırlarında sola doğru büyüme	4	0,3
Hemoroid	1	0,1
Memeler (n=1164)		
Doğal	1123	96,5
Memede kitle	22	1,8
Meme başı akıntı	2	0,2
Jinekomasti	1	0,1
Memede hassasiyet	2	0,2
Memede skar	3	0,3
Memede kist	10	0,8
Yağ bezesi	1	0,1

Tablo 4.12. (devam) Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Fizik Muayenelerine İlişkin Bulgular.

GİS (n=1195)		
Doğal	1043	87,2
Karında hassasiyet	85	7,0
Karında skar(operasyon)	9	0,8
Karında şişlik (obezite, gerginlik, gaz nedenleri ile)	30	2,4
Bağırsak seslerinde azalma	1	0,1
GİS (n=1195) (devam)		
Yan ağrısı	5	0,5
Karında ağrı	6	0,5
Hepatomegali	6	0,5
Splenomegali	1	0,1
Fıtık (inguinal)	2	0,2
Karında kas gevşekliği	2	0,2
Karında ben	1	0,1
Hirsutizm	2	0,2
Karında ele gelen sertlik	2	0,2
LAP (n=1117)		
Doğal	1115	99,8
Lap olanlar	2	0,2
Ekstremiteler (n=1111)		
Doğal	1090	98,0
Bacak ağrısı	2	0,2
Ödem	3	0,3
Ciltte kuruluk	1	0,1
Skar (yanık veya operasyona bağlı)	3	0,3
Mantar enfeksiyonu	1	0,1
Varis	2	0,2
Hareket kısıtlılığı	4	0,3
Kontakt dermatit	1	0,1
Skolyoz	1	0,1
Hirsutizm	1	0,1
Kalça çıkığı	1	0,1
Bacakta kısalık	1	0,1
Nörolojik (n=1098)		
Doğal	1094	99,6
Elde distoni	1	0,1
Ellerde titreme	1	0,1
Laseq testi +	1	0,1
Bacakta kuvvet kaybı	1	0,1

Taraması yapılan kadrolu personelin Gis'e ait fizik muayene bulgularından %87,2'si normal, %7,0'ında karında hassasiyet, %2,6'inde de karında şişlik saptanmıştır. Taranan personelin KDH fizik muayene bulgularından %96,5'i normal, %1,0'ında kalp atımları sert, %0,9'unda da ritm bozukluğu saptanmıştır. Dosyası

incelenen personelin solunum sistemine ait bulgulardan %95,8'i normal, %1,7'si amfizem %0,9'u da hırıltılı solunum olarak bulunmuştur. Taranan personelin memelere ait bulgularından %96,5'i normal, % 1,8'inde de memede kitle saptanmıştır (Tablo 4.12).

4.7. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Tetkik Sonuçlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.13'de H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Ocak 2005-Mayıs 2009 tarihleri arasında yapılan sağlık taramasına katılan kadrolu personelin kan KCFT değerleri ilgili referans aralıklarına göre değerlendirilmiştir.

Tablo 4.13. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Kan KCFT Değerlerinin İlgili Referans Aralıklarına Göre Değerlendirilmesi (Ocak 2005 - Mayıs 2009, Ankara).

Test adı	Referans aralıkları								
	Referans aralıkları	Düşük		Normal		Yüksek		Toplam	
		S	%	S	%	S	%	S	%
ALT	5-40	3	0,2	1326	91,9	114	7,9	1443	100,0
AST	8-33	1	0,1	1379	95,5	64	4,4	1444	100,0
GGT	5-40	5	0,4	1296	89,8	141	9,8	1442	100,0
ALP	35-129	31	2,2	1392	96,4	20	1,4	1443	100,0
Total bilirubin	0,1-1,2	-	-	1350	93,7	91	6,3	1441	100,0
Direkt bilirubin	0-0,3	-	-	741	95,1	38	4,9	779	100,0

Kan ALT değerlerinin %91,9'u normal, %7,9'u yüksek olarak bulunmuştur. Kan AST değerlerinin %95,5'i normal, %4,4'ü yüksektir. GGT değerlerinin %89,8'i normal, %9,8'i yüksektir. Kan ALP değerlerinin %96,4'ü normal, %1,4'ü yüksek olarak bulunmuştur. Kan Total Bilirubin düzeylerinin %93,7'si normal, %6,3'ü yüksek olarak saptanmıştır. Direk Bilirubin ise %95,1'i normal sınırlarda olup, %4,9'u yüksek olarak bulunmuştur (Tablo 4.13).

Tablo 4.14’de H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde sağlık taramasına katılan kadrolu personelin kan KCFT değerlerinin dağılımlarını tanımlayıcı ölçümler gösterilmiştir.

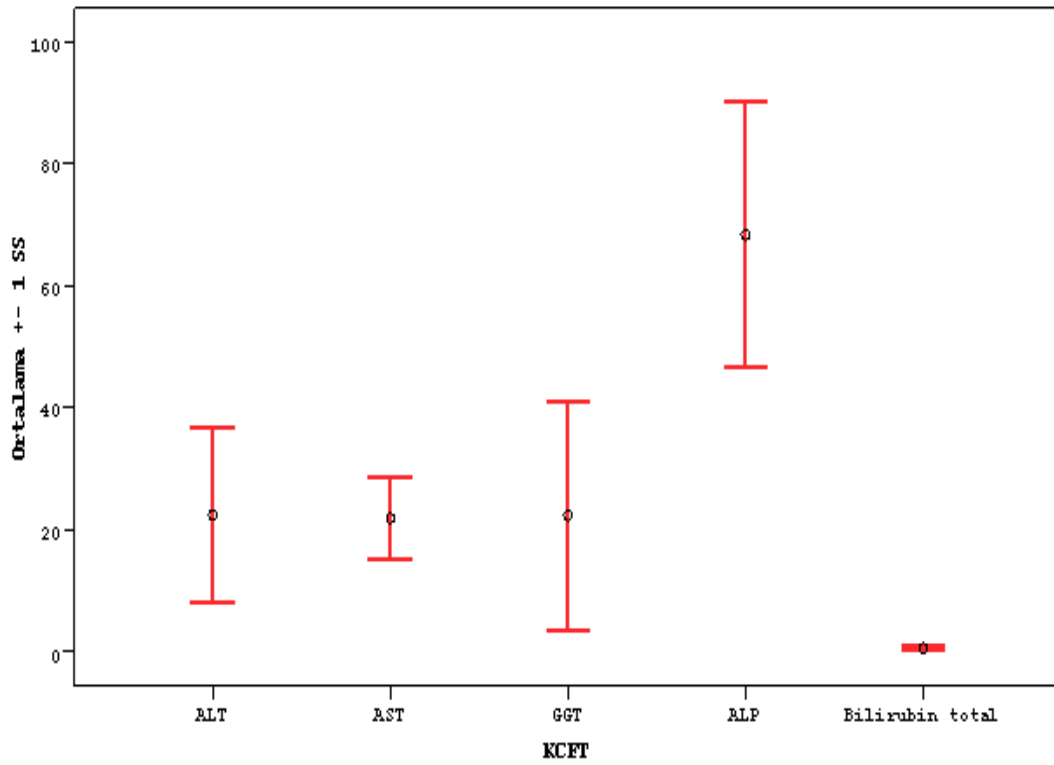
Tablo 4.14. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Kan KCFT Değerlerinin Dağılımlarını Tanımlayıcı Ölçümler (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

KCFT	Ortalaması ± Standart Sapma	En küçük	En büyük	Ortanca
ALT	22,50±14,40	3	192	19,0
AST	21,94±6,67	5	80,0	21,0
GGT	22,41±18,74	2	207	17,0
ALP	68,40±21,79	14	204	66,0
Bilirubin total	0,64±0,36	0,1	3,9	0,6
Bilirubin direkt	0,14±0,10	-	0,8	0,1

Tablo 4.14’de H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde sağlık taramasına katılan kadrolu personelin kan KCFT değerlerinin dağılımlarını tanımlayıcı ölçümler gösterilmiştir.

ALT değeri için ortalama ve standart sapma 22,50 U/L, ±14,40 U/L olup (Şekil.4.5), en küçük 3 U/L, en büyük 192 U/L, ortanca 19,0 U/L olarak saptanmıştır. AST değeri için ortalama ve standart sapma 21,94 U/L ±6,67 U/L olup (Şekil.4.5), en küçük 5 U/L, en büyük 80 U/L ve ortanca değeri de 21,0 U/L olarak bulunmuştur. GGT değeri için ortalama ve standart sapma 22,41 U/L ±18,74 U/L (Şekil.4.5), en küçük 2 U/L, en büyük 207 U/L, ortanca 17,0 U/L olarak bulunmuştur. ALP değeri için ortalama ve standart sapma 68,40 U/L ±21,79 U/L olup (Şekil.4.5), en küçük 14 U/L, en büyük 204 U/L, ortanca 66,0 U/L olarak saptanmıştır.

Bilirubin Total değeri için ortalama ve standart sapma 0,64 mg/dl ±0,36 mg/dl olup (Şekil.4.5), en küçük 0,1 mg/dl, en büyük 3,9 mg/dl, ortanca 0,6 mg/dl olarak bulunmuştur. Bilirubin Direk değeri için ortalama ve standart sapma 0,14 mg/dl ±0,10 mg/dl, en büyük 0,8 mg/dl, ortanca 0,1 mg/dl olarak saptanmıştır (Tablo 4.14)



Şekil 4.5 Sağlık Taramasına Katılan Personelin Kan KCFT Değerlerinin Ortalama±Standart Sapma Grafiği.

Tablo 4.15’de H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde sağlık taramasına katılan kadrolu personelin kan BFT değerleri, ilgili referans aralıklarına göre değerlendirilmiştir.

Tablo 4.15. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Kan BFT Değerlerinin İlgili Referans Aralıklarına Göre Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

Test adı	Referans Aralıkları									
	Referans Aralıkları	Düşük		Normal		Yüksek		Toplam		
		S	%	S	%	S	%	S	%	
Na	136-147	7	0,5	1420	98,4	16	1,1	1443	100,0	
Potasyum¹	3,5-5,5	2	0,3	1054	99,4	4	0,4	1060	100,0	
Potasyum	3,5-5,1	-	-	377	98,4	6	1,6	383	100,0	
Cl	95-110	-	-	1412	97,9	30	2,1	1442	100,0	
Glukoz	70-110	2	0,2	1054	99,4	4	0,4	1060	100,0	
Üre	4,6-23	1	0,1	1430	99,1	12	0,8	1443	100,0	
Ürik asit²	2,7-8,5	34	3,4	969	96,1	5	0,5	1008	100,0	
Ürik asit (K)	2,4-5,7	5	2,3	209	95,9	4	1,8	218	100,0	
Ürik asit (E)	3,4-7	2	1,5	128	93,4	7	5,1	137	100,0	
Kreatinin	0,6-1,2	57	4,0	1330	92,2	56	3,9	1443	100,0	
Fosfor	2,3-4,7	5	0,4	1394	96,7	43	3,0	1442	100,0	
Kalsiyum	8,6-10,2	11	0,8	1392	96,5	39	2,7	1442	100,0	

¹ Kan Potasyum (mE/l) testi, tarama sırasında 23.05.2007 tarihinde, referans aralığında değişim olmuştur (Bkz. EK 7).

² Kan ürik asit (mg/dl) testi, tarama sırasında 07.06.2007 tarihinde, referans aralığında cinsiyete göre değişim olmuştur (Bkz. EK 7).

Personelin sodyum için serum değerlerinin %98,4'ü normal, %1,1'i yüksek olarak saptanmıştır. Potasyum için referans değişikliği öncesi serum değerlerinin %99,4'ü normal, %0,4'ü yüksek, referans değişikliği sonrasında %98,4'ü normal, %1,6'sı yüksek olarak bulunmuştur. Personelin klor için serum değerlerinin %97,9'u normal, %2,1'i yüksektir. Taranan personelin glukoz için serum değerlerinin %99,4'ü normal, %0,4'ü yüksek olarak bulunmuştur. Personelde üre için serum değerlerinin %99,1'i normal, %0,8'i yüksektir. Taraması yapılan personelin ürik asit için referans değişikliği öncesi serum değerlerinin %96,1'i normal, %0,5'i yüksek, referans değişikliği sonrası kadın (K) için %95,9'u normal, %1,8'i yüksek, erkek (E) için %93,4'ü normal, %5,1'i yüksek olarak bulunmuştur. Kreatinin için serum değerlerinin %92,2'si normal, %3,9'u yüksektir. Fosfor için serum değerlerinin

%96,7'si normal, %3,0'ı yüksektir. Kalsiyum için serum değerlerinin %96,5'i normal, %2,7'si yüksektir (Tablo 4.15).

Tablo 4.16'da H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde sağlık taramasına katılan kadrolu personelin BFT dağılımlarını tanımlayıcı ölçümler gösterilmiştir.

Tablo 4.16. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin BFT Dağılımlarını Tanımlayıcı Ölçümler (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

BFT dağılımlarını tanımlayıcı ölçümler	Ortalama±Standart sapma	En küçük	En büyük	Ortanca
Na	141,75±2,63	132,0	150,0	142,0
Potasyum ¹	4,46±0,33	3,4	6,4	4,4
Potasyum	4,32±0,30	3,7	5,4	4,3
Cl	104,86±2,99	95,0	114,0	105,0
Glukoz	86,19±13,97	53,0	300,0	85,0
Üre	13,47±3,55	4,0	36,0	13
Ürik asit ²	4,90±1,32	1,8	9,7	4,8
Ürik asit (K)	3,86±0,78	2,2	6,5	3,9
Ürik asit (E)	5,51±1,05	2,8	9,5	5,5
Kreatinin	0,88±0,19	0,4	3,7	0,9
Fosfor	3,72±0,53	1,9	9,6	3,7
Kalsiyum total	9,49±0,40	8,0	11,0	9,5

¹ Kan Potasyum (mE/lit) testi referans aralığında tarama sırasında 23.05.2007 tarihinde değişim olmuştur (Bkz. EK 7).

² Kan ürik asit (mg/dl) testi referans aralığında tarama sırasında 07.06.2007 tarihinde cinsiyete göre değişim olmuştur (Bkz. EK 7).

Serum sodyum değeri için ortalama ve standart sapma 141,75 mE/lit, ±2,63 mE/lit, en küçük 132 mE/lit, en büyük 150 mE/lit, ortanca 142 mE/lit, olarak bulunmuştur. Serum potasyum değeri referans değişikliği öncesi ortalama ve standart sapma 4,46 mE/lit, ±0,33 mE/lit, en küçük 3,37 mE/lit, en büyük 6,4 mE/lit, ortanca 4,4 mE/lit, iken referans değişikliği sonrasında ortalama ve standart sapma 4,32 mE/lit, ±0,30 mE/lit, en küçük 3,7 mE/lit, en büyük 5,4 mE/lit, ortanca 4,3 mE/lit, olarak saptanmıştır. Serum klor değeri için ortalama ve standart sapma 104,86 mE/lit, ±2,99

mE/lt, en küçük 95 mE/lt, en büyük 114 mE/lt, ortanca 105,0 mE/lt, olarak bulunmuştur. Serum glukoz değeri için ortalama ve standart sapma 86,19 mg/dl \pm 13,97 mg/dl, en küçük 53 mg/dl, en büyük 300 mg/dl, ortanca 85,0 mg/dl olarak saptanmıştır. Serum üre değeri için ortalama ve standart sapma 13,47 mg/dl \pm 3,55 mg/dl, en küçük 4 mg/dl, en büyük 36 mg/dl, ortanca 13 mg/dl olarak bulunmuştur. Serum ürik asit değeri için referans değişikliği öncesi ortalama ve standart sapma 4,90 mg/dl \pm 1,32 mg/dl, en küçük 1,8 mg/dl, en büyük 9,7 mg/dl, ortanca 4,8 mg/dl olarak saptanırken, referans değişikliği sonrası kadınlarda ortalama ve standart sapma 3,86 mg/dl \pm 0,78 mg/dl, en küçük 2,2 mg/dl, en büyük 6,5 mg/dl, ortanca 3,9 mg/dl, erkeklerde ortalama ve standart sapma 5,51 mg/dl \pm 1,05 mg/dl, en küçük 2,8 mg/dl, en büyük 9,5 mg/dl, ortanca 5,5 mg/dl olarak saptanmıştır. Serum kreatinin değeri için ortalama ve standart sapma 0,88 mg/dl \pm 0,19 mg/dl, en küçük 0,4 mg/dl, en büyük 3,7 mg/dl, ortanca 0,9 mg/dl olarak bulunmuştur. Serum fosfor değeri için ortalama ve standart sapma 3,72 mg/dl \pm 0,53 mg/dl, en küçük 1,9 mg/dl, en büyük 9,6 mg/dl, ortanca 3,7 mg/dl olarak saptanmıştır. Serum kalsiyum total değerleri için ortalama ve standart sapma 9,49 mg/dl \pm 0,40 mg/dl, en küçük 8 mg/dl, en büyük 11 mg/dl, ortanca 9,5 mg/dl olarak bulunmuştur (Tablo 4.16). Böbrek fonksiyon testleri için kutu çizgi grafikleri EK 9'da verilmiştir.

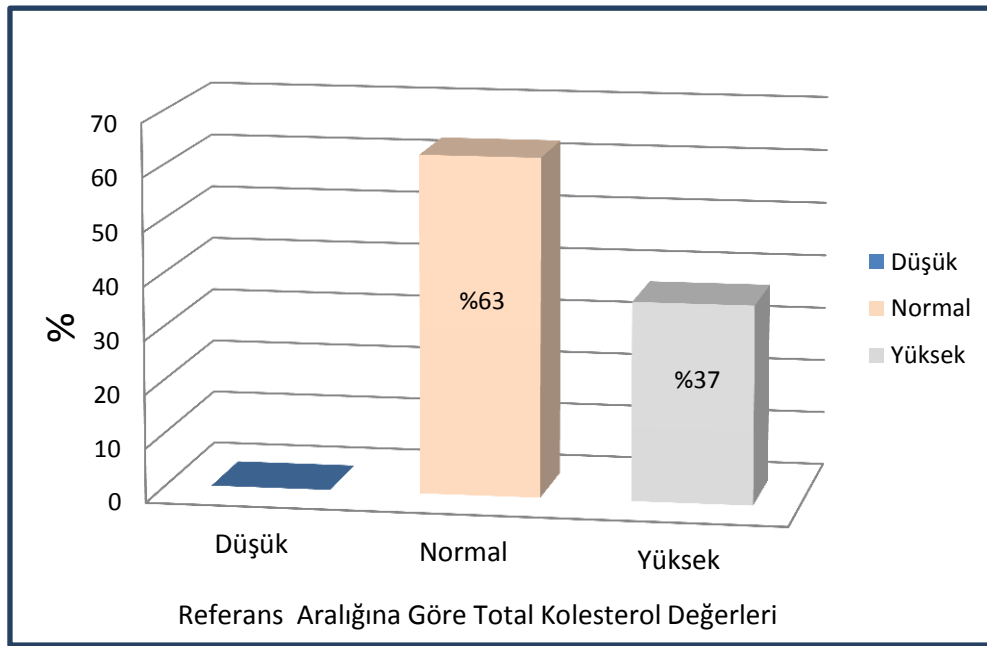
Tablo 4.17’de H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde sağlık taramasına katılan kadrolu personelin kan lipid profili değerleri ilgili referans aralıklarına göre değerlendirilmiştir.

Tablo 4.17. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Kan Lipid Profili Değerlerinin İlgili Referans Aralıklarına Göre Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

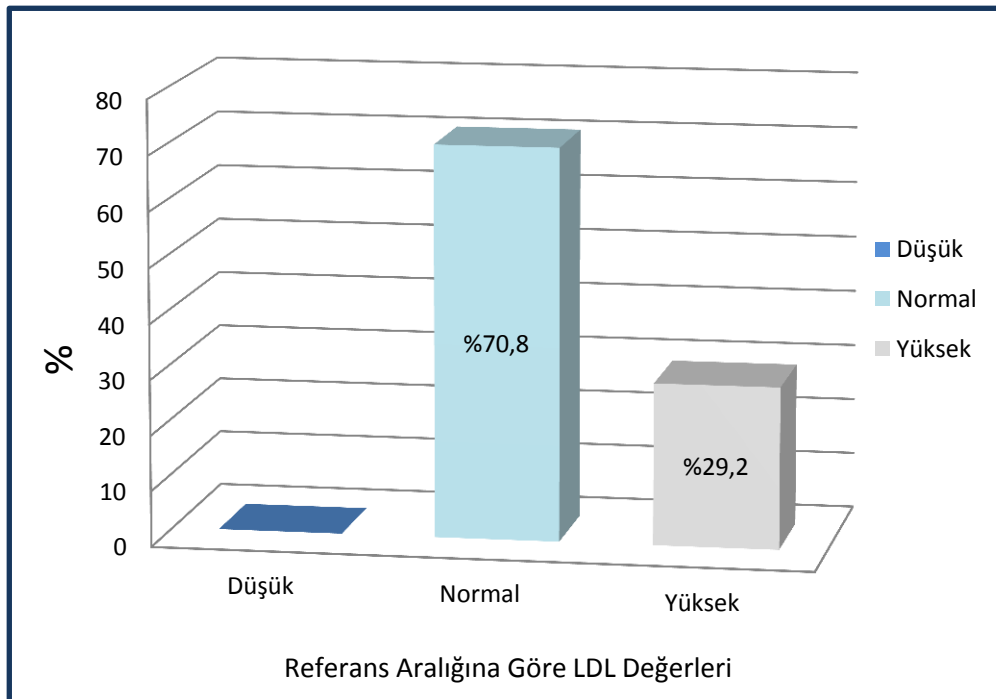
Test adı	Referans aralıkları								
	Referans aralıkları	Düşük		Normal		Yüksek		Toplam	
		S	%	S	%	S	%	S	%
Total kolesterol	0-200	-	-	905	63,0	531	37,0	1436	100,0
LDL	0-130	-	-	1016	70,8	418	29,2	1434	100,0
HDL*	35-150	20	2,5	792	97,5	-	-	812	100,0
HDL*	35-60	34	5,7	349	58,8	211	35,5	594	100,0
VLDL	0-40	-	-	1229	85,6	206	14,4	1435	100,0
Trigliserid*	10-200	-	-	1232	85,8	204	14,2	1436	100,0

*Kan HDL (mg/dl), testi referans aralığında tarama sırasında 04.12.2006 tarihinde değişim olmuştur (Bkz. EK 7).

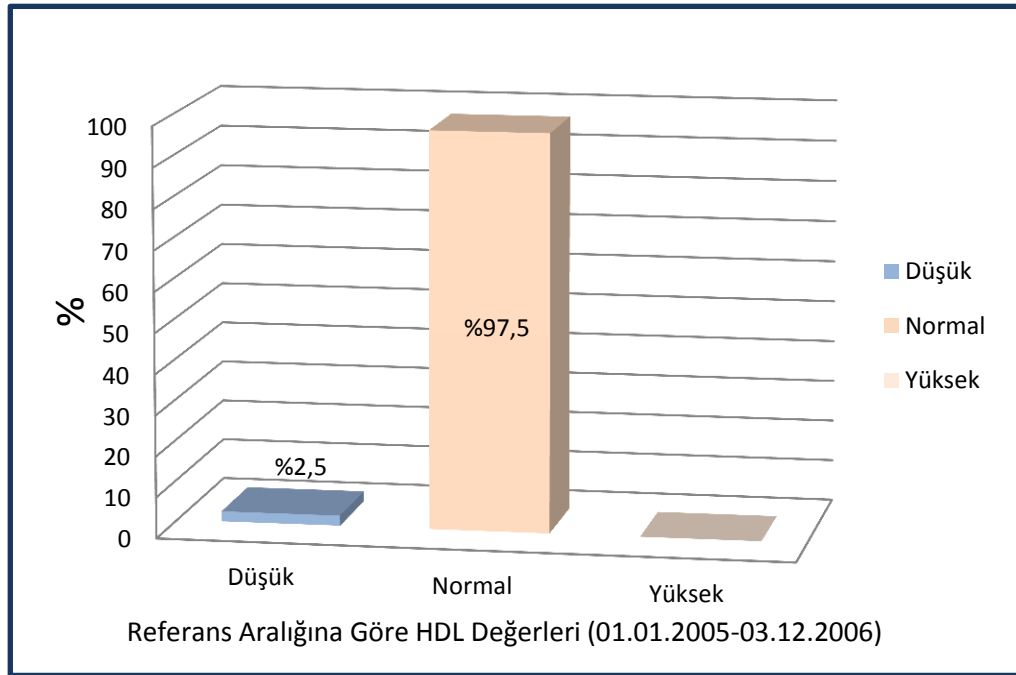
Personelin Total Kolesterol için serum değerlerinin %63,0’ı normal, %37,0’ı yüksek olarak bulunmuştur (Şekil 4.6). LDL için serum değerlerinin %70,9’u normal, %29,2’si yüksek olarak saptanmıştır (Şekil 4.7). Taranan personelin HDL değerinin referans değişikliği öncesi %97,5’i normal, %2,5’i düşük olarak bulunmuş, referans değişikliği sonrası serum değerlerinin, %35,5’i yüksek, %5,7’si düşük olarak saptanmıştır. (Şekil 4.8, Şekil 4.9). VLDL için serum değerlerinin %85,6’sı normal, %14,4’ü yüksektir (Şekil 4.10). Personelin Trigliserid için serum değerlerinin % 85,8’i normal, %14,2’si yüksek olarak bulunmuştur (Tablo 4.17) (Şekil 4.11).



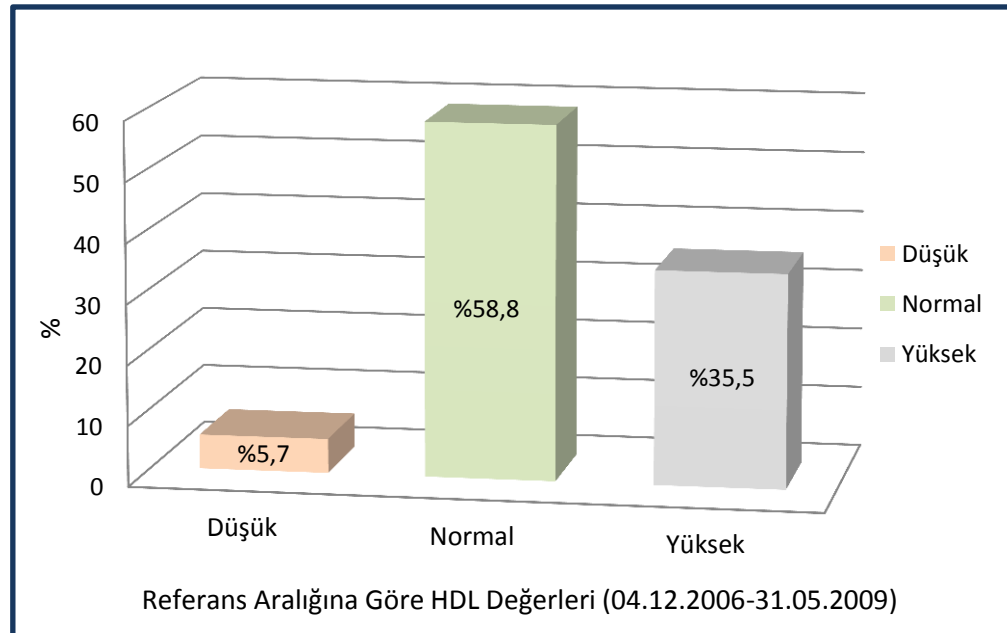
Şekil 4.6. Sağlık Taramasına Katılan Personelin Referans Aralığına göre Total Kolesterol Değerlerinin Yüzde Dağılımı



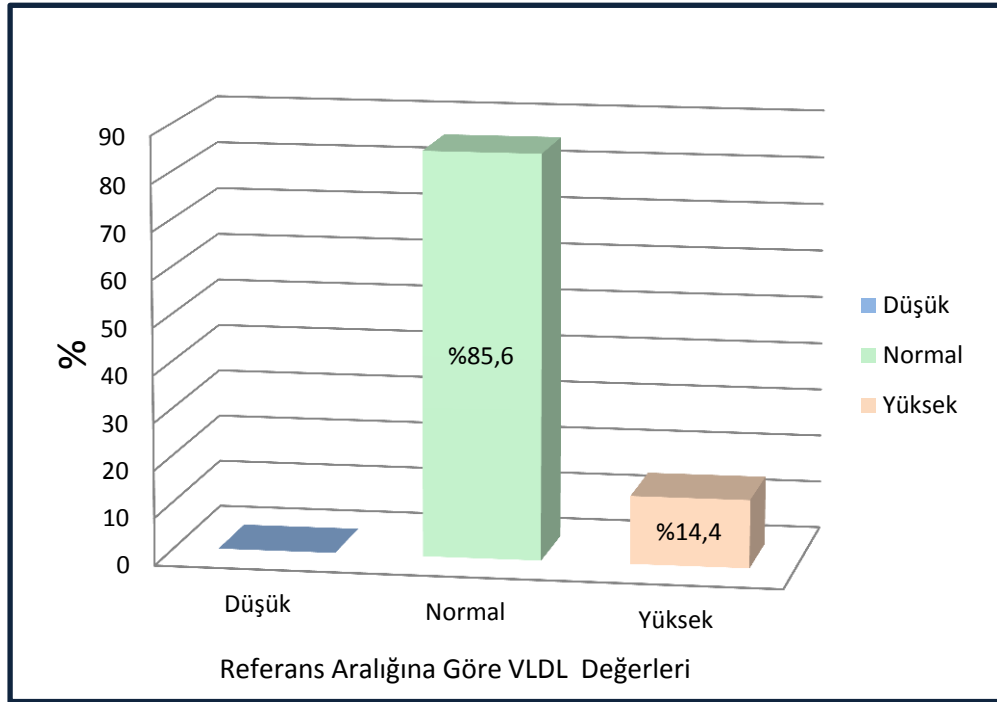
Şekil 4.7. Sağlık Taramasına Katılan Personelin Referans Aralığına göre LDL Değerlerinin Yüzde Dağılımı



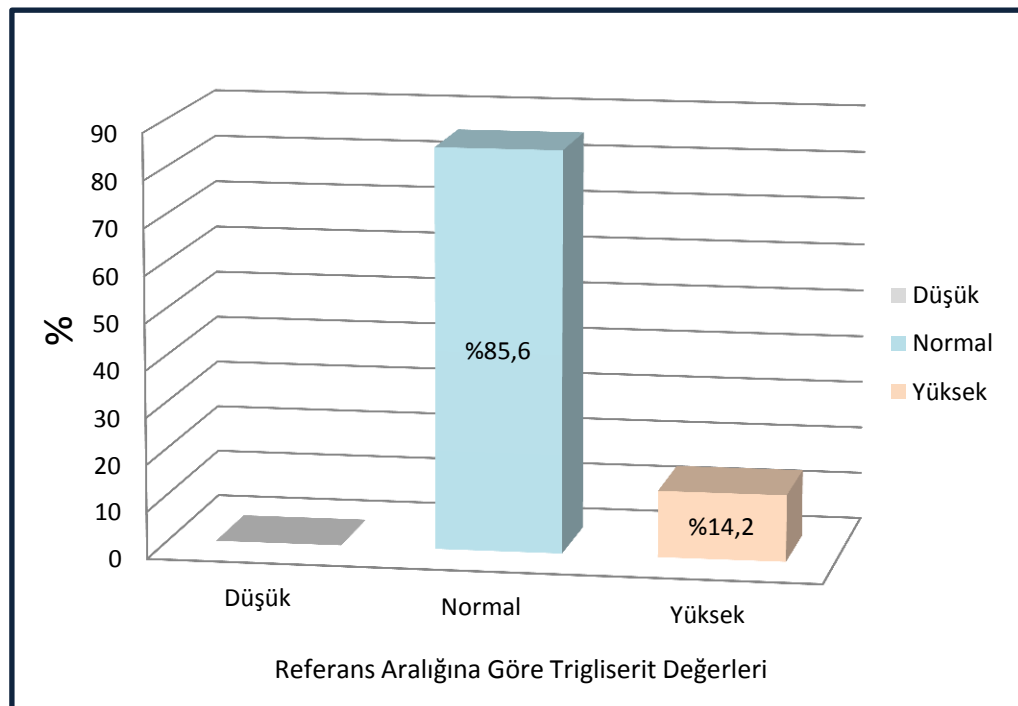
Şekil 4.8. Sağlık Taramasında Katılan Personelin Referans Aralığına göre 01.01.2005-03.12.2006 Tarihleri Arasındaki HDL Dağılımı



Şekil 4.9. Sağlık Taramasında Katılan Personelin Referans Aralığına göre 04.12.2006 -31.05.2009 Tarihleri Arasındaki HDL Dağılımı



Şekil 4.10. Sağlık Taramasında Katılan Personelin Referans Aralığına göre VLDL Değerlerinin Yüzde Dağılımı



Şekil 4.11. Sağlık Taramasında Katılan Personelin Referans Aralığına göre Trigliserit Değerlerinin Yüzde Dağılımı

Tablo 4.18’de H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde sağlık taramasına katılan kadrolu personelin serum lipid profili dağılımlarını tanımlayıcı ölçümler gösterilmiştir.

Tablo 4.18. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Kan Lipid Profil Dağılımlarını Tanımlayıcı Ölçümler (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

Lipid profili	Ortalama±Standart sapma	En küçük	En büyük	Ortanca
Total kolesterol	191,90±40,71	86	387	187
LDL	114,55±34,47	11,3	308,8	112
HDL*	56,73±15,01	25	115	54,4
HDL*	55,95±15,82	19	106	54,2
VLDL	25,60±19,89	4	262,6	20
Trigliserid	126,84±94,92	20	1313	100

*Kan HDL (mg/dl), testi referans aralığında tarama sırasında 04.12.2006 tarihinde değişim olmuştur (Bkz. EK 7).

Serum Total Kolesterol değeri için ortalama ve standart sapma 191,90 mg/dl ±40,71 mg/dl, en küçük 86 mg/dl, en büyük 387 mg/dl, ortanca 187 mg/dl olarak bulunmuştur. Serum LDL değeri için ortalama ve standart sapma 114,55 mg/dl±34,47 mg/dl, en küçük 11,3 mg/dl, en büyük 308,8 mg/dl, ortanca 112 mg/dl olarak bulunmuştur. Serum HDL test değeri için referans değişikliği öncesi ortalama ve standart sapma 56,73 mg/dl ±15,01 mg/dl, en küçük 25 mg/dl, en büyük 115 mg/dl, ortanca 54,4 mg/dl olarak bulunmuş, referans değişikliği sonrasında ortalama ve standart sapma 55,95 mg/dl ±15,82 mg/dl, en küçük 19 mg/dl, en büyük 106 mg/dl, ortanca 54,2 mg/dl olarak bulunmuştur. Serum VLDL değeri için ortalama ve standart sapma 25,6 mg/dl ±19,89 mg/dl, en küçük 4 mg/dl, en büyük 262,6 mg/dl, ortanca 20 mg/dl olarak bulunmuştur. Serum Trigliserid değeri için ortalama ve standart sapma 126,84 mg/dl±94,92 mg/dl, en küçük 20 mg/dl, en büyük 1313 mg/dl, ortanca 100 mg/dl olarak saptanmıştır.

Tablo 4.19’de H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde sağlık taramasına katılan kadrolu personelin TKS ve Sedimentasyon değerleri, ilgili referans aralıklarına göre değerlendirilmiştir.

Tablo 4.19. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Kan TKS ve ESH Değerlerinin İlgili Referans Aralıklarına Göre Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

Test adı	Referans aralıkları								
	Referans aralıkları	Düşük		Normal		Yüksek		Toplam	
		S	%	S	%	S	%	S	%
Eritrosit*	3,5-6,0	1	0,1	1007	97,2	28	2,7	1036	100,0
Eritrosit (K)	3,83-5,08	3	1,4	211	95,0	8	3,6	222	100,0
Eritrosit (E)	4,38-5,77	1	0,6	157	96,9	4	2,5	162	100,0
Hemoglobin*	12,0-18,0	50	4,8	992	95,0	2	0,2	1044	100,0
Hemoglobin (K)	11,7-15,5	14	6,3	204	91,9	4	1,8	222	100,0
Hemoglobin (E)	13,6-17,2	5	3,1	156	96,3	1	0,6	162	100,0
Hematokrit (Hct)*	36-54	67	6,4	973	93,3	3	0,3	1043	100,0
Hct (K)	34,5-46,3	18	8,1	204	91,9	-	-	222	100,0
Hct (E)	39,5-50,3	4	2,5	158	97,5	-	-	162	100,0
MCV*	80-100	93	9,0	940	90,7	3	0,3	1036	100,0
MCV (K)	80,4-95,9	23	10,4	198	89,2	1	0,5	222	100,0
MCV (E)	80,7-95,5	10	6,2	146	90,1	6	3,7	162	100,0
MCH *	27-34	96	9,3	931	89,9	9	0,9	1036	100,0
MCH	22,7-33,5	8	2,1	363	94,5	13	3,4	384	100,0
MCHC*	33-35	148	14,3	665	64,3	221	21,4	1034	100,0
MCHC (K)	32,5-35,2	1	0,5	130	58,6	91	41,0	222	100,0
MCHC (E)	32,7-35,6	2	1,2	104	64,2	56	34,6	162	100,0
RDW*	11,6-16,5	4	0,4	1004	97	27	2,6	1035	100,0
RDW (K)	11,7-14,6	1	0,5	191	86,4	29	13,1	221	100,0
RDW (E)	11,8-14,3	-	-	156	96,3	6	3,7	162	100,0
Lökosit *	3,60-10,00	7	0,7	991	95,9	41	4,0	1039	100,0
Lökosit (K)	4,10-11,20	8	3,6	208	94,6	4	1,8	220	100,0
Lökosit (E)	4,30-10,30	6	3,8	148	93,7	4	2,5	158	100,0

Tablo 4.19. (devam) H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Kan TKS ve ESH Değerlerinin İlgili Referans Aralıklarına Göre Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

Test adı	Referans aralıkları								
	Referans aralıkları	Düşük		Normal		Yüksek		Toplam	
		S	%	S	%	S	%	S	%
Lenfosit*	20-50	62	6	970	93,6	4	0,4	1036	100,0
Lenfosit (K)	18,8-50,8	9	4,1	209	95,0	2	0,9	220	100,0
Lenfosit (E)	19,4-44,9	8	4,9	148	91,4	6	3,7	162	100,0
Monosit *	2,5-10,0	21	0,3	947	94,8	68	5	1036	100,0
Monosit (K)	4,1-12,2	12	5,4	205	92,8	4	1,8	221	100,0
Monosit (E)	5,1-10,9	13	8	146	90,1	3	1,9	162	100,0
Nötrofil*	37-75	11	1,1	1004	96,9	21	2,0	1036	100,0
Nötrofil (K)	39,9-73	3	1,4	207	94,1	10	4,5	210	100,0
Nötrofil (E)	41-73	3	1,9	153	94,4	6	3,7	162	100,0
Eozinofil*	0,5-11,0	34	3,3	993	95,9	8	0,8	1035	100,0
Eozinofil (K)	0,80-6,0	35	15,8	181	81,9	5	2,3	221	100,0
Eozinofil (E)	0,9-6,0	15	9,3	140	86,4	7	4,3	162	100,0
Bazofil*	0-2,0	-	-	992	95,8	44	4,2	1036	100,0
Bazofil (K)	0,30-1,80	15	6,8	206	93,2	-	-	221	100,0
Bazofil (E)	0,30-1,50	10	6,2	148	91,4	4	2,5	162	100,0
Trombosit *	150-450	23	2,2	1012	97,7	1	0,1	1036	100,0
Trombosit (K)	159-388	5	2,3	211	95,5	5	2,3	221	100,0
Trombosit (E)	156-373	3	1,9	157	96,9	2	1,2	162	100,0
MPV*	7,4-11,0	101	9,7	921	88,8	15	1,4	1037	100,0
MPV (K)	6,5-11,6	1	0,5	219	99,5	-	-	220	100,0
MPV (E)	6,9-10,8	3	1,9	157	96,9	2	1,2	162	100,0
Sedimentasyon*	0-20	-	-	907	94,1	57	5,9	964	100,0
Sedimentasyon (K)	0-25	-	-	178	86,4	28	13,6	206	100,0
Sedimentasyon (E)	0-20	-	-	139	92,1	12	7,9	151	100,0

*Kan Eritrosit ($\times 10^6/\mu\text{l}$), (g/dl), Hemoglobün (gr/dl), Hematokrit (%), MCV(fl), MCHC (g/dl), Lökosit ($\times 10^3/\mu\text{l}$), Lenfosit %, Monosit %, Nötrofil %, Eozinofil, Bazofil %, Trombosit ($\times 10^3/\mu\text{l}$), MPV (fl) Sedimentasyon (mm/saat) testleri referans aralıklarında tarama sırasında 23.05.2007 tarihinde cinsiyete göre değişim olmuştur (Bkz. EK 7).

Taramaya katılan personelin Eritrosit serum değerlerinin referans değişikliği öncesi %97,2'si normal, %2,7'si yüksektir. Referans değişikliği sonrasında kadın için serum değerlerinin, %95,0'ı normal, %3,6'sı yüksek olarak bulunmuş, erkek için ise referans değişikliği sonrasında serum değerlerinin %96,9'u normal, %2,5'i yüksek bulunmuştur. Hemogloblin değeri için referans değişikliği öncesi serum değerlerinin %4,8'i düşük, %95,0'ı normal bulunmuştur. Referans değişikliği sonrasında kadın için serum değerlerinin %6,3'ü düşük, %91,9'u normal bulunmuş, erkek için ise serum değerlerinin %3,1'i düşük, %96,3'ü normal olarak saptanmıştır. Hematokrit değeri için serum değerlerinin referans değişikliği öncesi %6,4'ü düşük, %93,3'ü normaldir. Referans değişikliği sonrasında kadın için serum değerlerinin %8,1'i düşük, %91,9'u normal olarak saptanmış, erkek için ise serum değerlerinin %2,5'i düşük, %97,5'i normal olarak bulunmuştur. MCV değeri için serum değerlerinin referans değişikliği öncesi %9,0'ı düşük, %90,7'si normaldir. Referans değişikliği sonrasında kadın için %10,4'ü düşük, %89,2'si normal olarak bulunmuş, erkek için ise serum değerlerinin %6,2'si düşük, %90,1'si normal olarak saptanmıştır. MCH değeri için referans değişikliği öncesi serum değerlerinin %9,3'ü düşük, %89,9'u normal olarak bulunmuştur. Referans değişikliği sonrasında serum değerlerinin %94,5'i normal, %3,4'ü yüksek olarak saptanmıştır. MCHC değeri için serum değerlerinin referans değişikliği öncesi %14,3'ü düşük, %64,3'ü normal olarak bulunmuştur. Referans değişikliği sonrasında kadın için %0,5'i düşük, %58,6'sı normal, erkek için ise serum değerlerinin %1,2'si düşük, %64,2'si normal olarak saptanmıştır. RDW değeri için serum değerlerinin referans değişikliği öncesi %97,0'ı normal, %2,6'sı yüksek iken, referans değişikliği sonrasında kadın için serum değerlerinin %86,4'ü normal, %13,1'i yüksek bulunmuş, erkek için ise serum değerlerinin %96,3'si normal, %3,7'si yüksek olarak saptanmıştır. Lökosit değeri için serum değerlerinin referans değişikliği öncesi %95,9'u normal, %4,0'ı yüksek bulunmuştur. Referans değişikliği sonrasında kadın için serum değerlerinin %94,6'sı normal, %1,8'i yüksek bulunmuş, erkek için ise serum değerlerinin %93,7'si normal, %2,5'i yüksek olarak saptanmıştır. Lenfosit değeri için serum değerlerinin referans değişikliği öncesi %93,6'sı normal, %0,4'ü yüksek bulunmuştur. Referans değişikliği sonrasında kadın için %95,0'ı normal, %0,9'u yüksek bulunmuş, erkek için ise serum değerlerinin %91,4'ü normal, %3,7'si yüksek olarak bulunmuştur.

Monosit değeri için referans değışikliği öncesi serum değerlerinin %94,8'i normal, %5,0'ı yüksek olarak saptanmıştır. Referans değışikliği sonrasında kadın için %92,8'i normal, %1,8'i yüksek bulunmuş, erkek için ise %90,1'i normal, %1,9'u yüksek olarak saptanmıştır. Nötrofil değeri için serum değerlerinin referans değışikliği öncesi %96,9'u normal, %2,0'ı yüksek olarak bulunmuştur. Referans değışikliği sonrasında kadın için %94,1'i normal, % 4,5'i yüksek, erkek için ise %94,4'ü normal, %3,7'si yüksek olarak saptanmıştır. Eozinofil değeri için serum değerlerinin referans değışikliği öncesi %95,9'u normal, %0,8'i yüksek bulunmuştur. Referans değışikliği sonrasında ise kadın için %81,9'u normal, %2,3'ü yüksek, erkek için ise serum değerlerinin, %86,4'ü normal, %4,3'ü yüksek olarak bulunmuştur. Taranan personelde Bazofil değeri için referans değışikliği öncesi serum değerlerinin %95,8'i normal, %4,2'si yüksek olup, referans değışikliği sonrasında kadın için serum değerlerinin %6,8'i düşük, %93,2'si normal bulunmuştur. Erkek için ise serum değerlerinin %6,2'si düşük, %91,4'ü ise normal olarak saptanmıştır. Taramaya katılan personelde Trombosit değeri için referans değışikliği öncesi serum değerlerinin %2,2'si düşük, %97,7'si normal bulunmuştur. Referans değışikliği sonrasında kadın için serum değerlerinin % 2,3'ü düşük, % 95,5'i normal, erkek için ise serum değerlerinin %1,9'u düşük, %96,9'u normal olarak saptanmıştır. MPV serum değerlerinin referans değışikliği öncesi %9,7'si düşük, %88,8'i normal olarak bulunmuştur. Referans değışikliği sonrasında kadın için serum değerlerinin %0,5'i düşük, %99,5'i normal, erkek için ise serum değerlerinin %1,9'u düşük, %96,9'u normal olarak saptanmıştır. Sedimentasyon değeri için referans değışikliği öncesi serum değerlerinin %94,1'i normal, %5,9'u yüksek olarak bulunmuştur. Referans değışikliği sonrasında kadın için serum değerlerinin %86,4'ü normal, %13,6'sı yüksek, erkek için ise serum değerlerinin %92,1'i normal, %7,9'u yüksek olarak saptanmıştır (Tablo 4.19).

Tablo 20'de H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde sağlık taramasına katılan kadrolu personelin TKS ve ESH dağılımlarını tanımlayıcı ölçümler gösterilmiştir.

Tablo 4.20. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin TKS ve ESH Dağılımlarını Tanımlayıcı Ölçümler (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

TKS dağılımlarını tanımlayıcı ölçümler	Ortalama± Standart sapma	En küçük	En büyük	Ortanca
Eritrosit *	4,94±0,52	3,4	7,12	4,9
Eritrosit (K)	4,47±0,34	3,8	6,42	4,4
Eritrosit (E)	5,12±0,34	4,4	6,71	5,1
Hemoglobin *	14,57±1,52	8,6	18,9	14,7
Hemoglobin (K)	13,44±1,02	10,0	16,1	13,5
Hemoglobin (E)	15,58±1,01	10,0	17,3	15,6
Hematokrit*	42,65±4,72	5,3	57,0	43,0
Hematokrit (K)	38,41±2,80	30,0	45,8	38,3
Hematokrit (E)	44,30±2,59	32,0	49,8	44,5
MCV*	86,56±5,62	58,1	103,5	87,1
MCV (K)	86,04±5,27	63,2	96,5	86,4
MCV (E)	86,77±5,44	61,0	98,7	87,1
MCH**	29,60±2,33	18,8	43,4	29,8
MCH	30,30±2,20	19,8	35,6	30,6
MCHC*	34,18±1,27	29,2	49,4	34,2
MCHC (K)	35,00±0,82	31,3	37,3	35,0
MCHC (E)	35,16±0,98	32,5	37,0	35,2
RDW*	13,22±1,42	11,1	31,9	12,9
RDW (K)	13,56±1,39	11,6	26,4	13,3
RDW (E)	13,19±0,79	11,8	17,7	13,1
Lökosit *	6,62±1,71	3,0	16,0	6,3
Lökosit (K)	6,32±1,56	3,0	13,0	6,2
Lökosit (E)	6,59±1,73	4,0	17,0	6,3

Tablo 4.20. (devam) H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin TKS ve ESH Dağılımlarını Tanımlayıcı Ölçümler (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

TKS dağılımlarını tanımlayıcı ölçümler	Ortalama± Standart sapma	En küçük	En büyük	Ortanca
Lenfosit*	30,38±6,96	3,1	52,4	30,3
Lenfosit (K)	30,61±7,37	13,2	54,0	30,2
Lenfosit (E)	31,11±6,83	8,3	48,6	31,1
Monosit*	7,16±3,95	-	67,7	6,8
Monosit (K)	6,7±1,88	3	13,2	6,6
Monosit (E)	7,15±1,69	1,1	12,6	7,2
Nötrofil *	58,89±8,58	6,4	83,7	59,4
Nötrofil (K)	60,33±7,87	35,7	80,0	61,0
Nötrofil (E)	57,76±9,53	6,3	76,3	58,7
Eozinofil *	2,54±2,93	-	45,5	1,9
Eozinofil (K)	1,87±1,35	-	7,5	1,5
Eozinofil (E)	2,45±1,90	0,1	12,8	2,0
Bazofil*	0,86±1,58	-	21,4	0,6
Bazofil (K)	0,55±0,27	0,1	1,80	0,5
Bazofil (E)	0,57±0,72	-	9	0,5
Trombosit *	246,73±56,28	83,0	462	241
Trombosit (K)	255,55±55,26	136,0	409	250,0
Trombosit (E)	241,14±50,98	72,0	384	237
MPV*	8,45±0,95	6,3	13,5	8,4
MPV (K)	8,77±0,89	6,3	11,6	8,8
MPV (E)	8,57±0,87	6,6	11,1	8,4
Sedimentasyon*	8,28±9,34	1	95	6,0
Sedimentasyon (K)	14,83±12,87	2	76	12,0
Sedimentasyon (E)	8,0±8,43	2	52	5,0

*Kan Eritrosit ($\times 10^3/\mu\text{l}$), Hb (g/dl), Hematokrit (%), MCV (fl), MCHC (g/dl), RDW (%), Lökosit ($\times 10^3/\mu\text{l}$), Lenfosit(%), Monosit(%), Nötrofil(%), Eozinofil (%), Bazofil (%), Trombosit ($\times 10^3/\mu\text{l}$) Sedimentasyon (mm/saat) testleri referans aralıklarında 23.05.2007 tarihinde cinsiyete göre değişim olmuştur (Bkz. EK 7).

**Kan MCH (pg) değeri için 23.05.2007 tarihinde referans aralığı değişmiştir (Bkz. EK 7).

Tarama yapılan personelde Eritrosit değeri için ortalama ve standart sapma $4,94 \times 10^3/\mu\text{l}$, $\pm 0,52 \times 10^3/\mu\text{l}$, en küçük $3,4 \times 10^3/\mu\text{l}$, en büyük $7,12 \times 10^3/\mu\text{l}$, ortanca 4,9

$\times 10^3/\mu\text{l}$, olarak bulunmuştur. Referans değışikliği sonrasında kadın için ortalama ve standart sapma $4,47 \times 10^3/\mu\text{l}$, $\pm 0,34 \times 10^3/\mu\text{l}$, en küçük $3,8 \times 10^3/\mu\text{l}$, en büyük $6,42 \times 10^3/\mu\text{l}$, ortanca $4,4 \times 10^3/\mu\text{l}$ olarak bulunmuş, erkek için ise referans değışikliği sonrasında ortalama ve standart sapma $5,12 \times 10^3/\mu\text{l}$, $\pm 0,34 \times 10^3/\mu\text{l}$, en küçük $4,4 \times 10^3/\mu\text{l}$, en büyük $6,71 \times 10^3/\mu\text{l}$, ortanca $5,1 \times 10^3/\mu\text{l}$, olarak saptanmıştır. Hemoglobin değeri için referans değışikliği öncesinde ortalama ve standart sapma $14,57 \text{ gr/dl}$, $\pm 1,52 \text{ gr/dl}$, en küçük $8,6 \text{ gr/dl}$, en büyük $18,9 \text{ gr/dl}$, ortanca $14,7 \text{ gr/dl}$ olarak saptanmıştır. Referans değışikliği sonrasında ise kadın için ortalama ve standart sapma $13,44 \text{ gr/dl}$, $\pm 1,02 \text{ gr/dl}$, en küçük $10,0 \text{ gr/dl}$, en büyük $16,1 \text{ gr/dl}$, ortanca $13,5 \text{ gr/dl}$, erkek için ise ortalama ve standart sapma $15,58 \text{ gr/dl}$ $\pm 1,01 \text{ gr/dl}$, en küçük $10,0 \text{ gr/dl}$, en büyük $17,3 \text{ gr/dl}$, ortanca $15,6 \text{ gr/dl}$ olarak bulunmuştur. Hematokrit değeri için referans değışikliği öncesinde ortalama ve standart sapma $\%42,65 \pm \%4,72$, en küçük $\%5,3$ en büyük $\%57,0$, ortanca $\%4$ 'dir. Referans değışikliği sonrasında ise kadın için ortalama ve standart sapma $\%38,41 \pm \%2,80$, en küçük $\%30,0$ en büyük $\%45,8$, ortanca $\%38,3$ 'dir. Erkek için ise ortalama ve standart sapma $\%44,30 \pm \%2,59$, en küçük $\%32,0$ en büyük $\%49,8$, ortanca $\%44,5$ olarak bulunmuştur. MCV değeri için referans değışikliği öncesinde ortalama ve standart sapma $86,56 \text{ fl} \pm 5,62 \text{ fl}$, en küçük $58,1 \text{ fl}$ en büyük $103,5 \text{ fl}$, ortanca $87,1 \text{ fl}$ dir. Referans değışikliği sonrasında kadın için ortalama ve standart sapma $86,04 \text{ fl} \pm 5,27 \text{ fl}$, en küçük $63,2 \text{ fl}$ en büyük $96,5 \text{ fl}$, ortanca $86,4 \text{ fl}$, erkek için ise ortalama ve standart sapma $86,77 \text{ fl} \pm 5,44 \text{ fl}$, en küçük $61,0 \text{ fl}$, en büyük $98,7 \text{ fl}$, ortanca $87,1 \text{ fl}$ olarak bulunmuştur. MCH değeri için referans değışikliği öncesinde ortalama ve standart sapma $29,60 \text{ pg} \pm 2,33 \text{ pg}$, en küçük $18,8 \text{ pg}$ en büyük $43,4 \text{ pg}$, ortanca $29,8 \text{ pg}$, referans değışikliği sonrasında ortalama ve standart sapma $30,30 \text{ pg} \pm 2,20 \text{ pg}$, en küçük $19,8 \text{ pg}$, en büyük $35,6 \text{ pg}$, ortanca $30,6 \text{ pg}$ olarak saptanmıştır. MCHC değeri için referans değışikliği öncesinde ortalama ve standart sapma $34,18 \text{ g/dl} \pm 1,27 \text{ g/dl}$, en küçük $29,2 \text{ g/dl}$ en büyük $49,4 \text{ g/dl}$, ortanca $34,2 \text{ g/dl}$ dir. Referans değışikliği sonrasında kadın için ortalama ve standart sapma $35,00 \text{ g/dl} \pm 0,82 \text{ g/dl}$, en küçük $31,3 \text{ g/dl}$, en büyük $37,3 \text{ g/dl}$, ortanca $35,0 \text{ g/dl}$ iken, erkek için ortalama ve standart sapma $35,16 \text{ g/dl} \pm 0,98 \text{ g/dl}$, en küçük $32,5 \text{ g/dl}$ en büyük $37,0 \text{ g/dl}$, ortanca $35,2 \text{ g/dl}$ olarak bulunmuştur. RDW değeri için referans değışikliği öncesinde ortalama ve standart sapma $\%13,22 \pm \%1,42$, en küçük $\%11,1$ en büyük $\%31,9$, ortanca $\%12,9$ 'dur. Referans değışikliği sonrasında kadın

için ortalama ve standart sapma $\%13,56 \pm \%1,39$, en küçük $\%11,6$, en büyük $\%26,4$, ortanca $\%13,3$, erkek için ise ortalama ve standart sapma $\%13,19 \pm \%0,79$, en küçük $\%11,8$, en büyük $\%17,7$, ortanca $\%13,1$, olarak bulunmuştur. Lökosit değeri için referans değişikliği öncesinde ortalama ve standart sapma $\%6,62 \pm \%1,71$, en küçük $\%3,0$, en büyük $\%16,0$, ortanca $\%6,3$ 'dür. Referans değişikliği sonrasında kadın için ortalama ve standart sapma $\%6,32 \pm \%1,56$, en küçük $\%3,0$, en büyük $\%13,0$, ortanca $\%6,2$, erkekler için ise ortalama ve standart sapma $\%6,59 \pm \%1,73$, en küçük $\%4,0$, en büyük $\%17,0$, ortanca $\%6,3$ olarak saptanmıştır. Lenfosit değeri için referans değişikliği öncesinde ortalama ve standart sapma $\%30,38 \pm \%6,96$, en küçük $\%3,1$ en büyük $\%52,4$, ortanca $\%30,3$ 'dür. Referans değişikliği sonrasında kadın için ortalama ve standart sapma $\%30,61 \pm \%7,37$, en küçük $\%13,2$, en büyük $\%54,0$, ortanca $\%30,2$ olarak, erkekler için ise ortalama ve standart sapma $\%31,11 \pm \%6,83$, en küçük $\%8,3$, en büyük $\%48,6$, ortanca $\%31,1$ olarak bulunmuştur. Monosit değeri için referans değişikliği öncesinde ortalama ve standart sapma $\%7,16 \pm \%3,95$, en büyük $\%67,7$, ortanca $\%6,8$ 'dir. Referans değişikliği sonrasında kadın için ortalama ve standart sapma $\%6,7 \pm \%1,88$, en küçük $\%3$, en büyük $\%13,2$, ortanca $\%6,6$, erkek için ise ortalama ve standart sapma $\%7,15 \pm \%1,69$ en küçük $\%1,1$ en büyük $\%12,6$, ortanca $\%7,2$ olarak bulunmuştur. Nötrofil değeri için referans değişikliği öncesinde ortalama ve standart sapma $\%58,89 \pm \%8,58$, en küçük $\%6,4$, en büyük $\%83,7$, ortanca $\%59,4$ 'dür. Referans değişikliği sonrasında ise kadınlar için ortalama ve standart sapma $\%60,33 \pm \%7,87$, en küçük $\%35,7$, en büyük $\%80,0$, ortanca $\%61,0$, erkek için ise ortalama ve standart sapma $\%60,33 \pm \%7,87$, en küçük $\%35,7$, en büyük $\%80,0$ ve ortanca $\%61,0$ olarak saptanmıştır. Eozinofil değeri için referans değişikliği öncesinde ortalama ve standart sapma $\%2,54 \pm \%2,93$, en büyük $\%45,5$, ortanca $\%1,9$, olarak bulunmuştur. Referans değişikliği sonrasında kadın için ortalama ve standart sapma $\%1,87 \pm \%1,35$, en büyük $\%7,5$, ortanca $\%1,5$, erkek için ortalama ve standart sapma $\%2,45 \pm \%1,90$, en küçük $\%0,1$, en büyük $\%12,8$, ortanca $\%2,0$ olarak saptanmıştır. Bazofil değeri için referans değişikliği öncesinde ortalama ve standart sapma $\%0,86 \pm \%1,58$, en büyük $\%21,4$, ortanca $\%0,6$ 'dir. Referans değişikliği sonrasında ise kadın için ortalama ve standart sapma $\%0,55 \pm \%0,27$, en küçük $\%0,1$, en büyük $\%1,80$, ortanca $\%0,5$, erkek için ise ortalama ve standart sapma $\%0,57 \pm \%0,72$, en büyük $\%9$, ortanca $\%0,5$ olarak bulunmuştur. Trombosit değeri

için referans değışikliği öncesinde ortalama ve standart sapma $246,73 \times 10^3/\mu\text{l} \pm 56,28 \times 10^3/\mu\text{l}$, en küçük $83,0 \times 10^3/\mu\text{l}$, en büyük $462 \times 10^3/\mu\text{l}$, ortanca $241 \times 10^3/\mu\text{l}$ dir. Referans değışikliği sonrasında kadın için ortalama ve standart sapma $255,55 \times 10^3/\mu\text{l} \pm 55,26 \times 10^3/\mu\text{l}$, en küçük $136,0 \times 10^3/\mu\text{l}$, en büyük $409 \times 10^3/\mu\text{l}$, ortanca $250,0 \times 10^3/\mu\text{l}$ olup, erkek için ortalama ve standart sapma $241,14 \times 10^3/\mu\text{l} \pm 50,98 \times 10^3/\mu\text{l}$, en küçük $72,0 \times 10^3/\mu\text{l}$, en büyük $384 \times 10^3/\mu\text{l}$, ortanca $237 \times 10^3/\mu\text{l}$ olarak saptanmıştır. MPV değeri için referans değışikliği öncesinde ortalama ve standart sapma $8,45 \text{ fl} \pm 0,95 \text{ fl}$, en küçük $6,3 \text{ fl}$, en büyük $13,5 \text{ fl}$, ortanca $8,4 \text{ fl}$ olarak bulunmuştur. Referans değışikliği sonrasında kadın için ortalama ve standart sapma $8,77 \text{ fl} \pm 0,89 \text{ fl}$, en küçük $6,3 \text{ fl}$, en büyük $11,6 \text{ fl}$, ortanca $8,8 \text{ fl}$ ve erkek için ortalama ve standart sapma $8,57 \text{ fl} \pm 0,87 \text{ fl}$, en küçük $6,6 \text{ fl}$, en büyük $11,1 \text{ fl}$, ortanca $8,4 \text{ fl}$ olarak bulunmuştur. Sedimentasyon değeri için referans değışikliği öncesinde ortalama ve standart sapma $8,28 \text{ mm/saat} \pm 9,34 \text{ mm/saat}$, en küçük 1 mm/saat , en büyük 95 mm/saat , ortanca $6,0 \text{ mm/saat}$ dir. Referans değışikliği sonrasında kadın için ortalama ve standart sapma $14,83 \text{ mm/saat} \pm 12,87 \text{ mm/saat}$, en küçük 2 mm/saat , en büyük 76 mm/saat , ortanca 12 mm/saat olarak bulunmuş, erkek için ise ortalama ve standart sapma $8,0 \text{ mm/saat} \pm 8,43 \text{ mm/saat}$ en küçük 2 mm/saat , en büyük 52 mm/saat , ortanca $5,0 \text{ mm/saat}$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.20).

Tablo 4.21'de H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde sağlık taramasına katılan kadrolu personelin kandaki bazı hormonların, referans aralıklarına göre değerlendirilmiştir.

Tablo 4.21. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Kandaki Bazı Hormonların Referans Aralıklarına Göre Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

Test adı	Referans aralıkları									
	Referans aralıkları	Düşük		Normal		Yüksek		Toplam		
		S	%	S	%	S	%	S	%	
TSH	0,27-4,2	27	1,9	1308	93,3	67	4,8	1402	100,0	
PSH <65 yaş*	0,06-6,0	2	0,4	540	99,1	3	0,6	545	100,0	
PSH ≥65 yaş*	0,06-4,0	-	-	6	100,0	-	-	6	100,0	
Serbest PSH*	0-0,42	-	-	238	87,2	35	12,8	273	100,0	

*Kan PSH (ng/ml) testi referans aralığında 65 yaşına göre değişiklik olmuştur (Bkz. EK 7).

TSH değeri için serum değerlerinin %1,9'u düşük, %93,3'ü normal, %4,8'i yüksektir. PSH<65 yaş değeri için serum değerlerinin %0,4'ü düşük, %99,1'i normal, %0,6'sı yüksek iken PSH≥65 yaş değeri için serum değerlerinin %100'ü normaldir. Serbest PSH değeri için serum değerlerinin %87,2'si normal, %12,8'i yüksektir (Tablo 4.21).

Tablo 4.22.'de H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde kadrolu personelin bazı hormonal dağılımlarını tanımlayıcı ölçümler gösterilmiştir.

Tablo 4.22. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Bazı Hormon Dağılımlarını Tanımlayıcı Ölçümler (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

Bazı hormon dağılımlarını tanımlayıcı ölçümler	Ortalama± Standart sapma	En küçük	En büyük	Ortanca
TSH	1,95±3,20	0,9 -	101,0	1,5
PSH<65 yaş*	0,94±0,91	-	14,0	0,8
PSH≥65 yaş *	1,03±0,38	1,0	2,0	1,0
Serbest PSH*	0,29±0,16	0,1	1,2	0,3

*Erkekler için kan PSH (ng/ml), testi referans aralığında 65 yaşına göre değişim olmuştur (Bkz. EK 7).

SH değeri için ortalama ve standart sapma $1,95 \pm 3,20$, en küçük 0,94, en büyük 101, ortanca 1,5 olarak bulunmuştur. PSH<65 yaş değeri için ortalama ve standart sapma $0,94 \pm 0,91$, en büyük 14, ortanca 0,8 olarak bulunmuştur. PSH \geq 65 yaş değeri için ortalama ve standart sapma $1,03 \pm 0,38$, en küçük 1, en büyük 2, ortanca 1,0 olarak bulunmuştur. Serbest PSH değeri için ortalama ve standart sapma $0,29 \pm 0,16$, en küçük 0,1, en büyük 1,2, ortanca 0,3 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.23'de H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde sağlık taramasına katılan kadrolu personelin kanındaki eliza testleri referans aralıklarına göre değerlendirilmiştir.

Tablo 4.23. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Kandaki Eliza Testlerinin Referans Aralıklarına Göre Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

Test adı	Referans aralıkları	Negatif		Pozitif		Toplam	
		S	%	S	%	S	%
Anti HBs	0-10	702	50,2	697	49,8	1399	100,0
HBsAg*	0-2	74	98,7	1	1,3	75	100,0
HBsAg	+/-	1304	97,8	30	2,2	1334	100,0
Anti HCV*	+/-	1402	99,9	1	0,1	1403	100,0
Anti HIV *	+/-	963	100,0	-	-	963	100,0

*Kan HBsAg testinin referans aralığında tarama sırasında 01.03.2005'de değişiklik olmuştur (Bkz. EK 7).

Kadrolu personelin Anti HBs değeri için serum değerlerinin %50,2'si negatif, %49,8'i pozitifdir. Personeldeki HBsAg değeri için serum değerlerinin referans değişikliği öncesinde %98,7'si negatif, %1,3'ü pozitif, referans değişikliği sonrasında da serum değerlerinin %97,8'i negatif, %2,2'si pozitifdir. Anti HCV değeri için serum değerlerinin %99,9'u negatif, %0,1'i pozitifdir. Anti HIV değeri için serum değerlerinin %100'ü negatif olarak saptanmıştır.

Tablo 4.24’de H.Ü. Sıhhiye Sağlık Merkezinde sağlık taramasına katılan kadrolu personelin GGK testi değerlendirilmiştir.

Tablo 4.24. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Gaitada Gizli Kan (GGK) testinin Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

Test adı	Referans aralıkları					
	Negatif*		Pozitif		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
GGK	30	96,5	1	3,5	31	100,0

*GGK testi sonucu normal olarak belirtilenler negatif olarak kodlanmıştır.

Sağlık taramasına katılan GGK testi yaptıran kadrolu personelin %96,5’inde GGK testi negatif, %3,5’inde pozitifdir.

Tablo 4.25’de H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde sağlık taramasına katılan kadrolu personelin tam idrar tahlili (TİT) değerlendirilmiştir.

Tablo 4.25. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin TİT Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

TİT (n=1329)*	S	%
Amorf fosfat	4	0,3
Normal	1035	77,9
Hematüri	171	12,9
Kalsiyum oxalat	17	1,1
Lökositüri	97	6,9
Amorf üratüri	28	2,0
Glikozüri	4	0,3
Ketonüri	3	0,2
Proteinüri	3	0,3

*Bazı kişilerde birden fazla sonuç beraber vardır.

Taramaya katılan personelin tam idrar tahlili “normal” olanlar %77,9 olarak bulunmuştur. Personelin TİT’inde “amorf fosfat” görülenler %0,3 olmuştur. Taranan personelin TİT’inde “hematüri” görülenler %12,9 olarak saptanmıştır. TİT’inde “kalsiyum oksalat” görülen personel %1,1 olarak bulunmuştur. Taramaya katılan kişilerde TİT sonucunda “lökositüri” görülenler %6,9 olmuştur. “Amorf uratüri” saptanan personel %2,0 olmuştur.

Tablo 4.26’de H.Ü. Sıhhiye Sıhhiye Sağlık Merkezinde sağlık taramasına katılan kadrolu kadın personelin Pap Smear test sonuçları değerlendirilmiştir.

Tablo 4.26. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Pap Smear Testinin Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

Pap smear * (n=180)	S	%
Intraepitelyal lezyon ve malignite açısından negatif	161	89,4
İnflamasyon	51	28,3
Atrofik vajinit	27	15,0
Bakteriyel vajinosis	6	3,3
Kandida	6	3,3
Aktinomiçes	2	1,1
Trichomonas	1	0,6
Atipik hücre	2	1,1

*Aynı hastada birden fazla sonuç beraber görülebilmektedir.

Sağlık taramasına katılan kadın personelin Pap Smear testi sonucu “intraepitelyal lezyon ve malignite açısından negatif” olarak gelenler, %89,4’dür. Test sonucunda inflamasyonu olan personel %28,3 olarak bulunmuştur. Bu personelin Smear sonucunda “atrofik vajinit” saptananlar %15,0 olmuştur. Bakteriyel vajinosis olan personel %3,3’dür. Taramada Kandida enfeksiyonu pozitif olan personel %3,3’dür. Aktinomiçes saptanan personel %1,1 olarak bulunmuştur. Smear sonucunda Trichomonas saptanan personel %0,6’dır. Tarama sonucunda Atipik hücre pozitif bulunan personel %1,1 olarak saptanmıştır.

Tablo 4.27’de H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde sağlık taramasına katılan kadrolu personelin Mamografi tetkikleri değerlendirilmiştir.

Tablo 4.27. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Mamografi Tetkikleri Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

Mamografi sonuçları (n=245)*	S*	%
Normal sınırlarda bilateral mamografi	175	71,4
Patolojik bulgu var ancak benign kist	44	18,0
Eski cerrahi geçirmiş fibro adenom	4	1,6
Eski geçirilmiş ve eksize edilmiş adenozis, duktal hiperplazi fibrokistik hastalık	2	0,8
Eski tanı solid nodül	9	3,7
Patolojik bulgu var ancak benign diğer	4	1,6
Patolojik bulgu var ancak benign fibroadenom	2	0,8
Patolojik bulgu var ancak benign kalsifikasyonlar	4	1,6
Solid nodül	7	2,9
Kanser	2	0,8

*Bazı kişilerde birden fazla tanı vardır

Normal sınırlarda bilateral mamografisi olanlar %71,4’dür. Patolojik bulgu var ancak benign kisti olanlar %18,0’dır. Eski cerrahi geçirmiş fibro adenomu olanlar %1,6’dır. Eski geçirilmiş ve eksize edilmiş adenozis, duktal hiperplazi, fibrokistik hastalığı olanlar %0,8’dir. Eski tanı solid nodülü olanlar %3,7’dur. Patolojik bulgu var ancak benign diğer, olanlar %1,6’dır. Patolojik bulgu var ancak benign fibroadenom olanlar %0,8’dir. Patolojik bulgu var ancak benign kalsifikasyonları olanlar %1,6’dır. Solid nodülü olanlar %2,9’dur. Kanser olanlar %0,8’dir.

Tablo 4.28’de H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde sağlık taramasına katılan kadrolu personelin KMD’leri değerlendirilmiştir.

Tablo 4.28. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin KMD’lerinin Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

KMD sonuçları¹	S²	%
Normal ³	53	19,7
Osteopeni	130	48,3
Osteoporoz	71	26,4
KMD artışı	15	5,6
Toplam⁴	269	100,0

¹ KMD sonuçları incelenen bölgeye bakılmaksızın sınıflandırılmıştır..

² Bu tablo KMD sonuçlarına bakılarak yapıldığından, yeni tanılarının tamamını, eski tanılardan ise sadece KMD çektirenlerinin sonuçlarını içermektedir.

³ KMD sonuçlarında normal olarak belirtilenler osteopeni, osteoporoz ve KMD artışı olmayanlardır.

⁴ Taramada incelenen bir dosyada hem osteoporotik hem de osteopenik 2 ayrı bölge belirtildiğinden bu sonuç her iki grupta sayılmıştır.

Araştırma kapsamında incelenen kadrolu personele ait sağlık tarama dosyalarında KMD sonuçlarına göre personelin %48,3’ü osteopenik, %26,2’si osteoporotik olduğu bulunmuştur. Tarama kayıtlarından personelin %5,6’sında da KMD’de artış olduğu saptanmıştır.

4.8. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Sağlık Düzeyine İlişkin Bulgular ve Taramanın Yararı

Tablo 4.29'da Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde 2005-2009 yılları arasında yapılan sağlık taramasına katılan kadrolu personelde tarama sırasında önceki hastalıkları (eski tanı) ve yeni konulan hastalık tanılarının (yeni tanı) dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 4.29. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesinde Bulunan Sıhhiye Sağlık Merkezinde Yapılan Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelde Tarama Muayenesi Sırasında Tanı Alan Gruplandırılmış Eski¹ ve Yeni² Vakaların Dağılımı.

Hastalık kategorileri	Eski tanı ^{1,4,5} (n=1409)		Yeni tanı ^{2,4,5} (n=1452)	
	S	%	S	%
1. Belirli enfeksiyöz ve paraziter hastalıklar (A00-B99)	7	0,5	13	0,9
Bağırsakların enfeksiyöz hastalıkları (A00-A09)	-	-	-	-
Tüberküloz (A15-A19)	-	-	-	-
Bazı zoonotik bakteriyel hastalıklar (A20-A28)	-	-	-	-
Diğer bakteriyel hastalıklar (A30-49)	-	-	1	0,1
Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (A50-A64)	-	-	-	-
Hepatitler (B15-B19)	6	0,4	5	0,3
Mikozlar (B35-B49)	1	0,1	4	0,3
Protozoal hastalıklar (B50-64)	-	-	1	0,1
Helmintiyazis (B65-B83)	-	-	2	0,1
Pedikülozis, akariyazis ve diğer enfestasyonlar (B85 B89)	-	-	-	-
2. Neoplazmlar (C00-D48)	17	1,2	12	0,8
Malign neoplaziler (C00-C97)	9	0,6	1	0,1
Insitu neoplazmlar (D00-D09)	-	-	1	0,1
Beningn neoplaziler (D10-D36)	8	0,6	6	0,4
Belirsiz veya bilinmeyen davranışlı neoplaziler (D37 48)	-	-	4	0,2
3. Kan ve kan yapıcı organların hastalıkları ve immün sistemin bazı bozuklukları (D50-D89)	59	4,2	64	4,4
Nütrisyonel anemiler (D50-D53)	39	2,8	47	3,2
Hemolitik anemiler (D55-D59)	10	0,7	2	0,1
Aplastik anemiler (D60-D64)	1	0,1	1	0,1
Pıhtılaşma bozuklukları, purpura ve diğer hemolitik durumlar (D65-D69)	6	0,4	9	0,6
Kan ve kan yapıcı organların diğer hastalıkları (D70-D77)	3	0,2	5	0,4
İmmün sistemi etkileyen bazı bozukluklar (D80-D89)	-	-	-	-
4. Endokrin, nütrisyonel ve metabolik hastalıklar (E00-E90)	235	16,7	496	34,3
Tiroid bezi bozuklukları (E00-E07)	106	7,5	56	3,9
Diabetes Mellitus (E10-E14)	23	1,6	13	0,9
Glikoz regülasyonu, pankreas iç salgısının diğer bozuklukları (E15-16)	1	0,1	1	0,1
Diğer endokrin bezlerin bozuklukları (E20-E35)	13	0,9	3	0,2
Malnütrisyon (E40-E46)	2	0,1	-	-
Diğer nütrisyonel yetersizlikler (E50-E64)	-	-	1	0,1
Obezite ve diğer hiperalimentasyon (E65-E68)	11	0,8	93	6,4
Metabolik bozukluklar (E70-E90)	79	5,6	329	22,6

Tablo 4.29. (devam) H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesinde Bulunan Sıhhiye Sağık Merkezinde Yapılan Sağık Taramasına Katılan Kadrolu Personelde Tarama Muayenesi Sırasında Tanı Alan Gruplandırılmış Eski¹ ve Yeni² Vakaların Dağılımı.

Hastalık kategorileri	Eski tanı ^{1,4,5} (n=1409)		Yeni tanı ^{2,4,5} (n=1452)	
	S	%	S	%
5. Mental bozukluklar ve davranış bozuklukları (F00-F99)	54	3,8	4	0,3
Organik ve semptomatik mental bozukluklar (F00-F09)	-	-	-	-
Psikoaktif madde kullanımına bağı mental bozukluklar ve davranış bozuklukları (F10-F19)	-	-	-	-
Şizofreni şizotipal ve sanrılı bozukluklar (F20-F29)	2	0,1	-	-
Duygudurum (duygulanım) bozukluğu (F30-F39)	36	2,6	3	0,2
Nörotik, strese bağı ve somatoform bozukluklar (F40-F48)	11	1,0	1	0,1
Fizyolojik bozukluklar ve fiziksel etkenlerle ilişkili davranış bozuklukları (F50-F59)	1	0,1	-	-
Erişkinde kişilik ve davranış bozukluğu (F60-F69)	-	-	-	-
Zeka geriliğı (F70-F79)	-	-	-	-
Psikolojik gelişim bozukluğu (F80-F89))	1	0,1	-	-
Genellikle çocukluk ve dekanlılık çağında başlayan davranış bozuklukları ve emosyonel bozukluklar (F90-98)	1	0,1	-	-
Tanımlanmamış mental bozukluklar (F99-F99)	2	0,1	-	-
6. Sinir sistemi hastalıkları (G00-G99)	46	3,3	-	-
Merkezi sinir sistemini inflamatuvar hastalıkları (G00-09)	-	-	-	-
Primer olarak merkezi sinir sistemini etkileyen sistemik atrofiler (G10-G13)	-	-	-	-
Ekstrapiramidal sistem ve hareket bozuklukları (G20-G26)	1	0,1	-	-
Sinir sisteminin diğere dejeneratif hastalıkları (G30-G32)	-	-	-	-
Merkezi sinir sisteminin demiyelinizan hastalıkları (G35-G37)	-	-	-	-
Epizodik ve paroksizmal bozukluklar (G40-G47)	42	3,0	-	-
Sinir, sinir kökü ve pleksus bozuklukları (G50-G59)	-	-	-	-
Polinöropatiler ve periferik sinir sisteminin diğere hastalıkları (G60-G64)	-	-	-	-
Kas-sinir kavşağı ve kas hastalıkları (G70-G73)	-	-	-	-
Serebral palsi ve diğere paralitık sendromlar (G80-G83)	1	0,1	-	-
Sinir sisteminin diğere bozuklukları (G90-G99)	2	0,1	-	-
7. Göz ve eklerinin hastalıkları (H00-H59)	12	0,9	-	-
Göz kapağı lakrimal sistem ve orbita bozuklukları (H00-H06)	-	-	-	-
Konjüktiva bozuklukları (H10-H13)	1	0,1	-	-
Sklera, kornea, iris ve silier cisim bozuklukları (H15-H22)	-	-	-	-
Lens bozuklukları (H25-H28)	-	-	-	-
Koroid ve retina bozukluklar (H30-H36)	1	0,1	-	-
Glokom (H40-H42)	6	0,4	-	-
Vitreus ve göz küresi bozuklukları (H43-H45)	-	-	-	-
Optik sinir ve görme yolları bozuklukları (H46-H48)	1	0,1	-	-
Göz kasları, binoküler hareket, akomodasyon ve refraksiyon bozuklukları (H49-H52)	-	-	-	-
Görme bozuklukları ve körlük (H53-H54)	2	0,1	-	-
Göz ve eklerinin diğere bozuklukları (H55-H59)	1	0,1	-	-

Tablo 4.29. (devam) H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesinde Bulunan Sıhhiye Sağık Merkezinde Yapılan Sağık Taramasına Katılan Kadrolu Personelde Tarama Muayenesi Sırasında Tanı Alan Gruplandırılmış Eski¹ ve Yeni² Vakaların Dağılımı.

Hastalık kategorileri	Eski tanı ^{1,4,5} (n=1409)		Yeni tanı ^{2,4,5} (n=1452)	
	S	%	S	%
8. Kulak ve mastoid çıkıntı hastalıkları (H60-H95)	39	2,8	-	-
Dış kulak hastalıkları (H60-H62)	1	0,1	-	-
Orta kulakve mastoid hastalıkları (H65-H75)	2	0,1	-	-
İç kulak hastalıkları (H80-83)	29	2,1	-	-
Kulağın diğer bozuklukları (H90-H95)	7	0,5	-	-
9. Dolaşım sistemi hastalıkları (I00-I99)	197	14,1	146	10,1
Akut eklem romatizması (I00-I02)	1	0,1	1	0,1
Kronik romatizmal kalp hastalığı (I05-I09)	7	0,5	-	-
Hipertansif hastalıklar (I10-I15)	113	8,0	38	2,6
İskemik kalp hastalığı (I20-I25)	29	2,2	68	4,7
Pulmoner kalp hastalığı ve pulmoner dolaşım hastalıkları (I26-I28)	-	-	-	-
Kalp hastalıklarının diğer şekilleri (I30-I52)	22	1,6	34	2,3
Serebrovasküler hastalıklar (I60-I69)	-	-	-	-
Arter, arteriyol ve kapiller hastalıkları (I70-79)	4	0,3	-	-
Ven, lenf damarları ve lenf bezi hastalıkları, başka yerde sınıflanmamış (I80-I89)	19	1,3	4	0,3
Dolaşım sisteminin diğer ve tanımlanmamış bozuklukları (I95-I99)	1	0,1	1	0,1
10. Solunum sistemi hastalıkları (J00-J99)	84	6,0	31	2,1
Akut üst solunum yol enfeksiyonları (J00-J06)	1	0,1	14	1,0
İnfluenza ve pnomoni (J10-J18)	-	-	1	0,1
Diğer akut alt solunum yolu enfeksiyonları (J20-J22)	-	-	6	0,4
Üst solunum yolunun diğer hastalıkları (J30-J39)	32	2,3	1	0,1
Kronik alt solunum yolu hastalıkları (J40-J47)	48	3,4	6	0,4
Dış etkenlere bağlı akciğer hastalıkları (J60-J70)	1	0,1	-	-
Alt solunum yolunun süpüratif ve nekrotik hastalıkları (J85-J86)	-	-	-	-
Plevranın diğer hastalıkları (J90-J94)	-	-	3	0,2
Solunum sisteminin diğer hastalıkları (J95-J99)	2	0,1	-	-
11. Sindirim sistemi hastalıkları (K00-K93)	110	8,0	65	4,5
Oral kavite tükruk bezleri ve çene hastalıkları (K00-K14)	-	-	-	-
Özefagus hastalıkları (K20-23)	26	1,8	3	0,2
Mide, duodenum, jejenum hastalıkları (K25-K31)	55	3,9	14	1,0
Appendiks hastalıkları (K35-K38)	-	-	-	-
Herniler (K40-K46)	-	0,1	-	-
İnfektif olmayan enterit ve kolit (K50-K52)	2	0,1	2	0,1
Bağırsakların diğer hastalıkları (K55-K63)	5	0,4	1	0,1
Periton hastalıkları (K65-67)	-	-	-	-
Karaciğer hastalıkları (K70-77)	11	0,8	44	3,0
Safra kesesi, safra yolları ve pankreas bozuklukları (K80-K87)	8	0,6	1	0,1
Sindirim sisteminin diğer hastalıkları (K90-K93)	1	0,1	-	-

Tablo 4.29. (devam) H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesinde Bulunan Sıhhiye Sağlık Merkezinde Yapılan Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelde Tarama Muayenesi Sırasında Tanı Alan Gruplandırılmış Eski¹ ve Yeni² Vakaların Dağılımı.

Hastalık kategorileri	Eski tanı ^{1,3,4} (n=1409)		Yeni tanı ^{2,3,4} (n=1452)	
	S	%	S	%
12. Deri ve subkütan dokunun hastalıkları (L00-L99)	32	2,3	-	-
Cilt ve cilt altı dokusu enfeksiyonları (L00-L08)	-	-	-	-
Büllöz bozukluklar (L10-L14)	-	-	-	-
Dermatit ve egzema (L20-L30)	12	0,9	-	-
Papüloskuamoz bozukluklar (L40-L45)	8	0,6	-	-
Ürtiker ve eritem (L50-L54)	6	0,4	-	-
Cilt ve cilt altı dokusunun radyasyona bağlı bozuklukları (L55-L59)	-	-	-	-
Cilt eklerinin bozuklukları (L60-L75)	2	0,1	-	-
Cilt ve cilt altı dokusunun diğer bozuklukları (L80-L99)	4	0,3	-	-
13. Kas iskelet sistemi ve bağ dokusu hastalıkları (M00-M99)	116	8,2	73	5,0
Artropatiler (M00-M25)	10	7,1	2	0,1
Sistemik bağ dokusu bozuklukları (M30-M36)	2	0,1	-	-
Dorsopatiler (M40-M54)	64	4,5	1	0,1
Yumuşak doku bozuklukları (M60-M79)	5	0,4	1	0,1
Osteopatiler ve kondropatiler (M80-M94)	35	2,5	66	4,7
Kas iskelet sistemi ve bağ dokusunun diğer hastalıkları (M95-M99)	-	-	1	0,1
14. Üreme ve boşaltım sistem hastalıkları (N00-N99)	74	5,3	147	10,1
Glomeruler hastalıklar (N00-N08)	2	0,1	-	-
Renal tübulo-interstisyel hastalıklar (N10-N16)	3	0,2	-	-
Böbrek yetmezliği (N17-N19)	1	0,1	-	-
Ürolitiaz (N20-N23)	17	1,2	19	1,3
Böbrek ve üreterin diğer bozuklukları (N25-N29)	2	0,1	-	-
Üriner sistemin diğer hastalıkları (N30-N39)	3	0,2	97	6,7
Erkek genital organlarının hastalıkları (N40-N51)	6	0,4	3	0,2
Meme Bozuklukları (N60-N64)	15	1,1	10	0,7
Kadın pelvik organlarının inflamatuvar hastalıkları (N70-N77)	1	0,1	9	0,6
Kadın genital yolunun inflamatuvar olmayan bozuklukları (N80-N98)	22	1,6	8	0,6
Üreme ve boşaltım sisteminin diğer bozuklukları (N99)	2	0,1	-	-

Tablo 4.29. (devam) H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesinde Bulunan Sıhhiye Sağlık Merkezinde Yapılan Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelde Tarama Muayenesi Sırasında Tanı Alan Gruplandırılmış Eski¹ ve Yeni² Vakaların Dağılımı.

Hastalık kategorileri	Eski tanı ^{1,3,4} (n=1409)		Yeni tanı ^{2,3,4} (n=1452)	
	S	%	S	%
15. Konjenital malformasyonlar, deformasyonlar ve kromozom anomalileri (Q00-Q99)	6	0,4	-	-
Sinir sisteminin konjenital malformasyonları (Q00-Q07)	-	-	-	-
Göz, kulak yüz ve boynun konjenital malformasyonları (Q10-Q18)	-	-	-	-
Dolaşım sisteminin konjenital malformasyonları (Q20-Q28)	-	-	-	-
Solunum sistemini konjenital malformasyonları (Q30-Q34)	-	-	-	-
Yarık dudak ve yarık damak (Q35-37)	-	-	-	-
Sindirim sisteminin diğer konjenital malformasyonları (Q35-Q48)	1	0,1	-	-
Genital organların konjenital malformasyonları (Q50-Q56)	1	0,1	-	-
Üriner sistem konjenital malformasyonları (Q60-Q64)	4	0,3	-	-
Kas iskelet sistemi konjenital malformasyon ve deformasyonları (Q65-Q79)	-	-	-	-
Diğer konjenital malformasyonlar (Q80-Q89)	-	-	-	-
Kromozom anomalileri başka yerde sınıflanmamış (Q90-Q99)	-	-	-	-
16. Semptomlar, belirtiler ve anormal klinik ve laboratuvar bulguları başka yerde sınıflanmamış (R00-R99)	12	0,9	276	20,0
Dolaşım ve solunum sistemine ait semptom ve belirtiler (R00-R09)	1	0,1	25	1,7
Sindirim sistemi ve karına ait semptom ve belirtiler (R10-R19)	-	-	1	0,1
Deri ve subkütan dokuya ait semptom ve belirtiler (R20-R23)	-	-	-	-
Sinir ve kas sistemine ait semptom ve belirtiler (R25-R29)	-	-	-	-
Üriner sisteme ait semptom ve belirtiler (R30-R39)	-	-	19	1,3
Tanıma, algılama, ve davranışa ait semptom belirtiler (R40-R46)	-	-	-	-
Konuşma ve sese ait semptom ve belirtiler (R47-R49)	-	-	-	-
Genel semptom ve belirtiler (R50-R69)	-	-	9	0,6
Kan incelemesinde anormal bulgular (R70-R79)	-	-	69	4,8
İdrar incelenmesinde anormal bulgular, tanısal olmayan (R80-R82)	-	-	9	0,6
Vücut sıvılarının maddeler ve dokularının incelemesinde diğer anormal bulgular, tanısı olmayan (R83-R89)	-	-	1	0,1
Tanısal görüntüleme ve fonksiyon çalışmalarında anormal bulgular, tanısı olmayan (R90-R94)	11	0,8	143	9,8
Ölümün sınırları belirsiz ve bilinmeyen nedenleri (R95-R99)	-	-	-	-

Tablo 4.29. (devam) H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesinde Bulunan Sıhhiye Sağlık Merkezinde Yapılan Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelde Tarama Muayenesi Sırasında Tanı Alan Gruplandırılmış Eski¹ ve Yeni² Vakaların Dağılımı.

Hastalık kategorileri	Eski tanı ^{1,3,4} (n=1409)		Yeni tanı ^{2,3,4} (n=1452)	
	S	%	S	%
17. Sağlık kurumlarına başvuruyu ve sağlık durumunu etkileyen faktörler (Z00-Z99)	374	26,5	208	14,3
Sağlık kurumlarına muayene ve inceleme için gelen kişiler (Z00-Z13)	355	25,2	192	13,2
Bulaşıcı hastalıklarla ilgili potansiyel sağlık tehlikesi olan kişiler (Z20-Z29)	19	1,4	16	1,1
Üremeye ilgili durumlarla sağlık servisine gelen kişiler (Z30-Z39)	-	-	-	-
Sağlık servislerine özel girişim ve sağlık bakım için gelen kişiler (Z40-Z54)	-	-	-	-
Sosyo ekonomik ve psikososyal durumlarla ilgili potansiyel sağlık tehlikesi olan kişiler (Z55-Z65)	-	-	-	-
Sağlık servislerine diğer durumlarla ilgili gelen kişiler (Z70-Z76)	-	-	-	-

¹ Eski tanı; kişilerin tarama sırasında beyan ettiği önceki hastalıklarıdır.

² Yeni tanı; önceden hastalığı olmayıp sağlık tarama sonuçlarına göre konulan yeni hastalık tanılarıdır.

³ Tanı grupları kodlanırken bazı hastalarda aynı grup içinde de birden fazla tanı olabildiğinden her biri ayrı tanı olarak sayılmıştır

⁴ Bazı kişilerde birden fazla hastalık vardır.

Sağlık taramasında dosyaları incelenen personelin eski tanılarının¹ %25,2'sinin “yakınması veya bilinen teşhisi olmayan kişilerin genel muayene ve incelemesi” olduğu bulunmuştur (Tablo 4.29) (Şekil 4.12).

Taranan personelin eski tanılarında¹ %16,7'si “endokrin, nütrisyonel ve metabolik hastalıklar”, %14,1'i ise “dolaşım sistemi hastalıkları” olarak saptanmıştır (Tablo 4.29) (Şekil 4.12).

Sağlık taramasında dosyaları incelenen personelin yeni tanılarının² %34,3'ünün “endokrin, nütrisyonel ve metabolik hastalıklar” olduğu bulunmuştur (Tablo 4.29) (Şekil 4.12).

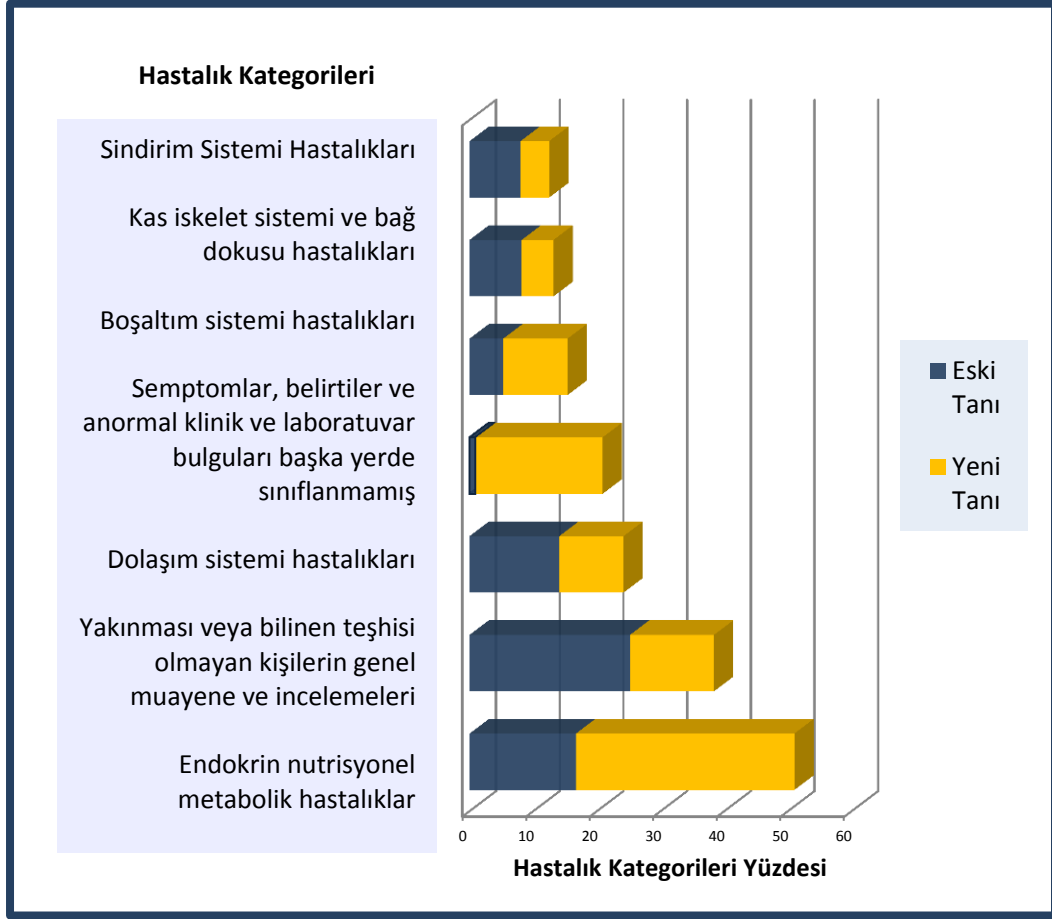
Taranan personelin %20,0'ının yeni tanısının² “semptomlar, belirtiler ve anormal klinik, laboratuvar bulguları başka yerde sınıflanmamış” olduğu bulunmuştur (Tablo 4.29) (Şekil 4.12).

Tanı alan personelin %13,2'sinin yeni tanısının² “yakınması veya bilinen teşhisi olmayan kişilerin genel muayene ve incelemesi” olduğu, %10,1'inin de

¹ Eski tanı; kişilerin tarama sırasında beyan ettiği önceki hastalıklarını içermektedir.

² Yeni tanı taramada konulan tanıları içermektedir.

“üreme ve boşaltım sistemi hastalıkları” ve “dolaşım sistemi hastalıkları” olduğu bulunmuştur (Tablo 4.29) (Şekil 4.12).



Şekil 4.12.Sağlık Taramasına Katılan Personelin Hastalık Kategorileri Sınıflamaları.

Personelin beyan ettiği vakaların %16,7’si, tanı konulan vakaların %34,4’ü, endokrin, beslenmeye bağlı ve metabolik hastalıklar olmuştur (Şekil 4.12).

Tablo 4.30’da H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesinde bulunan Sıhhiye Sağlık Merkezinde yapılan sağlık taramasına katılan kadrolu personelde sık görülen hastalık ve/veya hastalık grupları için taramanın yararını değerlendirilmiştir.

¹ Eski tanı; kişilerin tarama sırasında beyan ettiği önceki hastalıklarını içermektedir.

² Yeni tanı taramada konulan tanılarını içermektedir.

Tablo 4.30. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesinde Bulunan Sıhhiye Sağlık Merkezinde Yapılan Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelde Sık Görülen Hastalık ve/veya Hastalık Grupları için Taramanın Yararının Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

Hastalık adı (ICD 10 Kodu)	Eski ¹ S	Yeni ² S	Toplam S	Taramanın yararı (%)
1. Nütrisyonel anemiler (D50-D53)	38	47	85	55,3
2. Tiroid bezi bozuklukları (E00-E07)	106	56	162	35,3
3. Diabetes Mellitus (E10-E14)	23	15	38	39,9
4. Obezite (E66)	11	93	104	90,3
5. Metabolik bozukluklar (E70-E90)	79	329	408	81,4
6. Lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler (E78)	76	326	402	81,9
7. Hipertansif hastalıklar (I10-I15)	113	39	152	25,9
8. İskemik kalp hastalığı (I20-I25)	29	68	97	70,10
9. Atriyoventriküler ve sol dalcık bloğu (I44)	8	23	31	74,9
10. Karaciğer hastalıkları (K70-K77)	11	44	55	80,0
11. Osteoporoz (M80-M81)	45	66	111	59,5
12. Üriner sistemin diğer hastalıkları (N30-N39)	3	97	100	97,0

¹Eski tanı; kişilerin tarama sırasında beyan ettiği önceki hastalıklarıdır.

²Yeni tanı; önceden hastalığı olmayıp sağlık tarama sonuçlarına göre konulan yeni hastalık tanılarıdır

Sağlık taraması yapılan personelde üriner sistemin diğer hastalıklarının %97,0'ı tarama ile ortaya çıkarılmıştır (Tablo 4.30).

Taramaya katılan personelde obezite tanısı için taramanın yararı %90,3'ü, lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler tanıları için de taramanın yararı %81,9 olarak bulunmuştur (Tablo 4.30). Metabolik bozukluklar için taramanın yararı %81,4 olarak saptanmıştır (Tablo 4.30).

Tablo 4.31'de H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde sağlık taramasına katılan kadrolu personelin Cinsiyete Göre BKİ'leri değerlendirilmiştir.

Tablo 4.31. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Cinsiyete Göre BKİ'lerinin Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

Cinsiyet*	Beden Kitle İndeksi										p
	Zayıf		Normal		Toplu		Şişman		Toplam		
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	
Kadın	21	3,0	450	63,7	181	25,6	54	7,6	706	100,0	0,000
Erkek	2	0,3	253	34,1	391	52,6	97	13,1	743	100,0	
Toplam	23	1,6	703	48,5	572	39,5	151	10,4	1449	100,0	

*Satır yüzdesi alınmıştır.

Sağlık Taramasına katılan erkek personelin %65,7'si, kadınların %33,3'ü fazla kilolu ve obezdir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 4.31).

Tablo 4.32'de H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde sağlık taramasına katılan kadrolu personelin soygeçmişindeki Diabetes Mellitus öyküsüne göre yeni tanı alan Diabetes Mellitus vakaları değerlendirilmiştir.

Tablo 4.32. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Soygeçmişinde Diabetes Mellitus Öyküsüne Göre Diabetes Mellitus Tanısı Konulan Vakaların Dağılımı (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

Personel soygeçmişinde	DM tanısı konulan vakalar						p
	Var		Yok		Toplam		
	S	%	S	%	S	%	
DM öyküsü							
Var	7	53,8	314	22,8	321	23,1	0,008
Yok	6	46,2	1062	77,2	1068	76,9	
Toplam	13	100,0	1376	100,0	1389	100,0	

*Sütun yüzdesi alınmıştır.

Taramaya katılan ve DM tanısı konulan personelin %53,8'inin soygeçmişinde DM öyküsü varken %46,2'sinin soygeçmişinde DM öyküsü yoktur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,005$) (Tablo 4.32).

Tablo 4.33’de H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde sağlık taramasına katılan kadrolu personelin medeni durumuna göre yaşı değerlendirilmiştir.

Tablo 4.33. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Medeni Durumuna Göre Yaşının Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

Medeni Durum	Personelin Yaşı						p
	≤ 40		≥41		Toplam		
	S	%	S	%	S	%	
Evlilik yaşamı olan	495	44,9	608	55,1	1103	100,0	≤ 0,001
Evlilik yaşamı olmayan	232	69,7	101	30,3	333	100,0	
Toplam	727	50,6	709	49,4	1436	100,0	

*Sütun yüzdesi alınmıştır.

Sağlık taramasına katılan evlilik yaşamı olan personelin %55,1’i 41 ve üzeri yaşta, %44,9’u 40 yaş ve altındadır. ($p<0,05$) (Tablo 4.33). Taramaya katılan ve evlilik yaşamı olmayan personelin %69,7’si 40 yaş ve altında, %30,3’ü 41 yaş ve üzerindedir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.33).

Tablo 4.34’de H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde sağlık taramasına katılan kadrolu personelin medeni durumuna göre BKİ değerlendirilmiştir.

Tablo 4.34. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Medeni Durumuna Göre BKİ'nin Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

Medeni Durum	BKİ						p
	Zayıf ve normal		Kilolu ve şişman		Toplam		
	S	%	S	%	S	%	
Evlilik yaşamı olan	477	43,3	625	56,7	1102	100,0	≤ 0,001
Evlilik yaşamı olmayan	241	72,4	92	27,6	333	100,0	
Toplam	718	50,0	717	50,0	1435	100,0	

*Sütun yüzdesi alınmıştır.

Sağlık taramasına katılan evlilik yaşamı olan personelin %56,7'si evlilik yaşamı olmayan personelin ise %27,6'sı kilolu ve şişmandır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$) (Tablo 4.34).

4.9. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelin Tarama Sonuçlarıyla ve Taramanın Yararıyla İlişkili Faktörleri Değerlendirmeye Yönelik Bulgular

Tablo 4.35'de H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesine dâhil edilen kişilerin bazı sosyo-demografik özelliklere göre eski¹ ve yeni tanı alan nutrisyonel anemi vakalarının dağılımı ve nutrisyonel anemi açısından taramanın yararı değerlendirilmiştir.

Tablo 4.35. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesine Dâhil Edilen Kişilerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Eski¹ ve Yeni Tanı Alan Nutrisyonel Anemi Vakalarının Dağılımı ve Taramanın Yararının Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

Nutrisyonel anemi	Eski Vaka			Yeni Vaka			Toplam Vaka	Yarar
	n	S	%	n	S	%	S	%
Cinsiyet								
Erkek	723	4	0,6	718	-	-	4	-
Kadın	686	34	5,0	653	47	7,2	81	58,0
Toplam	1409	38	2,7	1371	47	3,4	85	55,3
p	<0,001			<0,001				
Yaş								
≤40	699	20	2,9	679	31	4,6	51	60,8
≥41	708	18	2,5	690	16	2,3	34	47,1
Toplam	1407	38	2,7	1369	47	3,4	85	55,3
p	0,71			0,02				
Medeni durum								
Evlilik yaşamı olan	1075	26	2,4	1020	30	2,9	56	53,6
Evlilik yaşamı olmayan	321	12	3,7	292	16	5,2	28	57,1
Toplam	1396	38	2,7	1312	46	3,4	84	54,8
p	0,20			0,046				
Kadro ünvanı								
Akademik	496	17	3,4	478	15	3,1	32	46,9
İdari	913	21	2,3	983	32	3,6	53	60,4
Toplam	1409	38	2,7	1371	47	3,4	85	55,3
p	0,20			0,67				

¹Eski tanılar; kişilerin tarama sırasında önceden var olan hastalıkları, yeni tanılar; sağlık tarama sonuçlarına göre konulan yeni tanılardır.

Hacettepe Üniversitesinde 2005-2009 yılları arasında sağlık taramasına katılan kadrolu personelin, %2,7'sinde nutrisyonel anemi tanısı olduğu beyan edilmiş, %3,4'ünde de nutrisyonel anemi tanısı konulmuştur (Tablo 4.35).

Sağlık taramasına katılan kadın personelde %5,0, erkek personelde ise %0,6 nutrisyonel anemi olduğu beyan edilmiştir (p<0,05) (Tablo 4.34). Tarama sırasında nutrisyonel anemi kadın personelde %7,2 olarak bulunmuş, erkek personelde ise yeni vaka saptanmamıştır (p<0,05) (Tablo 4.35).

Taranan 40 yaş ve altındaki personelde %4,6, 41 yaş ve üzerindeki personelde ise %2,3 yeni nutrisyonel anemi vakası saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.35).

Sağlık taramasına katılan evlilik yaşamı olan personelin %2,9'unda, evlilik yaşamı olmayan personelin %5,2'sinde nutrisyonel anemi tanısı konulmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.35).

Taramaya katılan personelde nutrisyonel anemi tanısında taramanın yararı %55,3 olup, kadınlarda %58,0 olarak bulunmuştur (Tablo 4.34). Erkek personelde nutrisyonel anemi açısından taramanın yararı saptanmamıştır (Tablo 4.35). 40 yaş ve altında taramanın yararı %60,8, 41 yaş ve üzerinde %47,1 olarak saptanmıştır (Tablo 4.35). Evlilik yaşamı olan personel de taramanın yararı %53,6 iken, evlilik yaşamı olmayan personelde yarar %57,1 olarak saptanmıştır (Tablo 4.35).

Tablo 4.36'da H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesine dâhil edilen kişilerin bazı sosyo-demografik özelliklere göre eski¹ ve yeni tanı alan tiroid bezi bozukluk vakalarının dağılımı ve tiroid bezi bozuklukları açısından taramanın yararı değerlendirilmiştir.

Tablo 4.36. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesine Dâhil Edilen Kişilerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Eski¹ ve Yeni Tanı Alan Tiroid Bezi Bozuklukları Vakalarının Dağılımı ve Taramanın Yararının Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

Tiroid bezi bozuklukları	Eski Vaka			Yeni Vaka			Toplam Vaka		Yarar
	n	S	%	n	S	%	S	%	
Cinsiyet									
Erkek	723	18	2,5	705	20	2,8	38	52,6	
Kadın	686	88	12,8	598	36	6,0	124	29,0	
Toplam	1409	106	7,5	1303	56	4,3	162	34,6	
p		<0,001			0,005				
Yaş									
≤40	699	46	6,6	654	27	4,1	73	37,0	
≥41	708	60	8,5	648	29	4,5	89	32,6	
Toplam	1407	106	7,5	1302	56	4,3	162	34,6	
p		0,18			0,76				
Medeni durum									
Evlilik yaşamı olan	1075	80	7,4	997	44	4,4	124	35,5	
Evlilik yaşamı olmayan	321	26	8,1	294	11	3,7	37	29,7	
Toplam	1396	106	7,6	1291	55	4,3	161	34,2	
p		0,70			0,62				
Kadro ünvanı									
Akademik	496	47	9,5	447	27	6,0	74	36,5	
İdari	913	59	6,5	856	29	3,4	88	33,0	
Toplam	1409	106	7,5	1303	56	4,3	162	34,6	
p		0,04			0,025				

¹ Eski tanılar; kişilerin tarama sırasında önceden var olan hastalıkları, yeni tanılar; sağlık tarama sonuçlarına göre konulan yeni tanılardır.

Hacettepe Üniversitesinde 2005-2009 yılları arasında sağlık taramasına katılan kadrolu personelin %7,5'inde tiroid bezi bozuklukları tanısı olduğu saptanmış, %4,3'ünde de tiroid bezi bozuklukları tanısı konulmuştur (Tablo 4.36).

Sağlık taramasına katılan kadın personelde %12,8, erkek personelde ise %2,5 tiroid bezi bozuklukları olduğu beyan edilmiştir (p<0,05) (Tablo 4.36). Tarama sırasında tiroid bezi bozuklukları kadın personelde %6,0 olarak bulunmuş, erkek personelde ise %2,8 yeni vaka saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 4.36).

Taranan kadrolu akademik personelde %9,5, idari personelde ise %6,5 tiroid bezi bozuklukları tanısı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.36). Tiroid bezi bozuklukları tanısı konulanlar akademik personelde %6,0 iken, idari personelde %3,4 olarak saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.36).

Taramaya katılan personelde tiroid bezi bozuklukları açısından taramanın yararı %34,6 iken, kadında %29,0, erkekte %52,6 olarak saptanmıştır (Tablo 4.36). Akademik personelde taramanın yararı %36,5 iken, idari personelde %33,0' olarak bulunmuştur (Tablo 4.36).

Tablo 4.37'de H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesine dâhil edilen kişilerin bazı sosyo-demografik özelliklere göre eski¹ ve yeni tanı alan Diabetes Mellitus vakalarının dağılımı ve Diabetes Mellitus açısından taramanın yararı değerlendirilmiştir.

Tablo 4.37. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesine Dâhil Edilen Kişilerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Eski¹ ve Yeni Tanı Alan Diabetes Mellitus Vakalarının Dağılımı ve Taramanın Yararının Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

Diabetes Mellitus	Eski Vaka			Yeni Vaka			Toplam Yarar Vaka	
	n	S	%	n	S	%	S	%
Cinsiyet								
Erkek	723	16	2,2	707	12	1,7	28	42,9
Kadın	686	7	1,0	679	1	0,1	8	12,5
Toplam	1409	23	1,6	1386	13	0,9	36	36,1
p		0,08			0,003			
Yaş								
≤40	699	3	0,4	696	5	0,7	8	62,5
≥41	708	20	2,8	688	8	1,2	28	28,6
Toplam	1407	23	1,6	1384	13	0,9	36	36,1
p		<0,001			0,39			
Medeni durum								
Evlilik yaşamı olan	1075	20	1,9	1055	12	1,1	32	37,5
Evlilik yaşamı olmayan	321	3	0,9	318	1	0,3	4	25,0
Toplam	1396	23	1,6	1373	13	0,9	36	36,1
p		0,25			0,18			
Kadro ünvanı								
Akademik	496	7	1,4	488	2	0,4	9	22,2
İdari	913	16	1,8	898	11	1,2	27	40,7
Toplam	1409	23	1,6	1386	13	0,9	36	36,1
p		0,63			0,13			

¹Eski tanılar; kişilerin tarama sırasında önceden var olan hastalıkları, yeni tanılar; sağlık tarama sonuçlarına göre konulan yeni tanılardır.

Hacettepe Üniversitesinde 2005-2009 yılları arasında sağlık taramasına katılan kadrolu personelin, %1,6'sında Diabetes Mellitus tanısı olduğu saptanmış, %0,9'unda da Diabetes Mellitus tanısı konulmuştur (Tablo 4.37).

Sağlık taramasına katılan kadın personelde %0,1, erkek personelde ise %1,7 Diabetes Mellitus tanısı konulmuştur (p<0,05) (Tablo 4.37).

Taranan 40 yaş ve altı personelde %0,4, 41 yaş ve üzerindeki personelde ise %2,8 Diabetes Mellitus vakaları beyan edilmiştir (p<0,05) (Tablo 4.37).

Taramaya katılan personelde Diabetes Mellitus tanısında taramanın yararı %36,1 iken, kadınlarda %12,5, erkeklerde %42,9 olarak saptanmıştır (Tablo 4.37).

Tablo 4.38’de H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesine dâhil edilen kişilerin bazı sosyo-demografik özelliklere göre eski¹ ve yeni tanı alan Obezite vakalarının dağılımı ve Obezite açısından taramanın yararı değerlendirilmiştir.

Tablo 4.38. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesine Dâhil Edilen Kişilerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Eski¹ ve Yeni Tanı Alan Obezite Vakalarının Dağılımı ve Taramanın Yararının Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

Obezite	Eski Vaka			Yeni Vaka			Toplam Yarar Vaka	
	n	S	%	n	S	%	S	%
Cinsiyet								
Erkek	723	10	1,4	714	69	9,7	79	87,3
Kadın	686	1	0,1	684	24	3,5	25	96,0
Toplam	1409	11	0,8	1398	93	6,7	104	89,4
p	0,008			<0,001				
Yaş								
≤40	699	6	0,9	692	13	1,9	19	68,4
≥41	708	5	0,7	704	80	11,4	85	94,1
Toplam	1407	11	0,8	1396	93	6,7	104	89,4
p	0,75			<0,001				
Medeni durum								
Evlilik yaşamı olan	1075	9	0,8	1067	89	8,3	98	90,8
Evlilik yaşamı olmayan	321	2	0,6	318	4	1,3	6	66,6
Toplam	1396	11	0,8	1385	93	6,7	104	89,4
p	0,70			<0,001				
Kadro ünvanı								
Akademik	496	3	0,6	492	19	3,9	22	86,4
İdari	913	8	0,9	906	74	8,2	82	90,2
Toplam	1409	11	0,8	1398	93	6,7	104	89,4
p	0,58			0,002				

¹ Eski tanılar; kişilerin tarama sırasında önceden var olan hastalıkları, yeni tanılar; sağlık tarama sonuçlarına göre konulan yeni tanılardır.

Hacettepe Üniversitesinde 2005-2009 yılları arasında sağlık taramasına katılan kadrolu personelin %0,8'inde obezite tanısı olduğu bulunmuş, %6,7'sine de obezite tanısı konulmuştur (Tablo 4.38).

Sağlık taramasına katılan kadın personelde %0,1, erkek personelde ise %1,4 obezite beyan edilmiştir (p<0,05) (Tablo 4.38). Tarama sırasında obezite ise kadın personelde %3,5, erkek personelde ise %9,7 saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 4.38).

Taramaya katılan 40 yaş ve altındaki personelin %1,9'una, 41 yaş ve üzerindeki personelin ise %11,4'üne obezite tanısı konulmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.38).

Evlilik yaşamı olan personelin %8,3'ünde, evlilik yaşamı olmayan personelin ise %1,3'ünde obezite tanısı konulmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.38).

Taranan akademik personelin %3,9'unda, idari personelin ise %8,2'sinde obezite vakaları saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.38).

Taramaya katılan personelde obezite açısından taramanın yararı %89,4 iken, kadında %96,0, erkekte %87,3 olarak saptanmıştır (Tablo 4.38). 40 yaş ve altında taramanın yararı %68,4, 41 yaş ve üzerinde %94,1 olarak saptanmıştır (Tablo 4.38). Evlilik yaşamı olan personelde taramanın yararı %90,8, evlilik yaşamı olmayan personelde yarar %66,6 olarak saptanmıştır (Tablo 4.38). Akademik personelde taramanın yararı %86,4 iken, idari personelde %90,2'dir (Tablo 4.38).

Tablo 4.39'da H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesine dâhil edilen kişilerin bazı sosyo-demografik özelliklere göre eski¹ ve yeni tanı alan metabolik bozukluklar vakalarının dağılımı ve metabolik bozukluklar açısından taramanın yararı değerlendirilmiştir.

Tablo 4.39. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesine Dâhil Edilen Kişilerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Eski¹ ve Yeni Tanı Alan Metabolik Bozukluklar Vakalarının Dağılımı ve Taramanın Yararının Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

Metabolik Bozukluklar	Eski Vaka			Yeni Vaka			Toplam Yarar Vaka	
	n	S	%	n	S	%	S	%
Cinsiyet								
Erkek	723	49	6,8	675	220	32,6	269	81,8
Kadın	686	30	4,4	655	109	16,6	139	78,4
Toplam	1409	79	5,6	1330	329	24,7	408	80,6
p		0,049			<0,001			
Yaş								
≤40	699	10	1,4	686	101	14,7	111	91,0
≥41	708	69	9,7	643	227	35,3	296	76,7
Toplam	1407	79	5,6	1329	328	24,7	407	80,6
p		<0,001			<0,001			
Medeni durum								
Evlilik yaşamı olan	1075	73	6,8	1009	272	27,0	345	78,8
Evlilik yaşamı olmayan	321	6	1,9	309	54	17,5	60	90,0
Toplam	1396	79	5,7	1318	326	24,7	405	80,5
p		<0,001			<0,001			
Kadro ünvanı								
Akademik	496	33	6,7	461	120	26,0	153	78,4
İdari	913	46	5,0	869	209	24,1	255	82,0
Toplam	1409	79	5,6	1330	329	24,7	408	80,6
p		0,21			0,43			

¹ Eski tanılar; kişilerin tarama sırasında önceden var olan hastalıkları, yeni tanılar; sağlık tarama sonuçlarına göre konulan yeni tanılardır.

Hacettepe Üniversitesinde 2005-2009 yılları arasında sağlık taramasına katılan kadrolu personelin %5,6'sında metabolik bozukluklar tanısı olduğu saptanmış, %24,7'sinde de metabolik bozukluklar tanısı konulmuştur (Tablo 4.39).

Sağlık taramasına katılan kadın personelde %4,4, erkek personelde ise %6,8 metabolik bozukluklar olduğu beyan edilmiştir (p<0,05) (Tablo 4.39). Tarama

sırasında yeni metabolik bozukluklar vakaları kadın personelde %16,6, erkek personelde ise %32,6 saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.39).

Taramaya katılan 40 yaş ve altındaki personelde %1,4, 41 yaş ve üzerindeki personelde ise %9,7 metabolik bozukluk vakaları beyan edilmiştir. Tarama sırasında 40 yaş ve altındaki personelde %14,7, 41 yaş ve üzerindeki personelde ise %35,3 metabolik bozukluklar tanısı konulmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.39).

Evlilik yaşamı olan personelde beyan edilen metabolik bozukluklar %6,8, evlilik yaşamı olmayan personelde ise %1,9'dur ($p<0,05$) (Tablo 4.39). Tarama sırasında metabolik bozukluklar yeni vakaları evlilik yaşamı olan personelde %27,0, evlilik yaşamı olmayan personelde %17,5'dir ($p<0,05$) (Tablo 4.39).

Taramaya katılan personelde metabolik bozukluklar açısından taramanın yararı %80,6 iken, kadında %78,4 , erkekte %81,8 olarak saptanmıştır (Tablo 4. 39). 40 yaş ve altında taramanın yararı %91,0, 41 yaş ve üzerinde %76,7 olarak saptanmıştır (Tablo 4. 39). Evlilik yaşamı olan personelde taramanın yararı %78,8 iken, evlilik yaşamı olmayan personelde yarar %90,0 olarak saptanmıştır (Tablo 4. 39).

Tablo 4.40'da H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesine dâhil edilen kişilerin bazı sosyo-demografik özelliklere göre eski¹ ve yeni tanı alan Lipoprotein Metabolizması Bozuklukları ve Diğer Lipidemiler vakalarının dağılımı ve Lipoprotein Metabolizması Bozuklukları ve Diğer Lipidemiler açısından taramanın yararı değerlendirilmiştir.

Tablo 4.40. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesine Dâhil Edilen Kişilerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Eski¹ ve Yeni Tanı Alan Lipoprotein Metabolizması Bozuklukları ve Diğer Lipidemiler Vakalarının Dağılımı ve Taramanın Yararının Değerlendirilmesi

Lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler	Eski Vaka			Yeni Vaka			Toplam Yarar Vaka	
	n	S	%	n	S	%	S	%
Cinsiyet								
Erkek	723	46	6,4	680	219	32,2	265	82,6
Kadın	686	29	4,2	654	106	16,2	135	78,5
Toplam	1409	75	5,3	1334	325	24,4	400	81,3
p	0,07			<0,001				
Yaş								
≤40	699	9	1,3	686	99	14,4	108	91,6
≥41	708	66	9,3	645	225	34,9	291	77,3
Toplam	1407	75	5,3	1331	324	24,3	399	81,2
p	<0,001			<0,001				
Medeni durum								
Evlilik yaşamı olan	1075	69	6,4	1013	269	26,6	338	79,6
Evlilik yaşamı olmayan	321	6	1,9	307	53	17,3	59	89,8
Toplam	1396	75	5,4	1320	322	24,4	397	81,1
p	0,002			0,001				
Kadro ünvanı								
Akademik	496	33	6,7	462	120	26,0	153	78,4
İdari	913	42	4,6	872	205	23,5	247	82,9
Toplam	1409	75	5,3	1334	325	24,4	400	81,3
p	0,10			0,32				

¹Eski tanılar; kişilerin tarama sırasında önceden var olan hastalıkları, yeni tanılar; sağlık tarama sonuçlarına göre konulan yeni tanılardır.

Hacettepe Üniversitesinde 2005-2009 yılları arasında sağlık taramasına katılan kadrolu personelin %5,3'ünde lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler tanısı olduğu bulunmuş, %24,4'ünde de lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler tanısı konulmuştur (Tablo 4.40).

Sağlık taramasına katılan kadrolu kadın personelde yeni lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler vakaları %16,2, erkek personelde %32,2 olarak saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.40).

Taramaya katılan 40 yaş ve altındaki personelin %1,3'ünde, 41 yaş ve üzerindeki personelin ise %9,3'ünde lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler vakaları beyan edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.40). Tarama sırasında 40 yaş ve altındaki personelin %14,4'üne, 41 yaş ve üzerindeki personelin %34,9'una lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler tanısı konulmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.40).

Evlilik yaşamı olan personelde beyan edilen lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler %6,4, evlilik yaşamı olmayan personelde %1,9 olmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.40). Tarama sırasında evlilik yaşamı olan personelin %26,6'sına, evlilik yaşamı olmayan personelin %17,3'üne lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler tanısı konulmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.40).

Taramaya katılan personelde lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler açısından taramanın yararı %81,3 iken, kadında %78,5, erkekte %82,6 olarak saptanmıştır (Tablo 4. 40). 40 yaş ve altında taramanın yararı %91,6, 41 yaş ve üzerinde %77,3 olarak saptanmıştır (Tablo 4. 40). Evlilik yaşamı olan personelde taramanın yararı %79,6 iken, evlilik yaşamı olmayan personelde yarar %89,8 olarak saptanmıştır (Tablo 4. 40).

Tablo 4.41'de H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesine dâhil edilen kişilerin bazı sosyo-demografik özelliklere göre eski¹ ve yeni tanı alan Hipertansif Hastalıklar vakalarının dağılımı ve Hipertansif Hastalıklar açısından taramanın yararı değerlendirilmiştir.

Tablo 4.41. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesine Dâhil Edilen Kişilerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Eski¹ ve Yeni Tanı Alan Hipertansif Hastalıklar Dağılımı ve Taramanın Yararının Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

Hipertansif Hastalıklar	Eski Vaka			Yeni Vaka			Toplam Yarar	
	n	S	%	n	S	%	S	%
Cinsiyet								
Erkek	723	57	7,9	666	30	4,5	87	34,5
Kadın	686	54	7,9	632	8	1,3	62	12,9
Toplam	1409	111	7,9	1298	38	2,9	149	25,5
p		0,99			<0,001			
Yaş								
≤40	699	18	2,6	681	5	0,7	23	21,7
≥41	708	93	13,1	615	33	5,4	126	26,2
Toplam	1407	111	7,9	1296	38	2,9	149	25,5
p		<0,001			<0,001			
Medeni durum								
Evlilik yaşamı olan	1075	95	8,8	981	34	3,5	129	26,4
Evlilik yaşamı olmayan	321	16	5,0	304	4	1,3	20	20,0
Toplam	1396	111	8,0	1285	38	3,0	149	25,5
p		0,025			0,053			
Kadro ünvanı								
Akademik	496	50	10,1	445	12	2,7	62	19,4
İdari	913	61	6,7	853	26	3,0	87	29,8
Toplam	1409	111	7,9	1298	38	2,9	149	25,5
p		0,024			0,72			

¹ Eski tanılar; kişilerin tarama sırasında önceden var olan hastalıkları, yeni tanılar; sağlık tarama sonuçlarına göre konulan yeni tanılardır.

Hacettepe Üniversitesinde 2005-2009 yılları arasında sağlık taramasına katılan kadrolu personelin %7,9'unda hipertansif hastalıklar tanısı olduğu bulunmuş, %2,9'unda da hipertansif hastalıklar tanısı konulmuştur (Tablo 4.41).

Sağlık taramasına katılan kadrolu kadın personelde %1,3, erkek personelde %4,5 hipertansif hastalıklar tanısı konulmuştur (p<0,05) (Tablo 4.41).

Taramaya katılan 40 yaş ve altındaki personelin %2,6'sında, 41 yaş ve üzerindeki personelin ise %13,1'inde hipertansif hastalıklar beyan edilmiştir

($p<0,05$) (Tablo 4. 41). Tarama sırasında hipertansif hastalıklar yani vakaları, 40 yaş ve altındaki personelin %0,7'sinde, 41 yaş ve üzerindeki personelin %5,4'ünde saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4. 41).

Evlilik yaşamı olan personelde hipertansif hastalıklar tanısının %8,8 olduğu, evlilik yaşamı olmayan personelde ise %5,0 olduğu beyan edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.41).

Sağlık taramasına katılan akademik personelin %10,1'inde, idari personelin ise %6,7'sinde hipertansif hastalıklar beyan edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.41).

Taramaya katılan personelde hipertansif hastalıklarda taramanın yararı %25,5 bulunmuş, kadında %12,9, erkekte %34,5 olarak saptanmıştır (Tablo 4. 41). 40 yaş ve altında taramanın yararı %21,7, 41 yaş ve üzerinde %26,2 olarak saptanmıştır (Tablo 4. 41).

Tablo 4.42'de H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesine dâhil edilen kişilerin bazı sosyo-demografik özelliklere göre eski¹ ve yeni tanı alan İskemik Kalp Hastalıkları vakalarının dağılımı ve İskemik Kalp Hastalıkları açısından taramanın yararı değerlendirilmiştir.

Tablo 4.42. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesine Dâhil Edilen Kişilerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Eski¹ ve Yeni Tanı Alan İskemik Kalp Hastalıkları Dağılımı ve Taramanın Yararının Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

İskemik kalp hastalıkları	Eski Vaka			Yeni Vaka			Toplam Yarar Vaka	
	n	S	%	n	S	%	S	%
Cinsiyet								
Erkek	723	24	3,3	699	49	7,0	73	67,1
Kadın	686	5	0,7	681	19	2,8	24	79,2
Toplam	1409	29	2,1	1380	68	4,9	97	70,1
p	<0,001			<0,001				
Yaş								
≤40	699	7	1,0	692	11	1,6	18	61,1
≥41	708	22	3,1	686	57	8,3	79	72,2
Toplam	1407	29	2,1	1378	68	4,9	97	70,1
p	0,005			<0,001				
Medeni durum								
Evlilik yaşamı olan	1075	27	2,5	1048	60	5,7	87	68,9
Evlilik yaşamı olmayan	321	2	0,6	319	7	2,2	9	77,7
Toplam	1396	29	2,1	1367	67	4,9	96	69,1
p	0,037			0,01				
Kadro ünvanı								
Akademik	496	10	2,0	486	21	4,3	31	67,7
İdari	913	19	2,1	894	47	5,3	66	71,2
Toplam	1409	29	2,1	1380	68	4,9	97	70,1
p	0,94			0,44				

¹Eski tanılar; kişilerin tarama sırasında önceden var olan hastalıkları, yeni tanılar; sağlık tarama sonuçlarına göre konulan yeni tanılardır.

Hacettepe Üniversitesinde 2005-2009 yılları arasında sağlık taramasına katılan kadrolu personelin %2,1'inde iskemik kalp hastalıkları tanısı olduğu bulunmuş, %4,9'unda da iskemik kalp hastalıkları tanısı konulmuştur (Tablo 4.42).

Sağlık taramasına katılan kadın personelin %0,7'sinde, erkek personelin ise %3,3'ünde iskemik kalp hastalıkları beyan edilmiştir (p<0,05) (Tablo 4.42). Tarama

sırasında iskemik kalp hastalıkları yeni vakaları kadın personelin %7,0'ında, erkek personelin de %2,8'inde saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 4.42).

Taramaya katılan 40 yaş ve altındaki personelde %1,0, 41 yaş ve üzerindeki personelde ise %3,1 iskemik kalp hastalıkları beyan edilmiştir (p<0,05) (Tablo 4. 42). Tarama sırasında iskemik kalp hastalıkları yeni vakaları ise, 40 yaş ve altındaki personelin %1,6'sında, 41 yaş ve üzerindeki personelin %8,3'ünde saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 4. 42).

Sağlık taramasına katılan ve evlilik yaşamı olan personelde %2,5, evlilik yaşamı olmayan personelde %0,6 iskemik kalp hastalıkları tanısı olduğu beyan edilmiştir (p<0,05) (Tablo 4.42). Taramada iskemik kalp hastalıkları, evlilik yaşamı olan personelde %5,7, evlilik yaşamı olmayan personelde %2,2 olarak saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 4.42).

Taramaya katılan personelde iskemik kalp hastalıkları açısından taramanın yararı %70,1 iken, kadında %67,1, erkekte %79,2 olarak saptanmıştır (Tablo 4. 42). 40 yaş ve altında taramanın yararı %61,1, 41 yaş ve üzerinde %72,2 olarak saptanmıştır (Tablo 4. 42). Evlilik yaşamı olan personelde taramanın yararı %68,9 iken, evlilik yaşamı olmayan personelde yarar %77,7 olarak saptanmıştır (Tablo 4. 42).

Tablo 4.43'de H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesine dâhil edilen kişilerin bazı sosyo-demografik özelliklere göre eski¹ ve yeni tanı alan Atriyoventriküler ve sol dalcık bloğu vakalarının dağılımı ve Atriyoventriküler ve sol dalcık bloğu açısından taramanın yararı değerlendirilmiştir.

Tablo 4.43. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesine Dâhil Edilen Kişilerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Eski¹ ve Yeni Tanı Alan Atriyoventriküler ve Sol Dalcık Bloğu Vakalarının Dağılımı ve Taramanın Yararının Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

Atriyoventriküler ve sol dalcık bloğu	Eski Vaka			Yeni Vaka			Toplam	Yarar
	n	S	%	n	S	%	S	%
Cinsiyet								
Erkek	723	3	0,4	720	15	2,1	18	83,3
Kadın	686	5	0,7	681	8	1,2	13	61,5
Toplam	1409	8	0,6	1401	23	1,6	31	74,2
p		0,43			0,18			
Yaş								
≤40	699	2	0,3	697	19	2,7	21	90,5
≥41	708	6	0,8	702	4	0,6	10	40,0
Toplam	1407	8	0,6	1399	23	1,6	31	74,2
p		0,16			0,002			
Medeni durum								
Evlilik yaşamı olan	1075	7	0,7	1069	13	1,2	20	65,0
Evlilik yaşamı olmayan	321	1	0,3	319	9	2,8	10	90,0
Toplam	1396	8	0,6	1388	22	1,6	30	73,3
p		0,47			0,044			
Kadro ünvanı								
Akademik	496	4	0,8	491	8	1,6	12	66,6
İdari	913	4	0,4	910	15	1,6	19	78,9
Toplam	1409	8	0,6	1401	23	1,6	31	74,2
p		0,38			0,98			

¹Eski tanılar; kişilerin tarama sırasında önceden var olan hastalıkları, yeni tanılar; sağlık tarama sonuçlarına göre konulan yeni tanılardır.

Hacettepe Üniversitesinde 2005-2009 yılları arasında sağlık taramasına katılan kadrolu personelin %0,6'sında atriyoventriküler ve sol dalcık bloğu tanısı olduğu bulunmuş, %1,6'sında da atriyoventriküler ve sol dalcık bloğu tanısı konulmuştur (Tablo 4.43).

Taramaya katılan 40 yaş ve altındaki personelin %2,7'sinde, 41 yaş ve üzerindeki personelin ise %0,6'sında yeni atriyoventriküler ve sol dalcık bloğu vakası saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 4. 43).

Sağlık taramasına katılan ve evlilik yaşamı olan personelin %1,2'sine, evlilik yaşamı olmayan personelin %2,8'ine atriyoventriküler ve sol dalcık bloğu tanısı konulmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.43).

Taramaya katılan 40 yaş ve altındaki personelde atriyoventriküler ve sol dalcık bloğu açısından taramanın yararı %90,5, 41 yaş ve üzerinde %40,0 olarak saptanmıştır (Tablo 4. 43). Evlilik yaşamı olan personelde taramanın yararı %65,0, evlilik yaşamı olmayan personelde %90,0 olarak saptanmıştır (Tablo 4. 43).

Tablo 4.44'de H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesine dâhil edilen kişilerin bazı sosyo-demografik özelliklere göre eski¹ ve yeni tanı alan Karaciğer Hastalıkları vakalarının dağılımı ve Karaciğer Hastalıkları açısından taramanın yararı değerlendirilmiştir.

Tablo 4.44. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesine Dâhil Edilen Kişilerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Eski¹ ve Yeni Tanı Alan Karaciğer Hastalıkları Vakalarının Dağılımı ve Taramanın Yararının Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

Karaciğer hastalıkları	Eski Vaka			Yeni Vaka			Toplam	Yarar
	n	S	%	n	S	%	S	%
Cinsiyet								
Erkek	723	8	1,1	716	38	5,3	46	82,6
Kadın	686	3	0,4	682	6	0,9	9	66,6
Toplam	1409	11	0,8	1398	44	3,1	55	80,0
p		0,15			<0,001			
Yaş								
≤40	699	4	0,6	695	13	1,9	17	76,4
≥41	708	7	1,0	701	31	4,4	38	81,6
Toplam	1407	11	0,8	1396	44	3,2	55	80,0
p		0,38			0,006			
Medeni durum								
Evlilik yaşamı olan	1075	8	0,7	1068	38	3,6	46	82,6
Evlilik yaşamı olmayan	321	3	0,9	317	6	1,9	9	66,6
Toplam	1396	11	0,8	1385	44	3,2	55	80,0
p		0,74			0,14			
Kadro ünvanı								
Akademik	496	5	1,0	490	9	1,8	14	64,3
İdari	913	6	0,7	908	35	3,9	41	85,4
Toplam	1409	11	0,8	1398	44	3,1	55	80,0
p		0,48			0,04			

¹Eski tanılar; kişilerin tarama sırasında önceden var olan hastalıkları, yeni tanılar; sağlık tarama sonuçlarına göre konulan yeni tanılardır.

Hacettepe Üniversitesinde 2005-2009 yılları arasında sağlık taramasına katılan kadrolu personelin %0,8'inde karaciğer hastalıkları tanısı olduğu bulunmuş, %3,1'inde karaciğer hastalıkları tanısı konulmuştur (Tablo 4.44).

Sağlık taramasına katılan kadın personelin %0,9'unda, erkek personelin ise %5,3'ünde yeni karaciğer hastalıkları saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 4.44).

Taramaya katılan 40 yaş ve altındaki personelde %1,9, 41 yaş ve üzerindeki personelin ise %4,4 karaciğer hastalıkları tanısı konulmuştur (p<0,05) (Tablo 4. 44).

Sağlık taramasına katılan akademik personelin %1,8'inde, idari personelin ise %3,9'unda yeni karaciğer hastalıkları vakaları saptanmıştır ($p < 0,05$) (Tablo 4. 44).

Taramaya katılan personelde karaciğer hastalıkları tanısında taramanın yararı %80,0 iken, kadında %66,6, erkekte %82,6 olarak bulunmuştur (Tablo 4. 44). 40 yaş ve altında taramanın yararı %76,4, 41 yaş ve üzerinde %81,6 olarak saptanmıştır (Tablo 4. 44). Akademik personelde taramanın yararı %64,3 iken, idari personelde %85,4 bulunmuştur (Tablo 4. 44).

Tablo 4.45'de H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesine dâhil edilen kişilerin bazı sosyo-demografik özelliklere göre eski¹ ve yeni tanı alan Osteoporoz vakalarının dağılımı ve Osteoporoz açısından taramanın yararı değerlendirilmiştir.

Tablo 4.45. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesine Dâhil Edilen Kişilerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Eski¹ ve Yeni Tanı Alan Osteoporoz Vakalarının Dağılımı ve Taramanın Yararının Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

Osteoporoz	Eski Vaka			Yeni Vaka			Toplam Yarar Vaka	
	n	S	%	n	S	%	S	%
Cinsiyet								
Erkek	723	2	0,3	719	1	0,1	3	33,3
Kadın	686	43	6,3	645	65	10,1	108	60,2
Toplam	1409	45	3,2	1364	66	4,8	111	59,5
p	<0,001			<0,001				
Yaş								
≤40	699	5	0,7	695	27	3,9	32	84,4
≥41	708	40	5,6	667	39	5,8	79	49,4
Toplam	1407	45	3,2	1362	66	4,8	111	59,5
p	<0,001			0,06				
Medeni durum								
Evlilik yaşamı olan	1075	29	2,7	1045	44	4,2	73	60,3
Evlilik yaşamı olmayan	321	15	4,7	307	22	7,2	37	59,4
Toplam	1396	44	3,2	1352	66	4,9	110	60,0
p	0,08			0,04				
Kadro ünvanı								
Akademik	496	17	5,6	468	33	7,1	50	66,0
İdari	913	27	1,9	896	33	3,7	60	55,0
Toplam	1409	44	3,2	1364	66	4,8	110	60,0
p	<0,001			0,006				

¹Eski tanılar; kişilerin tarama sırasında önceden var olan hastalıkları, yeni tanılar; sağlık tarama sonuçlarına göre konulan yeni tanılardır.

Hacettepe Üniversitesinde 2005-2009 yılları arasında sağlık taramasına katılan kadrolu personelin %3,2'sinde osteoporoz tanısı olduğu bulunmuş, %4,8'inde de osteoporoz tanısı konulmuştur (Tablo 4.45).

Sağlık taramasına katılan kadın personelde %6,3, erkek personelde ise %0,3 osteoporoz olduğu beyan edilmiştir (p<0,05) (Tablo 4.45). Tarama sırasında osteoporoz yeni vakaları kadın personelin %10,1'inde, erkek personelin de %0,1'inde saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 4.45).

Taramaya katılan 40 yaş ve altındaki personelin %0,7'sinde, 41 yaş ve üzerindeki personelin ise %5,6'sında osteoporoz beyan edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.45).

Sağlık taramasına katılan ve evlilik yaşamı olan personelde %4,2, evlilik yaşamı olmayan personelde %7,2 osteoporoz tanısı konulmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.45).

Taramaya katılan akademik personelin %5,6'sında, idari personelin ise %1,9'unda osteoporoz beyan edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.45). Taranan akademik personelin %7,1'inde, idari personelin de %3,7'sinde yeni osteoporoz vakaları saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.45).

Taramaya katılan personelde osteoporoz açısından taramanın yararı %59,5 iken, kadında %60,2, erkekte %33,3 olarak saptanmıştır (Tablo 4.45). Evlilik yaşamı olan personelde taramanın yararı %60,3 iken, evlilik yaşamı olmayan personelde yarar %59,4 olarak saptanmıştır (Tablo 4.45). Akademik personelde taramanın yararı %66,0 iken, idari personelde %55,0'dır (Tablo 4.45).

Tablo 4.46'da H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesine dâhil edilen kişilerin bazı sosyo-demografik özelliklere göre eski¹ ve yeni tanı alan Üriner Sistemin Diğer Hastalıkları vakalarının dağılımı Üriner Sistemin Diğer Hastalıkları açısından taramanın yararı değerlendirilmiştir.

Tablo 4.46. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesine Dâhil Edilen Kişilerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Eski¹ ve Yeni Tanı Alan Üriner Sistemin Diğer Hastalıkları Vakalarının Dağılımı ve Taramanın Yararının Değerlendirilmesi (Ocak 2005-Mayıs 2009, Ankara).

Üriner sistemin diğer hastalıkları	Eski Vaka			Yeni Vaka			Toplam Yarar Vaka	
	n	S	%	n	S	%	S	%
Cinsiyet								
Erkek	723	1	0,1	722	15	2,1	16	93,8
Kadın	686	2	0,3	684	82	12,0	84	97,6
Toplam	1409	3	0,2	1406	97	6,9	100	97,0
p		0,53			<0,001			
Yaş								
≤40	699	-	-	699	54	7,7	54	100,0
≥41	708	3	0,4	705	42	6,0	45	93,3
Toplam	1407	3	0,2	1404	96	6,8	99	97,0
p		0,09			0,18			
Medeni durum								
Evlilik yaşamı olan	1075	2	0,2	1073	58	5,4	60	96,7
Evlilik yaşamı olmayan	321	1	0,3	320	38	11,9	39	97,4
Toplam	1396	3	0,2	1393	96	6,9	99	97,0
p		0,67			<0,001			
Kadro ünvanı								
Akademik	496	1	0,2	494	45	9,1	46	97,8
İdari	913	2	0,2	912	52	5,7	54	96,3
Toplam	1409	3	0,2	1406	97	6,9	100	97,0
p		0,95			0,02			

¹ Eski tanılar; kişilerin tarama sırasında önceden var olan hastalıkları, yeni tanılar; sağlık tarama sonuçlarına göre konulan yeni tanılardır.

Hacettepe Üniversitesinde 2005-2009 yılları arasında sağlık taramasına katılan kadrolu personelin %0,2'sinde üriner sistemin diğer hastalıkları olduğu bulunmuş, %6,9'un da üriner sistemin diğer hastalıkları tanısı konulmuştur (Tablo 4.46).

Sağlık taramasına katılan kadın personelde %12,0, erkek personelde ise %2,1 üriner sistemin diğer hastalıkları yeni vakaları saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 4.46).

Taranan personelin evlilik yaşamı olanlarının %5,4'ünde, evlilik yaşamı olmayanların %11,9'unda üriner sistemin diğer hastalıkları tanısı konulmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.46).

Sağlık taramasına katılan akademik personelin %9,1'inde, idari personelin ise %5,7'sinde üriner sistemin diğer hastalıkları tanısı konulmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.46).

Taramaya katılan personelde üriner sistemin diğer hastalıkları açısından taramanın yararı %97,0 iken, kadında %97,6, erkekte %93,8 olarak saptanmıştır (Tablo 4. 46). Evlilik yaşamı olan personelde taramanın yararı %97,7 iken, evlilik yaşamı olmayan personelde yarar %97,4 olarak saptanmıştır (Tablo 4. 46). Akademik personelde taramanın yararı %97,8 iken, idari personelde %96,3'dür (Tablo 4. 46).

4.10. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesinde Personelin Beyan Ettiği ve Hekim Tarafından Tanısı Konulan Vakaların Bazı Sosyo Demografik Özelliklere Göre Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizleri

Tablo 4.47'de Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesinde personelin beyan ettiği ve hekim tarafından tanısı konulan nutrisyonel anemi vakalarının bazı sosyo demografik özelliklere göre çok değişkenli lojistik regresyon analizi değerlendirilmiştir.

Tablo 4.47. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesinde Personelin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Eski¹ ve Yeni² Tanı Nutrisyonel Anemi Vakalarının Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları

Nutrisyonel anemi¹	Odds Ratio	%95 Güven Aralığı	p
Cinsiyet			
Erkek*	10,42	3,53-30,78	<0,001
Kadın			
Medeni Durum			
Evlilik yaşamı olan*	0,93	0,47-1,91	0,85
Evlilik yaşamı olmayan			
Kadro durumu			
Akademik*	1,18	0,61-2,31	0,62
İdari			
Yaş			
≤40*	1,21	0,63-2,35	0,57
≥41			
Nutrisyonel anemi²	Odds Ratio	%95 Güven Aralığı	p
Cinsiyet			
Erkek*	Programdan	-	0,99
Kadın	hesaplanamamıştır.		
Medeni Durum			
Evlilik yaşamı olan*	0,96	0,51-1,80	0,89
Evlilik yaşamı olmayan			
Kadro durumu			
Akademik*	2,30	1,22-4,36	0,01
İdari			
Yaş			
≤40*	0,79	0,42-1,49	0,47
≥41			

¹ Eski tanılar; kişilerin önceden var olan ve beyan edilen hastalıklarını içermektedir.

² Yeni tanılar; önceden hastalığı olmayıp sağlık tarama sonuçlarına göre konulan tanılardır.

³ Referans grup "*" ile gösterilmiştir.

Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesinde personelin nutrisyonel anemi tanısını beyan etme durumu ile bazı sosyodemografik değişkenlerin arasındaki ilişki çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Diğer sosyodemografik değişkenler için düzeltme yapıldıktan sonra sadece cinsiyet beyan edilen nutrisyonel anemi tanısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.47).

Taramaya katılan personelin beyan ettiği tanılardan nutrisyonel anemi olan grupta nutrisyonel anemi olmayan gruba göre erkek cinsiyet kadın cinsiyetten 10,42 kat daha yüksek olasılıkta bulunmuştur ($p<0,05$) (%95 GA 3,53-30,78) (Tablo 4.47).

Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesinde nutrisyonel anemi tanısı konulma durumu ile bazı sosyodemografik değişkenlerin arasındaki ilişki çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Diğer sosyodemografik değişkenler için düzeltme yapıldıktan sonra sadece kadro durumu nutrisyonel anemi açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.47).

Taramaya katılan personelin nutrisyonel anemi tanısı konulan grubunda nutrisyonel anemi tanısı konulmayan grubuna göre idari personel, akademik personelden 2,30 kat yüksek olasılıkta saptanmıştır ($p<0,05$) (%95 GA 1,22-4,36) (Tablo 4.50).

Tablo 4.48’de Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesinde personelin beyan ettiği ve hekim tarafından tanısı konulan tiroid bezi bozuklukları vakalarının bazı sosyo demografik özelliklere göre çok değişkenli lojistik regresyon analizi değerlendirilmiştir.

Tablo 4.48. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesinde Personelin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Eski¹ ve Yeni² Tanı Tiroid Bezi Bozuklukları Vakalarının Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları

Tiroid bezi bozuklukları¹	Odds Ratio	%95 Güven Aralığı	p
Cinsiyet			
Erkek*	7,31	4,19-12,73	<0,001
Kadın			
Medeni Durum			
Evlilik yaşamı olan*	0,70	0,43-1,13	0,14
Evlilik yaşamı olmayan			
Kadro durumu			
Akademik*	1,13	0,74-1,73	0,58
İdari			
Yaş			
≤40*	1,74	1,14-2,63	0,01
≥41			
Tiroid bezi bozuklukları²	Odds Ratio	%95 Güven Aralığı	p
Cinsiyet			
Erkek*	2,37	1,27-4,43	0,007
Kadın			
Medeni Durum			
Evlilik yaşamı olan*	0,61	0,30-1,24	0,17
Evlilik yaşamı olmayan			
Kadro durumu			
Akademik*	0,66	0,37-1,18	0,17
İdari			
Yaş			
≤40*	1,24	0,70-2,17	0,45
≥41			

¹ Eski tanılar; kişilerin tarama sırasında önceden var olan hastalıklarını içermektedir.

² Yeni tanılar; önceden hastalığı olmayıp sağlık tarama sonuçlarına göre konulan tanılardır.

³ Referans grup "*" ile gösterilmiştir.

Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesinde personelin tiroid bezi bozuklukları tanısını beyan etme durumu ile bazı sosyodemografik değişkenlerin arasındaki ilişki çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Diğer sosyodemografik değişkenler için düzeltme yapıldıktan sonra cinsiyet ve yaş tiroid bezi bozuklukları açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.48).

Taramaya katılan personelin beyan ettiği tanılarında tiroid bezi bozuklukları olan grupta tiroid bezi bozuklukları olmayan gruba göre kadın cinsiyet erkek cinsiyetten 7,31 kat yüksek olasılıkta saptanmıştır ($p<0,05$) (%95 GA 4,19-12,73) (Tablo 4.48).

Taramaya katılan personelin beyan ettiği tanılarında tiroid bezi bozuklukları olan grupta, tiroid bezi bozuklukları olmayan gruba göre 41 yaş ve üzerindeki personel 40 yaş ve altındaki personelden 1,74 kat yüksek olasılıkta bulunmuştur ($p<0,05$) (%95 GA 1,14-2,63) (Tablo 4.48).

Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesinde personelin tiroid bezi bozuklukları tanısı konulma durumu ile bazı sosyodemografik değişkenlerin arasındaki ilişki çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Diğer sosyodemografik değişkenler için düzeltme yapıldıktan sonra sadece cinsiyet tiroid bezi bozuklukları açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.48).

Taramaya katılan personelin tiroid bezi bozuklukları tanısı konulan grubunda tiroid bezi bozuklukları tanısı konulmayan grubuna göre, kadın cinsiyet erkek cinsiyetten 2,37 kat yüksek olasılıkta saptanmıştır ($p<0,05$) (%95 GA 1,27-4,43) (Tablo 4.48).

Tablo 4.49'da Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesinde personelin beyan ettiği ve hekim tarafından tanısı konulan Diabetes Mellitus vakalarının bazı sosyo demografik özelliklere göre çok değişkenli lojistik regresyon analizi değerlendirilmiştir.

Tablo 4.49. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesinde Personelin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Eski¹ ve Yeni² Tanı Diabetes Mellitus Vakalarının Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları

Diabetes Mellitus¹	Odds Ratio	%95 Güven Aralığı	p
Cinsiyet			
Erkek*	0,60	0,22-1,66	0,33
Kadın			
Medeni Durum			
Evlilik yaşamı olan*	0,95	0,25-3,59	0,94
Evlilik yaşamı olmayan			
Kadro durumu			
Akademik*	1,02	0,39-2,65	0,97
İdari			
Yaş			
≤40*	6,09	1,76-21,07	0,004
≥41			
Diabetes Mellitus²	Odds Ratio	%95 Güven Aralığı	p
Cinsiyet			
Erkek*	0,11	0,01-0,93	0,042
Kadın			
Medeni Durum			
Evlilik yaşamı olan*	0,64	0,08-5,49	0,69
Evlilik yaşamı olmayan			
Kadro durumu			
Akademik*	0,56	0,33-7,39	0,58
İdari			
Yaş			
≤40*	1,15	0,36-3,6	0,81
≥41			

¹ Eski tanılar; kişilerin tarama sırasında önceden var olan hastalıklarını içermektedir.

² Yeni tanılar; önceden hastalığı olmayıp sağlık tarama sonuçlarına göre konulan tanılardır.

³ Referans grup "*" ile gösterilmiştir.

Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesinde Diabetes Mellitus tanısı beyan edilme durumu ile bazı sosyodemografik değişkenlerin arasındaki ilişki çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Diğer sosyodemografik değişkenler için düzeltme yapıldıktan sonra sadece yaş Diabetes Mellitus açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p<0,05$) (Tablo 4.49).

Taramaya katılan personelin beyan ettiği tanılarında Diabetes Mellitusu olan grupta Diabetes Mellitusu olmayan gruba göre 41 yaş ve üzerindeki personel 40 yaş ve altındaki personelden 6,09 kat yüksek olasılıkta bulunmuştur ($p<0,05$) (%95 GA 1,76-21,07) (Tablo 4.49).

Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesinde Diabetes Mellitus tanısı konulma durumu ile bazı sosyodemografik değişkenlerin arasındaki ilişki çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Diğer sosyodemografik değişkenler için düzeltme yapıldıktan sonra sadece cinsiyet Diabetes Mellitus açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.49).

Taramaya katılan personelin Diabetes Mellitus tanısı konulan grubunda Diabetes Mellitus tanısı konulmayan gruba göre erkek cinsiyet kadın cinsiyetten 9,09 kat yüksek olasılıkta saptanmıştır ($p<0,05$) (%95 GA 1,08-100) (Tablo 4.49).

Tablo 4.50'de Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesinde personelin beyan ettiği ve hekim tarafından tanısı konulan obezite vakalarının bazı sosyo demografik özelliklere göre çok değişkenli lojistik regresyon analizi değerlendirilmiştir.

Tablo 4.50. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesinde Personelin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Eski¹ ve Yeni² Tanı Obezite Vakalarının Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları

Obezite¹	Odds Ratio	%95 Güven Aralığı	p
Cinsiyet			
Erkek*	0,08	0,01-0,70	0,02
Kadın			
Medeni Durum			
Evlilik yaşamı olan*	1,27	0,24-6,70	0,78
Evlilik yaşamı olmayan			
Kadro durumu			
Akademik*	0,77	0,19-3,11	0,72
İdari			
Yaş			
≤40*	0,63	0,18-2,18	0,46
≥41			
Obezite²	Odds Ratio	%95 Güven Aralığı	p
Cinsiyet			
Erkek*	0,66	0,39-1,12	0,12
Kadın			
Medeni Durum			
Evlilik yaşamı olan*	0,26	0,09-0,75	0,013
Evlilik yaşamı olmayan			
Kadro durumu			
Akademik*	1,76	1,01-3,06	0,048
İdari			
Yaş			
≤40*	5,69	3,10-10,43	<0,001
≥41			

¹ Eski tanılar; kişilerin tarama sırasında önceden var olan hastalıklarını içermektedir.

² Yeni tanılar; önceden hastalığı olmayıp sağlık tarama sonuçlarına göre konulan tanılardır.

³ Referans grup "*" ile gösterilmiştir.

Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesinde personelin obezite tanısı beyan etme durumu ile bazı sosyodemografik değişkenlerin arasındaki ilişki çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Diğer sosyodemografik değişkenler için düzeltme yapıldıktan sonra sadece cinsiyet obezite açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.50).

Taramaya katılan personelin beyan ettiği tanılarında obezite olan grupta obezite olmayan gruba göre erkek personel kadın personele göre 12,5 kat yüksek olasılıkta bulunmuştur ($p<0,05$) (%95 GA 1,43-100) (Tablo 4.50).

Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesinde obezite tanısı konulma durumu ile bazı sosyodemografik değişkenlerin arasındaki ilişki çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Diğer sosyodemografik değişkenler için düzeltme yapıldıktan sonra medeni durum, kadro durumu ve yaş obezite açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.50).

Taramaya katılan personelde obezite tanısı konulan grupta obezite tanısı konulmayan gruba göre evlilik yaşamı olan personel, evlilik yaşamı olmayan personelden 3,85 kat yüksek olasılıkta saptanmıştır ($p<0,05$) (%95 GA 1,33-11,11) (Tablo 4.50).

Taramaya katılan personelin obezite tanısı konulan grupta obezite tanısı konulmayan gruba göre idari personel, akademik personelden 1,76 kat yüksek olasılıkta saptanmıştır ($p<0,05$) (%95 GA 1,01-3,06) (Tablo 4.50).

Taramaya katılan personelin obezite tanısı konulan grupta obezite tanısı konulmayan gruba göre 41 yaş ve üzerindeki personel, 40 yaş ve altı personele göre 5,69 kat yüksek olasılıkta saptanmıştır ($p<0,05$) (%95 GA 3,10-10,43) (Tablo 4.50).

Tablo 4.51’de Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesinde personelin beyan ettiği ve hekim tarafından tanısı konulan metabolik bozukluk vakalarının bazı sosyo-demografik özelliklere göre çok değişkenli lojistik regresyon analizi değerlendirilmiştir.

Tablo 4.51. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesinde Personelin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Eski¹ ve Yeni² Tanı Metabolik Bozukluk Vakalarının Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları

Metabolik bozukluk ¹	Odds Ratio	%95 Güven Aralığı	p
Cinsiyet			
Erkek*	0,85	0,50-1,44	0,54
Kadın			
Medeni Durum			
Evlilik yaşamı olan*	0,39	0,16-0,94	0,04
Evlilik yaşamı olmayan			
Kadro durumu			
Akademik*	0,63	0,38-1,05	0,08
İdari			
Yaş			
≤40*	6,34	3,20-12,54	<0,001
≥41			
Metabolik bozukluk ²	Odds Ratio	%95 Güven Aralığı	p
Cinsiyet			
Erkek*	0,42	0,31-0,57	<0,001
Kadın			
Medeni Durum			
Evlilik yaşamı olan*	0,93	0,65-1,33	0,67
Evlilik yaşamı olmayan			
Kadro durumu			
Akademik*	0,63	0,47-0,85	0,002
İdari			
Yaş			
≤40*	2,72	2,06-3,59	<0,001
≥41			

¹ Eski tanılar; kişilerin tarama sırasında önceden var olan hastalıklarını içermektedir.

² Yeni tanılar; önceden hastalığı olmayıp sağlık tarama sonuçlarına göre konulan tanılardır.

³ Referans grup "*" ile gösterilmiştir.

Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesinde personelin metabolik bozukluk tanısını beyan etme durumu ile bazı sosyodemografik değişkenlerin arasındaki ilişki çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Diğer sosyodemografik değişkenler için düzeltme yapıldıktan sonra sadece yaş metabolik bozukluk açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.51).

Taramaya katılan personelin beyan ettiği tanılarında metabolik bozukluk olan grupta metabolik bozukluk olmayan gruba göre 41 yaş ve üzerindeki personel 40 yaş ve altındaki personele göre 6,34 kat yüksek olasılıkta saptanmıştır ($p<0,05$) (%95 GA 3,20-12,54) (Tablo 4.51).

Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesinde metabolik bozukluk tanısı konulma durumu ile bazı sosyodemografik değişkenlerin arasındaki ilişki çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Diğer sosyodemografik değişkenler için düzeltme yapıldıktan sonra cinsiyet, kadro durumu ve yaş metabolik bozukluk açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.51).

Taramaya katılan personelin metabolik bozukluk tanısı konulan grubunda metabolik bozukluk tanısı konulmayan grubuna göre erkek personel, kadın personelden 2,38 kat yüksek olasılıkta saptanmıştır ($p<0,05$) (%95 GA 1,75-3,23) (Tablo 4.51).

Taramaya katılan personelin metabolik bozukluk tanısı konulan grubunda metabolik bozukluk tanısı konulmayan grubuna göre akademik personel, idari personele'den 1,59 kat yüksek olasılıkta saptanmıştır ($p<0,05$) (%95 GA 1,18-2,13) (Tablo 4.51).

Taramaya katılan personelin metabolik bozukluk tanısı konulan grubunda metabolik bozukluk tanısı konulmayan grubuna göre 41 yaş ve üzerindeki personel, 40 yaş ve altındaki personelden 2,72 kat yüksek olasılıkta saptanmıştır ($p<0,05$) (%95 GA 2,06-3,59) (Tablo 4.51).

Tablo 4.52'de Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesinde personelin beyan ettiği ve hekim tarafından tanısı konulan lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler vakalarının bazı sosyo demografik özelliklere göre çok değişkenli lojistik regresyon analizi değerlendirilmiştir.

Tablo 4.52. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesinde Personelin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Eski¹ ve Yeni² Tanı Lipoprotein Metabolizması Bozuklukları ve Diğer Lipidemiler Vakalarının Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları

Lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler¹	Odds Ratio	%95 Güven Aralığı	p
Cinsiyet			
Erkek*	0,84	0,49-1,45	0,53
Kadın			
Medeni Durum			
Evlilik yaşamı olan*	0,41	0,17-0,99	0,049
Evlilik yaşamı olmayan			
Kadro durumu			
Akademik*	0,57	0,34-0,96	0,035
İdari			
Yaş			
≤40*	6,74	3,30-13,80	<0,001
≥41			
Lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler²	Odds Ratio	%95 Güven Aralığı	p
Cinsiyet			
Erkek*	0,40	0,30-0,55	<0,001
Kadın			
Medeni Durum			
Evlilik yaşamı olan*	0,93	0,65-1,34	0,71
Evlilik yaşamı olmayan			
Kadro durumu			
Akademik*	0,60	0,45-0,81	0,001
İdari			
Yaş			
≤40*	2,74	2,07-3,62	<0,001
≥41			

¹ Eski tanılar; kişilerin tarama sırasında önceden var olan hastalıklarını içermektedir.

² Yeni tanılar; önceden hastalığı olmayıp sağlık tarama sonuçlarına göre konulan tanılardır.

³ Referans grup "*" ile gösterilmiştir.

Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesinde lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğler lipidemiler tanısını beyan etme durumu ile bazı sosyodemografik değişkenlerin arasındaki ilişki çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Diğler sosyodemografik değişkenler için düzeltme yapıldıktan sonra medeni durum, kadro durumu, yaş lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğler lipidemiler açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.52).

Taramaya katılan personelin beyan ettiği tanılarında lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğler lipidemiler olan grupta lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğler lipidemiler olmayan gruba göre evlilik yaşamı olan personel evlilik yaşamı olmayan personelden 2,44 kat yüksek olasılıkla saptanmıştır ($p<0,05$) (%95 GA 1,01-5,88) (Tablo 4.52).

Taramaya katılan personelin beyan ettiği tanılarında lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğler lipidemiler olan grupta lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğler lipidemiler olmayan gruba göre akademik personel, idari personele göre 1,75 kat yüksek olasılıkla saptanmıştır ($p<0,05$) (%95 GA 1,04-2,94) (Tablo 4.52).

Taramaya katılan personelin beyan ettiği tanılarında lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğler lipidemiler olan grupta lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğler lipidemiler olmayan gruba göre 41 yaş ve üzerindeki personel, 40 yaş ve altındaki personele göre 6,74 kat yüksek olasılıkla saptanmıştır ($p<0,05$) (%95 GA 3,30-13,80) (Tablo 4.52).

Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesinde lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğler lipidemiler tanısı konulma durumu ile bazı sosyodemografik değişkenlerin arasındaki ilişki çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Diğler sosyodemografik değişkenler için düzeltme yapıldıktan sonra cinsiyet, kadro durumu, yaş lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğler lipidemiler açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.52).

Taramaya katılan personelde lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğler lipidemiler tanısı konulan grubunda lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğler lipidemiler tanısı konulmayan grubuna göre erkek cinsiyet kadın cinsiyete

göre 2,50 kat yüksek olasılıkla saptanmıştır ($p<0,05$) (%95 GA 1,81-3,33) (Tablo 4.52).

Taramaya katılan personelin lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler tanısı konulan grubunda lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler tanısı konulmayan grubuna göre akademik personel, idari personele göre 1,66 kat yüksek olasılıkla saptanmıştır ($p<0,05$) (%95 GA 1,24-2,22) (Tablo 4.52).

Taramaya katılan personelin lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler tanısı konulan grubunda, lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler tanısı konulmayan grubuna göre 41 yaş ve üzerindeki personel, 40 yaş ve altındaki personele göre 2,74 kat yüksek olasılıkla saptanmıştır ($p<0,05$) (%95 GA 2,07-3,62) (Tablo 4.52).

Tablo 4.53'de Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesinde personelin beyan ettiği ve hekim tarafından tanısı konulan hipertansif hastalıklar vakalarının bazı sosyo demografik özelliklere göre çok değişkenli lojistik regresyon analizi değerlendirilmiştir.

Tablo 4.53. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesinde Personelin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Eski¹ ve Yeni² Tanı Hipertansif Hastalıklar Vakalarının Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları

Hipertansif hastalıklar ¹	Odds Ratio	%95 Güven Aralığı	p
Cinsiyet			
Erkek*	1,24	0,79-1,94	0,35
Kadın			
Medeni Durum			
Evlilik yaşamı olan*	0,68	0,38-1,22	0,19
Evlilik yaşamı olmayan			
Kadro durumu			
Akademik*	0,64	0,42-0,98	0,04
İdari			
Yaş			
≤40*	5,63	3,32-9,54	<0,001
≥41			
Hipertansif hastalıklar ²	Odds Ratio	%95 Güven Aralığı	p
Cinsiyet			
Erkek*	0,32	0,13-0,78	0,01
Kadın			
Medeni Durum			
Evlilik yaşamı olan*	0,89	0,29-2,77	0,84
Evlilik yaşamı olmayan			
Kadro durumu			
Akademik*	0,70	0,33-1,48	0,35
İdari			
Yaş			
≤40*	6,59	2,50-17,35	<0,001
≥41			

¹ Eski tanılar; kişilerin tarama sırasında önceden var olan hastalıklarını içermektedir.

² Yeni tanılar; önceden hastalığı olmayıp sağlık tarama sonuçlarına göre konulan tanılardır.

³ Referans grup "*" ile gösterilmiştir.

Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesinde hipertansif hastalıklar beyan edilme durumu ile bazı sosyodemografik değişkenlerin arasındaki ilişki çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Diğer sosyodemografik değişkenler için düzeltme yapıldıktan sonra kadro durumu, yaş hipertansif hastalıklar açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.53).

Taramaya katılan personelin beyan ettiği tanılarında hipertansif hastalıklar olan grupta hipertansif hastalıklar olmayan gruba göre akademik personel, idari personele göre 1,56 kat yüksek olasılıkta saptanmıştır ($p<0,05$) (%95 GA 1,02-2,38) (Tablo 4.53).

Taramaya katılan personelin beyan ettiği tanılarında hipertansif hastalıklar olan grupta hipertansif hastalıklar olmayan gruba göre 41 yaş ve üzerindeki personel, 40 yaş ve altındaki personele göre 5,63 kat yüksek olasılıkta saptanmıştır ($p<0,05$) (%95 GA 3,32-9,54) (Tablo 4.53).

Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesinde hipertansif hastalıklar tanısı konulma durumu ile bazı sosyodemografik değişkenlerin arasındaki ilişki çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Diğer sosyodemografik değişkenler için düzeltme yapıldıktan sonra cinsiyet, yaş hipertansif hastalıklar açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.53).

Taramaya katılan personelin hipertansif hastalıklar tanısı konulan grubunda hipertansif hastalıklar tanısı konulmayan grubuna göre, erkek cinsiyet kadın cinsiyetten 3,13 kat yüksek olasılıkta saptanmıştır ($p<0,05$) (%95 GA 1,28-7,69) (Tablo 4.53).

Taramaya katılan personelin hipertansif hastalıklar tanısı konulan grubunda hipertansif hastalıklar tanısı konulmayan grubuna göre, 41 yaş ve üzerindeki personel 40 yaş ve altındaki personelden 6,59 kat yüksek olasılıkta saptanmıştır ($p<0,05$) (%95 GA 2,50-17,35) (Tablo 4.53).

Tablo 4.54'de Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesinde personelin beyan ettiği ve hekim tarafından tanısı konulan iskemik kalp hastalıkları vakalarının bazı sosyo demografik özelliklere göre çok değişkenli lojistik regresyon analizi değerlendirilmiştir.

Tablo 4.54. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesinde Personelin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Eski¹ ve Yeni² Tanı İskemik Kalp Hastalıkları Vakalarının Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları

İskemik kalp hastalıkları¹	Odds Ratio	%95 Güven Aralığı	p
Cinsiyet			
Erkek*	0,24	0,08-0,68	0,008
Kadın			
Medeni Durum			
Evlilik yaşamı olan*	0,48	0,11-2,17	0,34
Evlilik yaşamı olmayan			
Kadro durumu			
Akademik*	0,61	0,27-1,38	0,23
İdari			
Yaş			
≤40*	2,27	0,94-5,48	0,07
≥41			
İskemik kalp hastalıkları²	Odds Ratio	%95 Güven Aralığı	p
Cinsiyet			
Erkek*	0,51	0,28-0,95	0,032
Kadın			
Medeni Durum			
Evlilik yaşamı olan*	0,71	0,30-1,66	0,43
Evlilik yaşamı olmayan			
Kadro durumu			
Akademik*	0,90	0,51-1,59	0,71
İdari			
Yaş			
≤40*	5,46	2,73-10,92	<0,001
≥41			

¹ Eski tanılar; kişilerin tarama sırasında önceden var olan hastalıklarını içermektedir.

² Yeni tanılar; önceden hastalığı olmayıp sağlık tarama sonuçlarına göre konulan tanılardır.

³ Referans grup "*" ile gösterilmiştir.

Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesinde iskemik kalp hastalıkları tanısını beyan etme durumu ile bazı sosyodemografik değişkenlerin arasındaki ilişki çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Diğer sosyodemografik değişkenler için düzeltme yapıldıktan sonra sadece cinsiyet iskemik kalp hastalıkları açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.54).

Taramaya katılan personelin beyan ettiği tanılarında iskemik kalp hastalıkları olan grupta iskemik kalp hastalıkları olmayan gruba göre erkek cinsiyet, kadın cinsiyetten 4,17 kat yüksek olasılıkla saptanmıştır ($p<0,05$) (%95 GA 1,47-12,50) (Tablo 4.54).

Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesinde iskemik kalp hastalıkları tanısı konulma durumu ile bazı sosyodemografik değişkenlerin arasındaki ilişki çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Diğer sosyodemografik değişkenler için düzeltme yapıldıktan sonra cinsiyet ve yaş iskemik kalp hastalıkları açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.54).

Taramaya katılan personelin iskemik kalp hastalıkları tanısı konulan grubunda iskemik kalp hastalıkları tanısı konulmayan grubuna göre, erkek cinsiyet kadın cinsiyetten 1,96 kat yüksek olasılıkla saptanmıştır ($p<0,05$) (%95 GA 1,05-3,57) (Tablo 4.54).

Taramaya katılan personelin iskemik kalp hastalıkları tanısı konulan grubunda iskemik kalp hastalıkları tanısı konulmayan grubuna göre, 41 yaş ve üzerindeki personel 40 yaş ve altındaki personelden 5,46 kat yüksek olasılıkla saptanmıştır ($p<0,05$) (%95 GA 2,73-10,92) (Tablo 4.54).

Tablo 4.55’de Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesinde personelin beyan ettiği ve hekim tarafından tanısı konulan atriyoventriküler ve sol dalcık bloğu vakalarının bazı sosyo demografik özelliklere göre çok değişkenli lojistik regresyon analizi değerlendirilmiştir.

Tablo 4.55. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesinde Personelin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Eski¹ ve Yeni² Tanı Atriyoventriküler ve Sol Dalcık Bloğu Vakalarının Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları

Atriyoventriküler ve sol dalcık bloğu ¹	Odds Ratio	%95 Güven Aralığı	p
Cinsiyet			
Erkek*	2,17	0,44-10,64	0,34
Kadın			
Medeni Durum			
Evlilik yaşamı olan*	0,44	0,05-3,82	0,45
Evlilik yaşamı olmayan			
Kadro durumu			
Akademik*	0,66	0,15-2,95	0,59
İdari			
Yaş			
≤40*	3,03	0,59-15-60	0,19
≥41			
Atriyoventriküler ve sol dalcık bloğu ²	Odds Ratio	%95 Güven Aralığı	p
Cinsiyet			
Erkek*	0,35	0,14-0,92	0,033
Kadın			
Medeni Durum			
Evlilik yaşamı olan*	2,27	0,89-5,79	0,09
Evlilik yaşamı olmayan			
Kadro durumu			
Akademik*	0,82	0,32-2,12	0,68
İdari			
Yaş			
≤40*	0,23	0,07-0,70	0,010
≥41			

¹ Eski tanılar; kişilerin tarama sırasında önceden var olan hastalıklarını içermektedir.

² Yeni tanılar; önceden hastalığı olmayıp sağlık tarama sonuçlarına göre konulan tanılardır.

³ Referans grup "*" ile gösterilmiştir.

Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesinde personelin atriyoventriküler ve sol dalcık bloğu tanısını beyan etme durumu ile bazı sosyodemografik değişkenlerin arasındaki ilişki çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Diğer sosyodemografik değişkenler için düzeltme yapıldıktan sonra hiçbir değişken atriyoventriküler ve sol dalcık bloğu açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.55).

Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesinde atriyoventriküler ve sol dalcık bloğu tanısı konulma durumu ile bazı sosyodemografik değişkenlerin arasındaki ilişki çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Diğer sosyodemografik değişkenler için düzeltme yapıldıktan sonra cinsiyet ve yaş atriyoventriküler ve sol dalcık bloğu açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.54).

Taramaya katılan personelin atriyoventriküler ve sol dalcık bloğu tanısı konulan grubunda, atriyoventriküler ve sol dalcık bloğu tanısı konulmayan grubuna göre erkek cinsiyet kadın cinsiyetten 2,86 kat yüksek olasılıkta saptanmıştır ($p<0,05$) (%95 GA 1,09-7,14) (Tablo 4.55).

Taramaya katılan personelin atriyoventriküler ve sol dalcık bloğu tanısı konulan grubunda, atriyoventriküler ve sol dalcık bloğu tanısı konulmayan grubuna göre 40 yaş ve altındaki personel, 41 yaş ve üzerindeki personele göre 4,35 kat yüksek olasılıkta saptanmıştır ($p<0,05$) (%95 GA 1,43-14,29) (Tablo 4.55).

Tablo 4.56'de Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesinde personelin beyan ettiği ve hekim tarafından tanısı konulan karaciğer hastalıkları vakalarının bazı sosyo demografik özelliklere göre çok değişkenli lojistik regresyon analizi değerlendirilmiştir.

Tablo 4.56. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesinde Personelin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Eski¹ ve Yeni² Tanı Karaciğer Hastalıkları Vakalarının Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları

Karaciğer hastalıkları¹	Odds Ratio	%95 Güven Aralığı	p
Cinsiyet			
Erkek*	0,27	0,06-1,16	0,08
Kadın			
Medeni Durum			
Evlilik yaşamı olan*	2,04	0,45-9,20	0,35
Evlilik yaşamı olmayan			
Kadro durumu			
Akademik*	0,47	0,13-1,68	0,25
İdari			
Yaş			
≤40*	1,69	0,46-6,23	0,43
≥41			
Karaciğer hastalıkları²	Odds Ratio	%95 Güven Aralığı	p
Cinsiyet			
Erkek*	0,18	0,07-0,45	<0,001
Kadın			
Medeni Durum			
Evlilik yaşamı olan*	1,34	0,51-3,52	0,55
Evlilik yaşamı olmayan			
Kadro durumu			
Akademik*	0,32	0,61-2,87	0,48
İdari			
Yaş			
≤40*	2,08	1,04-4,13	0,037
≥41			

¹ Eski tanılar; kişilerin tarama sırasında önceden var olan hastalıklarını içermektedir.

² Yeni tanılar; önceden hastalığı olmayıp sağlık tarama sonuçlarına göre konulan tanılardır.

³ Referans grup "*" ile gösterilmiştir.

Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesinde personelin karaciğer hastalıkları tanısını beyan etme durumu ile bazı sosyodemografik değişkenlerin arasındaki ilişki çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Diğer sosyodemografik değişkenler için düzeltme yapıldıktan sonra hiçbir sosyodemografik değişken karaciğer hastalıkları açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.56).

Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesinde personelin karaciğer hastalıkları tanısı konulma durumu ile bazı sosyodemografik değişkenlerin arasındaki ilişki çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Diğer sosyodemografik değişkenler için düzeltme yapıldıktan sonra cinsiyet ve yaş karaciğer hastalıkları açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.56).

Taramaya katılan personelin karaciğer hastalıkları tanısı konulan grubunda karaciğer hastalıkları tanısı konulmayan grubuna göre erkek cinsiyet kadın cinsiyete göre 5,55 kat yüksek olasılıkla saptanmıştır ($p<0,05$) (%95 GA 2,22-14,29) (Tablo 4.56).

Taramaya katılan personelin karaciğer hastalıkları tanısı konulan grubunda karaciğer hastalıkları tanısı konulmayan grubuna göre 41 yaş ve üzerindeki personel, 40 yaş ve altındaki personele göre 2,08 kat yüksek olasılıkla saptanmıştır ($p<0,05$) (%95 GA 1,04-4,13) (Tablo 4.56).

Tablo 4.57’de Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesinde personelin beyan ettiği ve hekim tarafından tanısı konulan osteoporoz vakalarının bazı sosyo demografik özelliklere göre çok değişkenli lojistik regresyon analizi değerlendirilmiştir.

Tablo 4.57. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesinde Personelin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Eski¹ ve Yeni² Tanı Osteoporoz Vakalarının Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları

Osteoporoz¹	Odds Ratio	%95 Güven Aralığı	p
Cinsiyet			
Erkek*	27,87	6,47-119,95	<0,001
Kadın			
Medeni Durum			
Evlilik yaşamı olan*	1,27	0,64-2,50	0,49
Evlilik yaşamı olmayan			
Kadro durumu			
Akademik*	0,66	0,34-1,27	0,21
İdari			
Yaş			
≤40*	12,59	4,87-32,58	<0,001
≥41			
Osteoporoz²	Odds Ratio	%95 Güven Aralığı	p
Cinsiyet			
Erkek*	102,24	13,92-750,83	<0,001
Kadın			
Medeni Durum			
Evlilik yaşamı olan*	0,97	0,56-1,68	0,92
Evlilik yaşamı olmayan			
Kadro durumu			
Akademik*	1,07	0,63-1,79	0,80
İdari			
Yaş			
≤40*	2,69	1,59-4,53	<0,001
≥41			

¹ Eski tanılar; kişilerin tarama sırasında önceden var olan hastalıklarını içermektedir.

² Yeni tanılar; önceden hastalığı olmayıp sağlık tarama sonuçlarına göre konulan tanılardır.

³ Referans grup "*" ile gösterilmiştir.

Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesinde personelin osteoporoz tanısını beyan etme durumu ile bazı sosyodemografik değişkenlerin arasındaki ilişki çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Diğer sosyodemografik değişkenler için düzeltme yapıldıktan sonra cinsiyet ve yaş osteoporoz açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.57).

Taramaya katılan personelin beyan ettiği tanılarında osteoporoz olan grupta osteoporoz olmayan gruba göre kadın cinsiyet erkek cinsiyete göre 27,87 kat yüksek olasılıkta saptanmıştır ($p<0,05$) (%95 GA 6,47-119,95) (Tablo 4.57).

Taramaya katılan personelin beyan ettiği tanılarında osteoporoz olan grupta osteoporoz gruba göre 41 yaş ve üzerindeki personel, 40 yaş ve altındaki personele göre 12,59 kat yüksek olasılıkta saptanmıştır ($p<0,05$) (%95 GA 4,87-32,58) (Tablo 4.57).

Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesinde personelin osteoporoz tanısı konulma durumu ile bazı sosyodemografik değişkenlerin arasındaki ilişki çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Diğer sosyodemografik değişkenler için düzeltme yapıldıktan sonra cinsiyet ve yaş osteoporoz açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.57).

Taramaya katılan personelin osteoporoz tanısı konulan grubunda osteoporoz tanısı konulmayan grubuna göre kadın cinsiyet erkek cinsiyetten 102,24 kat yüksek olasılıkta saptanmıştır ($p<0,05$) (%95 GA 13,92-750,83) (Tablo 4.57).

Taramaya katılan personelin osteoporoz tanısı konulan grubunda osteoporoz tanısı konulmayan grubuna göre 41 yaş ve üzerindeki personel, 40 yaş ve altındaki personele göre 2,69 kat yüksek olasılıkta saptanmıştır ($p<0,05$) (%95 GA 1,59-4,53) (Tablo 4.57).

Tablo 4.58'de Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesinde personelin beyan ettiği ve hekim tarafından tanısı konulan üriner sistemin diğer hastalıkları vakalarının bazı sosyo demografik özelliklere göre çok değişkenli lojistik regresyon analizi değerlendirilmiştir.

Tablo 4.58. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde Yapılan Tarama Muayenesinde Personelin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Eski¹ ve Yeni² Üriner Sistemin Diğer Hastalıkları Vakalarının Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları

Üriner sistemin diğer hastalıkları ¹	Odds Ratio	%95 Güven Aralığı	p
Cinsiyet			
Erkek*	2,81	0,18-44,15	0,46
Kadın			
Medeni Durum			
Evlilik yaşamı olan*	1,91	0,13-27,30	0,63
Evlilik yaşamı olmayan			
Kadro durumu			
Akademik*	1,54	0,12-19,00	0,74
İdari			
Yaş		-	
≤40*	8773566		0,99
≥41			
Üriner sistemin diğer hastalıkları ²	Odds Ratio	%95 Güven Aralığı	p
Cinsiyet			
Erkek*	5,80	3,20-10,51	<0,001
Kadın			
Medeni Durum			
Evlilik yaşamı olan*	1,48	0,94-2,32	0,09
Evlilik yaşamı olmayan			
Kadro durumu			
Akademik*	1,06	0,68-1,64	0,80
İdari			
Yaş			
≤40*	1,10	0,71-1,69	0,68
≥41			

¹ Eski tanılar; kişilerin tarama sırasında önceden var olan hastalıklarını içermektedir.

² Yeni tanılar; önceden hastalığı olmayıp sağlık tarama sonuçlarına göre konulan tanılardır.

³ Referans grup "*" ile gösterilmiştir.

Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesinde personelin üriner sistemin diğer hastalıkları tanısını beyan etme durumu ile bazı sosyodemografik değişkenlerin arasındaki ilişki çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Diğer sosyodemografik değişkenler için düzeltme yapıldıktan sonra hiçbir sosyodemografik değişken üriner sistemin diğer hastalıkları açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.58).

Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde yapılan tarama muayenesinde personelin üriner sistemin diğer hastalıkları tanısı konulma durumu ile bazı sosyodemografik değişkenlerin arasındaki ilişki çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Diğer sosyodemografik değişkenler için düzeltme yapıldıktan sonra sadece cinsiyet üriner sistemin diğer hastalıkları açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.58).

Taramaya katılan personelin üriner sistemin diğer hastalıkları tanısı konulan grubunda üriner sistemin diğer hastalıkları tanısı konulmayan grubuna göre kadın cinsiyet erkek cinsiyetten 5,80 kat yüksek olasılıkla saptanmıştır ($p<0,05$) (%95 GA 3,20-10,51) (Tablo 4.58).

4.11. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Sağlık Merkezinde 2005-2009 Yılları Arasında Yapılan Sağlık Taramasındaki Muayene, Test ve Tetkiklerin Maaliyetlerinin Hesaplanması

Tablo 4.59’da Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde 2005-2009 yılları arasındaki sağlık taramasında yapılan muayene, test ve tetkiklerin 2014 yılı için hesaplanmış maaliyetleri verilmiştir.

Tablo 4.59. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Sağlık Merkezinde 2005-2009 Yılları Arasındaki Sağlık Taramasında Yapılan Muayene, Test ve Tetkiklerin 2014 Yılı İçin Hesaplanmış Maaliyetleri

Taramada Yapılan Muayene, Test ve Tetkikler¹	Test ve/veya Tetkiklerin Kişi Başı Birim Maaliyeti (TL)²	Kadında Maaliyet Toplam (TL)²	Erkeklerde Maaliyet Toplam (TL)²	Toplam Maaliyet (TL)²
Genel Tarama	18,50	13135,00	13745,50	26880,50
Hemogram	3,00	2130,00	2229,00	4359,00
Sedimentasyon	1,70	1207,00	1263,10	2470,10
Lipid Profili	8,90	6319,00	6612,70	12931,70
Tiroid fonksiyon testleri	13,50	9585,00	10030,50	19615,50
Eliza Testleri (Hepatit Belirteçler, Anti HIV)	85,86	60960,60	63793,98	124754,58
Tümör belirteç (PSA, Serbest PSA)	10,20	-	4154,40	4154,40
Tam idrar Tetkiki	5,00	3550,00	3715,00	7265,00
Ekg	3,00	2130,00	2229,00	4359,00
PA Akciğer Grafisi	6,80	4828,00	5052,40	9880,40
GGK	8,50	85,00	161,50	246,50
Pap Smear Test	11,22	2019,60	-	2019,60
Mamografi	37,40	9163,00	-	9163,00
KMD	23,80	6259,40	119,00	6378,40
Hekim Muayenesi	15,50	11005,00	17683,40	28688,40
Toplam	-	132376,60	130789,48	263166,08

¹ Tetkik maliyetleri Sağlık Bakanlığının hasta kayıt bilgisayar veri tabanında (Nexus Sistemi) belirtilen fiyatlar üzerinden hesaplanmıştır.

² Taramada bazı test ve tetkikler yapıldığı halde çeşitli nedenlerle sonucu çıkmamıştır (Örn. pap smearde değerlendirme için yetersiz materyal veya kan testlerinde pıhtılaşma olduğundan veya test tüpü kırıldığından vb.). Ancak bunlar maaliyetler içinde yer aldığından toplamlara dâhil edilmiştir.

Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesinde 2005-2009 yılları arasında yapılan sağlık taramasında yukarıda tabloda belirtilen muayene, test ve tetkiklerin bir kısmı rutin olarak tüm personelde yapılmış, bir kısmı da belli yaş gruplarında ve cinsiyete göre yapılmıştır (Bkz. Tablo 3.3).

2005-2009 yılları arasında taramaya katılan Hacettepe personeline yapılan muayene, test ve tetkiklerin 2014 yılı için hesaplanmış toplam maliyeti 263166,08 TL olmuştur.

Muayene test ve tetkiklerin kadın personel için toplam maaliyeti 132376,6 TL iken, erkek personel için toplam maaliyeti 130789,48 TL olarak hesaplanmıştır.

2014 yılı ilk altı ayı için askari ücreti 1071,00 TL'dir (157). 2014 yılı için taramanın toplam maaliyeti 2014 yılı askari ücretinin 245,72 katıdır. Taramanın başladığı 2005 yılı ilk altı ay için askari ücret 488,70 TL'dir (157). Askari ücrete göre karşılaştırılarak hesaplandığında 2005 yılı için taramanın toplam maaliyetinin yaklaşık olarak 120083,36 TL olduğu tahmin edilmiştir.

Tüketici Fiyat Endeksi (TÜFE) TÜİK tarafından 2005 yılında 117,33 olarak hesaplanmıştır. 2014 yılı Şubat Ayı TÜFE değeri 234,54'tür (158). Buna göre 2005 yılı reel değerleri 2014 yılı değerlerinin 0,5003'üdür (117,33/234,54). Enflasyona göre düzeltilmiş 2005 yılı tarama maliyetleri bu şekilde 131.650,36 TL olarak hesaplanmıştır.

5. TARTIŞMA

Bu araştırma; Ankara Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi'ndeki Sağlık Merkezinde 2005-2009 yılları arasında kadrolu çalışanların sağlık tarama dosyalarının incelenmesi ile yapılmıştır. Araştırmada; Sıhhiye Sağlık Merkezinde sağlık taramasına katılan kadrolu personelin bazı sosyo-demografik özellikleri, beslenme durumu göstergesi, özgeçmiş ve soygeçmiş bilgileri, vital bulguları, sistem yakınmaları, fizik muayeneleri, bazı tetkikleri, genel sağlık düzeyleri, tarama sonuçları ve bunlarla ilişkili faktörleri değerlendirmeye yönelik bulguları incelenmiştir.

Tartışma bölümü 3 bölümde sunulmuştur.

Birinci bölümde hastaların sosyo-demografik özellikleri, vital bulguları, özgeçmiş, soygeçmiş özellikleri, kaza beyanları, ilaç kullanım durumları ve tetkik sonuçları incelenmiştir.

İkinci bölümde sağlık taramasına katılan kadrolu personelin sağlık düzeyini etkileyen faktörler tartışılmıştır.

Üçüncü bölümde sağlık taramasına katılan kadrolu personelde sık görülen ve önemli hastalıklar açısından taramanın yararı tartışılmıştır.

5.1. Sosyo-Demografik Özellikler, Özgeçmiş, Soygeçmiş Özellikleri, Kaza Beyanları, İlaç Kullanım Durumları Tetkik Sonuçları ve Hastalık Tanıları

Sağlık taraması ile saptanan hastalıklarda cinsiyet dağılımındaki farklılıkların etkilerinin gözlenmesi amaçlanmıştır. TÜİK tarafından yapılan Nüfus ve Konut Araştırması 2011'e göre toplam nüfus içindeki erkek nüfusun oranı %50,2, kadın nüfusun oranı ise %49,8'dir (159). Sağlık taramasına katılmış olan personelin %48,9'u kadın, %51,1'i erkek olarak saptanmıştır (Tablo 4.1). Bu sonuç da taramada nüfusun cinsiyete göre dağılımının genel ülke dağılımına benzer olduğunu göstermektedir.

Hastalıklar ile yaş arasında yakın bir ilişki vardır. Tarama kapsamında hasta kayıtları incelenen personelin, %26,7'sinin 40-44 yaş, %19,3'ünün 35-39 yaş,

%14,7'sinin de 45-49 yaş aralığında oldukları saptanmıştır. Personelin yaş ortalaması $40,62 \pm 8,66$ 'dır. Ortanca değeri 40, En küçük-En büyük değer 20-66 yaş olarak bulunmuştur (Tablo 4.1). TÜİK tarafından yapılan Nüfus ve Konut Araştırması 2011'e göre tüm yaş grupları içinde ortanca yaş 29,6'dır (159). Nüfus ve Konut Araştırması 2011'de tüm yaş grupları mevcuttur. Bu sonuç taramada yaş dağılımının ülke dağılımından farklı olduğunu göstermektedir. Bu fark çalışan grupla görüşme yapılmasından kaynaklanmaktadır.

Medeni durumla sağlık arasında ilişkiler vardır. Evlilik aile ortamı genellikle en kuvvetli sosyal dayanışma kurumu kabul edilir. Evli kişilerin yaşam biçimleri, beslenme ve diğer alışkanlıkları konularında daha sağlıklı tutumları vardır (3). Risk faktörleri, toplumsal konum, sağlık bakımı yönlerinden evli olup olmama, farklı sağlık sorunlarına zemin hazırlayabilir (160). Çalışmada medeni durum evlilik yaşamı olan ve olmayan olarak 2 grupta incelenmiştir. Sağlık taramasına katılan personelin %76,7'si evli, %18,7'si hiç evlenmemiş, %2,7'si boşanmış, %1,7'si dul, %0,2'si ayrı yaşamaktadır (Tablo 4.1). TÜİK'in Nüfus ve Konut Araştırması 2011'e göre medeni duruma göre nüfus oranı incelendiğinde 15 ve daha yukarı yaştaki nüfusun %65,1'i evlidir. Hiç evlenmeyenler nüfusun %26,9'unu oluştururken, boşanmış olanların oranı %2,4 ve eşi ölenlerin oranı da %5,6'dır (159). Çalışmadaki verilerle karşılaştığında medeni durum genel ülke dağılımına benzerdir.

Personelin akademik veya idari olarak 2 kısma ayrılması eğitim durumunu doğrudan yansıtmamakla birlikte, bir fikir verebilir.

Akademik personel; profesör, doçent, yrd doçent, araştırma görevlisi, öğretim görevlilerini içermektedir. Bu gruptaki kişiler en az az 4 yıllık bir üniversite mezunu veya lisansüstü eğitim almış veya almakta olan kişiler olup, yaşamlarına eğitimci olarak devam eden gruptur. Akademik kadro sosyo ekonomik düzeyi yüksek grup olarak analizlere alınmıştır. Bu grupta olan kişilerin erken tanı almaları, tedavi ve komplikasyonlar konusunda daha erken hareket edebilecekleri düşünülmüştür.

İdari personel ise, ahçı, ahçıbaşı yardımcısı, avukat, ayniyat saymanı, bekçi, bilgisayar işletmeni, biyolog, daire başkanı, diş hekimi, eğitim planlama, elektrik mühendisi, elektrikçi, fizyoterapist, öğretmen, garson, genel sekreter yardımcısı, güvenlik görevlisi, hasta bakıcı, hizmetli, iç denetçi, kimyager, matbaacı, memur, mimar, müdür, sağlık teknikeri, teknisyeni, teknisyen yardımcısı, santral memuru, şef, sekreter, şoför, veznedar, yurt müdür yardımcısı, yardımcı hizmetli, terzi yer almaktadır. Bu grubun eğitim düzeyi ağırlıklı olarak ilköğretim (8 yıl) veya lise mezunu veya daha az olarak 2 veya 4 yıllık üniversite mezunudur. İdari kadroda olan personel, üniversitede yaşam tarzı açısından kadrosuna göre uygulama yapan, çalışan kesimi içermektedir.

Sıhhiye Yerleşkesinde sağlık taramasına katılan personelin %35,1'i akademik, % 64,9'u idari personeldir. Taramaya katılan personelin %12,9'u profesör, %5,2'si doçent, % 2,1'i yrd. doç, %10,6'sı araştırma görevlisi, %4,3'ü öğretim görevlisidir (Tablo 4.1). TÜİK'in Nüfus ve Konut Araştırması 2011'e göre Türkiye'de ilkokul mezunu olanların oranı %24,7, ilköğretim/ortaokul ve dengi okul mezunu olanların oranı %23,5, lise ve dengi okul mezunu olanların oranı %17,7, yüksekokul ve fakülte mezunu olanların oranı %9,4, yüksek lisans ve doktora yapanların oranı %0,9'dur (159). Sağlık taramasında eğitim durumu doğrudan sorulmamıştır. Ancak taramaya alınanlar üniversite personeli olduklarından, akademik personel grubunun Nüfus ve Konut Araştırmasına göre eğitim düzeyinin yüksek olduğu, idari personelin de eğitim durumunun en az ilköğretim orta okul seviyesi ile lise ve dengi mezunu ağırlıklı olduğu, idari personelin eğitim durumunun Türkiye verilerine göre nispeten daha benzer olduğu düşünülmüştür.

Tarama kapsamında hasta kayıtları incelenen personelin, %48,5'i normal, %39,5'i fazla kilolu, %10,4'ü de obez olarak saptanmıştır (Tablo 4.2). TURDEP I çalışmasında 1998'de erişkin toplumunda obezite prevalansı % 22,3 olarak iken, TURDEP II çalışmasında ise 2010 yılında erişkin toplumunda obezite prevalansı %31,2'ye yükselmiştir (59,61,161). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA- 2010) sonuçlarına göre ise obezite sıklığı; 19 yaş ve üzerinde bireylerde %30,3 olarak tespit edilmiştir (62). Türkiye Sağlık Araştırması, 2012'ye göre 15 ve

daha yukarı yaştaki nüfusun %34,8'i fazla kilolu, %44,2'si normal kilolu, %3,9'u ise düşük kiloludur. %17,2'si ise obezdir (80).

Sağlık taramasında obezite %10,4 olarak saptanmıştır. Obezitenin belirtilen tüm çalışmalardan düşük olmasının sebebi Sıhhiye Yerleşkesinin sağlık alanında eğitim ve hizmet veren bölümlerden oluşması nedeni ile Üniversite personelinin topluma nazaran obezite ve riskleri konusunda daha eğitilmiş ve bilinçli olmasından kaynaklanabilir. Elazığ Fırat Üniversitesindeki 499 akademik personelde yapılan ve 2009'da yayınlanan bir çalışmada obezite prevalansı %7 olarak bulunmuştur (162). Bu çalışma idari personeli kapsamamakla beraber araştırmadaki sonuçlara benzer bulunmuştur. Ayrıca Sıhhiye Yerleşkesindeki personelin bilgiye erişimi topluma nazaran daha kolay olmakta, sağlık hizmetlerine erişimleri de, ulaşmaları da kolay olmaktadır. Bir diğer faktör de üniversite personelinin çoğu kez beslenme uzmanları denetiminde olan üniversite yemekhanelerinde yemek yemesinin yeterli ve dengeli beslenmeye katkı sağlayarak obezitenin daha az görülmesine yol açma olasılığıdır. Ayrıca Üniversite içinde topluma nazaran personelin fizik aktivitesini arttıracak olanakların olmasının (spor salonlarının yer alması ve personel spor karşılaşmaları, dans kursları, fitness vb.) obezitenin düşük bulunmasına katkı sağlamış olabilir.

Taramaya katılan personelde ise özgeçmiş öyküsünde %17,2 alerji, %9,2 hipertansiyon %9,1 guatr bulunmaktadır (Tablo 4.3). TÜİK tarafından yürütülen 2012 yılı Sağlık Araştırmasına göre; 15 ve üzeri yaş bireyler tarafından belirtilen hastalık/sağlık sorunlarının dağılımı incelendiğinde, en fazla sırasıyla hipertansiyon (%13,2), bel bölgesi kas iskelet sistem problemleri (%12,8), romatizmal eklem hastalığı (%9,1) görülmüştür. Alerji (%3,7) 13. sırada tiroid hastalıkları da (%3,5) 14. sırada görülen hastalıklar olmuştur (80). Taramaya katılan personele doldurması için verilen formlarda romatizmal eklem hastalığı, bel bölgesi kas iskelet sistem problemleri, mide ülseri Tablo 4.3'de belirtilen hastalıklar arasında yoktur. Bu nedenden dolayı bu hastalıkların gerçek sayıları bu tabloda yer almamaktadır. Ancak Tablo 4.29'da doktorların hastalara sorarak doldurdukları tarama dosyalarında ICD 10'a göre sınıflanarak kodlanmış grupların içinde bu hastalıklar yer almıştır. Araştırmada hipertansiyonun, TÜİK 2012 Sağlık Araştırmasına göre

daha az görülmesinin sebebi personelin büyük çoğunluğunun sağlık alanındaki birimlerde çalışmaları nedeni ile sağlıklı yaşam tarzlarını benimsemiş olmaları (fazla tuz tüketmemek, egzersiz yapmak, vb.) nedeni ile olabilir. Taramaya katılan personelin alerji ve guatr düzeyleri ise Sağlık Araştırması 2012'ye göre yüksektir. Bunun sebebi Sıhhiye Yerleşkesinde Üniversitenin Hastanesi de bulunduğundan personelin alerji belirtileri konusunda bilgiye erişmelerinin kolay olması (kendilerinin sağlık personeli olması ya da yakın çevrelerinde sağlık personeli bulunması vb.) tanı ve tedavi hizmetlerine erişimlerinin kolay ve hızlı olması alerji tanılarının atlanmamasını sağlamış olabilir.

Taramaya katılan personelin soygeçmiş öyküsünde %49,7 hipertansiyon, %36,8 kalp hastalığı %23,6 diabetes mellitus olduğu saptanmıştır. TÜİK tarafından yaptırılan 2012 yılı Sağlık Araştırmasına göre; 15 ve üzeri yaş bireyler tarafından belirtilen hastalık/sağlık sorunlarının dağılımı incelendiğinde, en fazla sırasıyla hipertansiyon (%13,2), bel bölgesi kas iskelet sistem problemleri (%12,8), romatizmal eklem hastalığı (%9,1) görülmüştür (80). Bu araştırmadaki hastalıklar TÜİK'teki hastalık sıklıklarından daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni her iki çalışmadaki yaş gruplarındaki farklılık olabilir.

Taramaya katılan personelde dosyada kaza öyküsü belirtenler %15,1 bulunmuştur (Tablo 4.5). TÜİK tarafından 2013 yılında yayınlanan Sağlık Araştırması 2012'ye göre bireyler tarafından belirtilen kaza sonucu sürekli yaralanma ya da sakatlık durumu %0,8'dir (80). Tarama sonucunda kaza öyküsü bildirenler, TÜİK'in araştırmasındaki kaza sonuçlarından yüksek bulunmuştur. Ancak TÜİK Sağlık araştırmasında yaralanmaya ya da sakatlığa neden olmayan kazalar belirtilmemiştir. Bu nedenle de TÜİK'in çalışmasındaki sonuçlar tarama sonuçlarından düşük bulunmuş olabilir.

Sağlık taramasında kaza öyküsü bildiren personelin %68,1'i trafik kazası geçirmiştir (Tablo 4.6). 2004 Türkiye hastalık yükü çalışmasında, DALY'yi oluşturan ilk 10 hastalık incelendiğinde trafik kazaları 9. sırada gelmekte olup, toplam DALY içinde %2,4 olarak saptanmıştır (34). Bu veriler karşılaştırılabilir olmamakla beraber trafik kazalarının Türkiye boyutu ve önemi konusunda fikir

verebilir. Sağlık taramasına sağ olan personel katıldığından, Üniversitedeki personelin geçirmiş olduğu trafik kazalarının ölümlü olanları incelenmemiştir. Bu nedenden dolayı tarama sonuçlarındaki trafik kazaları gerçek sayının altında kalmış olabilir.

Taramaya katılan ve kaza beyanı yapan personelin %18,1'inde düşme saptanmıştır. Düşmeler, tüm dünyada beklenmeyen ölümlü yaralanmaların veya kazaların, trafik kazalarından sonra 2. sırada gelen nedenidir. Dünyada her yıl tıbbi dikkat gerektirecek ağırlıkta 37,3 milyon düşme olmaktadır (163). Araştırmada da personelde trafik kazalarından sonra 2. sırada düşme geldiği saptanmıştır.

Sağlık taramasına katılan personelin tarama sonrasında %44,0'ü sürekli olarak en az bir ilaç kullanmakta olduğunu beyan etmiştir (Tablo 4.8). Sağlık taramasına katılan personelin tarama öncesinde kullandığını beyan ettiği kalp damar sistemine ait ilaç kullanımı %63,6'dır. Endokrin sistem ilaçlarını kullanımı %20,6 olarak saptanmıştır (Tablo 4.9). TÜİK tarafından 2013 yılında yayınlanan Sağlık Araştırması 2012'ye göre 15 yaş ve üzerinde son 2 hafta içerisinde hekim tarafından önerilen veya reçete edilerek ilaç kullananların hastalık dağılımı incelendiğinde hipertansiyon %8,1 en çok ilaç reçete edilen hastalık olmuş, ikinci sırada da %3,9 eklemde ağrı (eklem hastalığı, eklem iltihabı (artrit) ilaçları geldiği görülmüştür (80). Araştırmada kalp damar ilaçları kullanımının içinde hipertansiyon ve kalp yetmezliği ilaçları birlikte %13,4 olarak bulunmuştur. Bu sonuç TÜİK'in Sağlık Araştırması 2012'den yüksektir. Bunun nedeni TÜİK'in araştırmasında yaş dağılımının daha küçük yaşlardan başlaması nedeni ile hipertansiyonun daha az yer alması olabilir. Bir diğer neden de TÜİK'in araştırmasında sadece son 2 hafta içindeki ilaç kullanımı belirtildiğinden, hipertansiyon daha az saptanmış olabilir.

Sağlık taramasına katılan personele, tarama sonrasında kullanması önerilen beslenme ve kan hastalıklarında kullanılan ilaçlar %67,6 olarak bulunmuştur. Taranan personele önerilen kalp damar sistem ilaçları ise %43,1 olarak saptanmıştır (Tablo 4.9). Türkiye ilaç pazarında 2013 yılında %11,6 ile antibiyotikler; tedavi gruplarına göre ilaç tüketimi sıralamasında en çok harcama yapılan ürün grubudur. Antibiyotikleri; %9,4 ile onkoloji ilaçları, %8,5 ile kalp-damar ilaçları ve %7 ile

romatizma ilaçları izlemektedir (164). Bu sonuçlardaki farklılık taramaya çoğu kez kendini sağlıklı gören ve şikâyeti olmayan kişilerin başvurması nedeni ile olabilir. Ayrıca Türkiye ilaç pazarı verilerine kişilerin kronik hastalık nedeniyle kullanımına devam ettikleri ilaçları ve yeni başlanan ilaçlarının toplamının dâhil olmasından da kaynaklanmış olabilir.

2005-2009 yılları arasında taranan kadrolu personelin ölçülen kan basınçları %74,1'i ideal bulunmuş, %25,4'ü hipertansiyon sınırlarında saptanmıştır. Bu veri sistolik ve diyastolik basınçların ölçülmesi ile incelenmiştir. Önceden hipertansiyon tanısı alanlar, ilk defa hipertansiyon saptananlar ve beyaz önlük hipertansiyonu nedeni ile hipertansiyon kesin tanısı konmayanlar bu veriye dâhildir. Türkiye'de 26 ilde yapılan ve 2012 yılında yayınlanan Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışmasına PatenT2'ye göre Türkiye'de hipertansiyon prevalansı 18 yaş üzeri tüm yaş gruplarında %30,3; erkeklerde %28,4, kadınlarda %32,3 olarak saptanmıştır. Çalışmanın yapıldığı Sıhhiye Yerleşkesinde sağlık ile ilgili bölümler bulunduğu için, personelin hipertansiyondan korunma konusunda (tuz kullanımını azaltma, kilo verme vb.) daha bilinçli ve bilgili olma olasılığı hipertansiyonun Türkiye prevalansından düşük bulunmasına neden olmuş olabilir (43). Tarama sonrasında beyaz önlük hipertansiyonu çıkarıldıktan sonra tanı konduğundan kesin hipertansiyon tanısı alanların yüzdesi de düşmektedir.

Laboratuvar referans aralıkları belirlenirken; popülasyonun özellikleri, diyet, fiziksel çevre, sosyoekonomik durumlar, teknik ve referans grubun seçimine bağlı olarak laboratuvarlar ve bölgeler arası farklılıklar olmaktadır. Bu nedenle başka bir toplumun referans değerlerinin alınması yerine her laboratuvarın kendi referans aralıklarını belirlemesi en ideal olandır (165-167).

Bir hastada sadece laboratuvar değerinde referans aralığına göre yükseklik ya da düşüklük olması kişinin hasta ya da normal olduğu göstermemektedir. Kişinin özgeçmiş, soygeçmiş, kullandığı ilaçlar, ameliyat, kaza öyküleri, fizik muayenesi, varsa radyolojik görüntülemeler veya diğer tetkiklerin hepsi laboratuvarla beraber değerlendirilir. Örneğin araştırmada ALT referansı 5-40

arasında olmakla beraber hastanın sonucu 41 ise bu klinik açıdan çok da anlamlı değildir. Alt değerlendirilirken birkaç kat yükseklikler anlamlıdır.

Her bireyin kendi referansı olduğu da söylenebilir. Örneğin bir hipotiroidi hastası tiroid hormonu alıyorsa, kan tiroid hormon test değerleri normal sınırlarda olabilir. Ancak bu durumda kişinin aldığı ilacın etkinliğinin gözlenmesi için tiroid hormonu bakılmaktadır, ancak bu kişinin kan tiroid hormon düzeyi normale bile sadece referansa bakılarak bu kişiyi normal ve sağlıklı olarak değerlendirmek hatalı olmaktadır.

Her laboratuvarın kullanmış olduğu cihazlar ve kitlerine göre referans aralıkları değişken olduğundan, farklı ülkelerin referans aralıklarını karşılaştırmak, farklı bölgelerin referans aralıklarının karşılaştırmak, hatta farklı laboratuvarların referanslarını karşılaştırmak da doğru bir yaklaşım olmamaktadır. Bu nedenlerden dolayı kan biyokimya sonuçları farklı referanslı başka laboratuvar sonuçları ile karşılaştırılmamıştır.

Sağlık taramasında dosyaları incelenen personelin beyan ettiği tanılarının %25,2'sinin “yakınması veya bilinen teşhisi olmayan kişilerin genel muayene ve incelemesi” olduğu bulunmuştur (Tablo 4.29). TÜİK Sağlık Araştırması 2012'ye göre Türkiye'de yaşayan erkeklerin %77,1'i, kadınların ise %64,5'i genel sağlık durumunu çok iyi ya da iyi olarak beyan etmiştir (80). Bu sonuçlar tam olarak karşılaştırılabilir olmamakla beraber Sıhhiye Yerleşkesinde doktora hiç bir hastalığı olmadığını beyan eden kişilerin kendilerini iyi hisseden kişiler oldukları düşünülebilir. Taramaya katılan personelin hiçbir hastalık beyan etmeme durumu ise düşüktür. Bunun olası sebepleri Sıhhiye Yerleşkesinde Üniversite hastanesinin olması, kendilerinin de sağlıkla ilgili birimlerde çalışmalarını nedeniyle topluma göre hastalıklar konusunda daha fazla duyarlı ve bilgili olmaları, topluma göre var olan hastalıklarını daha erken ve hızlı tanı olanaklarına sahip olmalarından kaynaklanmış olabilir.

Sağlık taramasında dosyaları incelenen personelin %34,4'üne “endokrin, nütrisyonel ve metabolik hastalıklar” tanısı konulmuştur (Tablo 4.29).

Taranan personelin %20,0'ına “semptomlar, belirtiler ve anormal klinik, laboratuvar bulguları başka yerde sınıflanmamış” tanısı konulmuştur (Tablo 4.29).

Tanı konulan personelin %14,3'ü “yakınması veya bilinen teşhisi olmayan kişilerin genel muayene ve incelemesi” olduğu, %10,1'i de “üreme ve boşaltım sistemi hastalıkları” ve “dolaşım sistemi hastalıkları” olduğu bulunmuştur (Tablo 4.29).

Sağlık taramasına katılmayan personelin neden katılmadığı bilinmemektedir. Bu personel tarama süresinde ölüm, hastalık nedeni ile raporlu olma, başka bölüme nakil, emeklilik, askere gitme, izine ayrılma (doğum izni, yurt dışı eğitim, vb. gibi nedenlerle) taramaya katılmamış olabilir. Ayrıca hastalığının bilinmesini istemediğinden de taramaya katılmamış olabilir. Bu da yakalanan vakaların gerçekte olandan daha az olarak saptanmasına yol açmış olabilir. Bunun dışında muayene eden doktorların uzmanlık alanları dışındaki alanlardaki vakaları etkin olarak saptayamamış olmaları da olasıdır. Bu da bulunan vakaların gerçekte olduğundan daha az saptanmasına yol açmış olabilir. Sağlık taraması sırasında bazı personelin verilen tüm testleri yaptırmadığı da görülmüştür. Ayrıca testlerini yaptırsa bile örneğin smearlerde “yetersiz specimen”, kan sonuçlarında pıhtılaşma olması, örnek gelmedi vb. şeklinde raporlar da geldiği görülmüştür. Bu personel, tekrar aynı testlerini yaptırmayabiliyordu. Bu nedenden dolayı saptanan tanı sayısı ve türü gerçekte olan tanıdan daha az olmuş olabilir.

5.2. Tanılarla İlişkili Faktörler

Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesinde kadrolu personelde yapılan sağlık taramasında personelin beyan ettiği hastalıklar ve taramayla saptanan hastalıklar nutrisyonel anemi, tiroid bezi bozuklukları, diabetes mellitus, obezite, metabolik bozukluklar, lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler, hipertansif hastalıklar, iskemik kalp hastalığı, atriyoventriküler ve sol dalcık bloğu, karaciğer hastalıkları, osteoporoz, üriner sistemin diğer hastalıkları olmuştur. Bu hastalıklarla ilişkili faktörlere ait Odds Ratio değerleri çok değişkenli lojistik regresyon analizleri ile yaş, cinsiyet, kadro durumu, medeni durum için düzeltme yapıldıktan sonra hesaplanmıştır.

Anemi

Sağlık taramasına katılan kadrolu personelin %3,4'üne nutrisyonel anemi tanısı konulmuş, %2,7'sinde de nutrisyonel anemi tanısı beyan edilmiştir. (Tablo

4.34). Taramaya katılan personelin nutrisyonel anemi prevalansı %5,9 olarak bulunmuştur. TÜİK tarafından yürütülen Sağlık Araştırması 2012'ye göre onbeş yaş ve üzeri bireylerde hastalık/sağlık sorunu yaşadığını belirtenlerin %5,6'sında, hekim tarafından teşhis edilen hastalık/sağlık sorunlarının ise %5,3'ünde anemi olduğu bulunmuştur (80). Taranan personelde anemi sıklıkları Türkiye ortalamasına benzer olmakla birlikte biraz yüksek bulunmuştur. TÜİK Sağlık Araştırmasında yaş dağılımı 15 ve üzeri yaş olarak alınmıştır, sağlık taramasında ise en küçük yaş 20'den başlamaktadır ve ortanca yaş 40'dır. Literatürde anemi prevalansının çocuk doğurma yaşlarındaki kadınlarda daha yüksek olduğu belirtilmiştir (98). Taramadaki anemi prevalansındaki yüksekliği yaş dağılımındaki farklılıktan kaynaklanmış olabilir. Diğer bir neden de Sıhhiye Yerleşkesinde bulunan Üniversite Hastanesi nedeniyle üniversite çalışanlarının sağlık hizmetlerine ulaşımı topluma nazaran daha kolay olabilmektedir. Ayrıca TÜİK'in araştırmasındaki anemi sıklığı hastanın beyanına dayalı ya da doktora gidebilenin sonucu olduğundan bu kişilerin anemilerinin tamamı teşhis edilmemiş de olabilir.

Taramaya katılmış olan kadın personelde hem beyan edilen hem de tanı konulan nutrisyonel anemi vakaları anlamlı olarak erkek personelden yüksek bulunmuştur (Tablo 4.34). Ayrıca kadın personelde nutrisyonel anemi beyan edilme olasılığı, erkek personelden 10,42 kat daha fazladır ($p<0,05$) (%95GA 3,53-30,78) (Tablo 4.46). Sağlık Araştırması 2012'ye göre tarama sonuçlarına benzer olarak onbeş yaş ve üzeri bireylerde beyan edilen sağlık sorunlarının dağılımında anemi sıklığı (%9,8), erkeklerden (%1,2) yüksek bulunmuştur (80). Ayrıca Türkiye'de hastalık kadınlarda yükünü (DALY) oluşturan ilk 20 hastalığın cinsiyete göre toplam yüzde incelendiğinde kadınlarda demir eksikliği anemisinin %3,8 ile 5. sırada geldiği, dağılımı erkeklerde ise ilk 20 hastalık grubu içinde yer almadığı gösterilmiştir (34). Ayrıca literatürde erişkin yaş grubunda anemi prevalansının, çocuk doğurma yaşlarındaki kadınlarda yüksek olduğu belirtilmektedir (98).

Taranan kadrolu personelde 40 yaş ve altında olanlarda %4,6, 41 yaş ve üzerinde olanlarda ise %2,3 nutrisyonel anemi tanısı konulmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.34). Anemi toplumda her yaş grubunda görülmekle birlikte, özellikle çocuklarda ve gebe kadınlarda daha sık rastlanmaktadır (168,169). 40 yaş ve altında olan grubun, 41 yaş ve üzeri gruba göre doğurganlık yaşlarını daha çok içerdiği

düşünülebilir. Bu nedenle de taranan personelde bu yaş grubunda anemi sıklığı yüksek çıkmış olabilir.

Sağlık taramasına katılan kadrolu idari personelin nutrisyonel anemi olma olasılığı, akademik personele göre 2,3 kat daha fazla olarak bulunmuştur ($p<0,05$) (%95GA 1,22-4,36). Literatürde de çeşitli çalışmalarda beslenme eğitiminin anemiden korunmada önemi vurgulanmıştır (170). Sıhhiye Yerleşkesinde Sağlık alanındaki bölümler yer aldığından buradaki akademik personel, anemi konusunda ders verebilmekte ya da bu bölümlerle işbirliği içinde çalışmaktadır. Akademik personelin eğitim düzeyi idari personele göre genel olarak yüksek grup olduğundan anemini tanı, tedavisi ve korunma konusunda daha bilinçli ve bilgili olabileceği ve bunun da idari personel göre daha az anemi tanısı almalarına yol açtığı düşünülmüştür. Ayrıca akademik personelin sosyoekonomik düzeyi genel olarak idari personele göre daha yüksek grup olduğundan yeterli ve dengeli beslenme konusunda daha iyi olanaklara sahip olabilmelerinden (Örneğin akademik personel kafeteryasının, ya da kampüs içinde daha çok akademik personelin faydalandığı restoranlarda farklı seçeneklerde yiyecek seçim olanaklarının olabilmesi, kırmızı et, meyve vb. tüketme olanaklarının daha fazla olabilmeleri vb.) kaynaklanmış olabilir.

Tiroid bezi bozuklukları

Sağlık taramasına katılan kadrolu personelin %4,3'ünde tiroid bezi bozuklukları tanısı konulmuş, %7,5'inde de tiroid bezi bozuklukları belirtilmiştir (Tablo 4.35). Taramaya katılan personelin tiroid bezi bozuklukları prevalansı % 11,2'dir. TÜİK tarafından yürütülen Sağlık Araştırması 2012'ye göre onbeş yaş ve üzeri bireylerde hastalık/sağlık sorunu yaşadığını belirtenlerin %3,5'inde, hekim tarafından teşhis edilen hastalık/sağlık sorunlarının ise %3,4'ünde tiroid bezi bozuklukları olduğu bulunmuştur (80). Taranan personelde doktor tarafından tanı konulan tiroid bozuklukları vakalarının sıklığı Türkiye prevalansına benzerken, personel tarafından beyan edilen vakalarda ise Türkiye prevalansından yüksek çıkmıştır. Bunun sebebi Sıhhiye yerleşkesinde çalışan personelin sağlıkla ilgili birimlerde çalışmaları nedeni ile topluma nazaran daha çok tanı alma imkânı olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca personelin beyanına göre aile öyküsünde guatr olanlar %13,4'dür (Tablo 4.4). Bir diğer neden de çoğu kez üniversite

yemekhanesinde yemek yiyen personelin yemekhanede iyotlu tuz kullanımları ile ilgili olabilir.

Sağlık taramasına katılan kadın personelin %6,0'ında, erkek personelin ise %2,8'inde tiroid bezi bozuklukları tanısı konulmuş ($p<0,05$) (Tablo 4.35) ve kadın personel, erkek personelden 2,37 kat fazla tanı almıştır ($p<0,05$) (%95 GA:1,27-4,43) (Tablo 4.47). Beyan edilen tanılar açısından ise tiroid bezi bozuklukları kadında %12,8, erkekte %2,5 olup ($p<0,05$) (Tablo 4.35), tiroid bezi bozuklukları kadın personelde erkek personelden 7,3 kat daha fazla olarak bulunmuştur ($p<0,05$) (%95GA 4,19-12,73) (Tablo 4.47). Sağlık Araştırması 2012'ye göre onbeş yaş ve üzeri bireylerde beyan edilen sağlık sorunlarının dağılımında tiroid bezi bozuklukları sıklığı kadınlarda %5,9 olup, erkeklerden (%0,9) fazladır (80). Her iki çalışmada da kadınlarda erkeklere nazaran benzer şekilde daha yüksek olarak tiroid bezi bozuklukları görülmüştür.

Akademik personelde tanı konulan tiroid bezi bozuklukları %6,0, idari personelde ise %3,4 olmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.35). Beyan edilen tiroid bezi bozuklukları ise akademik personelde %9,5, idari personelde %6,5 olmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.35). Hem beyan edilen tanılarda hem de konulan tanılarda akademik personeldeki tiroid bezi hastalığının idari personelden fazla görülmesi, akademik personelin eğitim düzeyi yüksek grup olması ile ilişkili olabilir. Beyan edilen tanılar açısından akademik personelin tiroid hastalıkları ile ilgili tarama ve kontrolünü, idari personelden daha fazla yaptırmış ve daha çok tanı almış olabileceği düşünülmüştür.

Taramaya katılan personelin beyan ettiği tanılarında tiroid bezi bozuklukları olan grupta, tiroid bezi bozuklukları olmayan gruba göre 41 yaş ve üzerindeki personel 40 yaş ve altındaki personelden 1,74 kat yüksek olasılıkta bulunmuştur ($p<0,05$) (%95 GA 1,14-2,63) (Tablo 4.47). Literatürle çeşitli çalışmalarda tiroid bezi hastalıklarının ileri yaşlarda daha sık görüldüğü gösterilmiştir. Tarama sonuçları da literatürle uyumludur (99,101,102).

Diabetes Mellitus

Sağlık taramasına katılan kadrolu personelin %0,9'ında diabetes mellitus tanısı konulmuş, %1,6'sında diabetes mellitus tanısı olduğu beyan edilmiştir (Tablo

4.36). Taramaya katılan personelin diabetes mellitus prevalansı % 2,6'dır. TÜİK tarafından 2013 yılında yayınlanan Sağlık Araştırması 2012'ye göre 15 yaş ve üzerinde bireyler tarafından belirtilen hastalıkların dağılımı incelendiğinde diabetes mellitus (DM) %6,8, hekim tarafından teşhis edilen sağlık sorunlarının dağılımı incelendiğinde ise %6,7 olarak bulunmuştur (80). Taramaya katılan personelin diabetes mellitus sıklığının Türkiye ortalamasının altında kaldığı görülmüştür. Literatürdeki çeşitli çalışmalarda kilo kaybı, fizik aktiviteyi artırma vb. sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri uygulayanlarda diabetes mellitusun geciktirilebileceği, hatta önlenilebileceği gösterilmiştir (11,54,55,92-95). Taramaya katılan personel, Üniversite personeli olduğundan DM konusunda duyarlılığı, eğitim seviyesi toplumdan yüksektir. Diabetes mellitustan korunmada yaşam tarzı değişikliklerini uygulama olasılıkları, toplumdan yüksektir. Bu nedenle de DM sıklığı Türkiye prevalansında düşük çıkmış olabilir. Schuster ve arkadaşlarının 2011'de yayınladığı bir çalışmada glisemik kontrolün akademik bir merkezde oldukça güvenli ve etkili şekilde yapılabildiği gösterilmiştir (89). Hacettepe Üniversitesi akademik bir merkezdir. Bu da personelde glisemik kontrolde başarıyı arttırmış ve prediyabet vakalarının da aşikar diabetes mellitusa ilerlemesini geciktirmiş ya da önlemiş olabilir.

TÜİK Sağlık Araştırması 2012'ye göre 15 yaş ve üzerinde tüm Türkiye'de bireyler tarafından belirtilen hastalıkların dağılımı incelendiğinde DM erkeklerde %5,6, kadınlarda % 8,0, aynı çalışmada hekim tarafından teşhis edilen sağlık sorunlarının dağılımı incelendiğinde ise DM erkeklerde %5,5, kadınlarda %7,9 olarak bulunmuştur (80). Hacettepe Üniversitesindeki sağlık taramasında ise, kadın personelin %0,1'inde, erkek personelin ise %1,7'sinde DM tanısı konulmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.36). Ayrıca erkek personelde diabetes mellitus tanısı konulma olasılığı, kadın personelden 9,09 kat fazla olarak bulunmuştur ($p<0,05$) (%95 GA:1,54-91,35) (Tablo 4.48). Bu sonuçlar, Türkiye'deki DM sıklığından hem daha az, ancak farklı olarak erkek personelin riskinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bunun sebebi erkek personelde fazla kilolu ve obez olma durumunun (%65,7), kadın personelden (%33,3'ü) anlamlı olarak yüksek bulunmuş olması olabilir ($p<0,05$) (Tablo 4.31).

Sağlık taramasına katılan, 41 yaş ve üzerindeki personelin %2,8'inde, 40 yaş ve altı personelin ise %0,4'ünde DM tanısı olduğu beyan edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.36). Ayrıca 41 yaş ve üzeri personelde DM beyan edilme olasılığı, 40 yaş ve altına göre 6,09 kat daha fazla olarak bulunmuştur ($p<0,05$) (%95GA 1,76-21,07) (Tablo 4.48). Bonora, (2004. s. 1782) “ileri yaşın tip 2 diabetin önemli belirleyicilerinden” olduğunu belirtmiştir (88). Sağlık taramasına katılan personelde de literatürle benzer şekilde beyan edilen tanılarda ileri yaş önemli bir belirleyici olarak çıkmış, ancak tanı konulan DM vakalarında yaşın bir etkisi görülmemiştir. Bunun bir nedeni taranan personelin, sağlık eğitimi yapan bir yerleşkede yer aldığından ve Üniversite hastanesi de kampüs içinde olduğundan DM’u önleyebilecek veya geciktirebilecek önlemler konusunda farkındalıklarının yüksek olması olabilir (kilo kontrolü, fizik aktivitenin önemi, uygun diyet vb.) ve bu da tanı konulan aşikar DM vakalarının yüksek çıkmamasına yol açması olabilir. Bir diğer neden de tanı konulan DM vaka sıklığının değiştirilemeyen risk faktörleri olan aile öyküsünden kaynaklanması olabilir. Tanı konulan diabetes mellitus vakalarının %53,8'inde aile öyküsünde DM, anlamlı olarak DM olmayanlardan (%46,2) yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.32).

Obezite

Sağlık taramasına katılan kadrolu personelin %6,7'sinde obezite tanısı konulmuş, (Tablo 4.44) %0,8'inde de obezite (Tablo 4.47) tanısı beyan edilmiştir. Taramaya katılan personelin obezite prevalansı %7,2'dir. 1998 yılı TURDEP I çalışmasında erişkin toplumunda obezite prevalansı %22,3 olarak iken, 2010 yılı TURDEP II çalışmasında ise erişkin toplumunda obezite prevalansı %31,2'ye yükselmiştir (59,61). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA-2010) sonuçlarına göre ise obezite sıklığı; 19 yaş ve üzerinde bireylerde %30,3'dür (62). TÜİK tarafından yürütülen Sağlık Araştırması 2012'ye göre onbeş yaş ve üzeri bireylerin vücut kitle indeksine göre %17,2'sinde, obezite olduğu bulunmuştur (80). Sağlık taramasına katılan personelin obezite prevalansı Türkiye'de yapılan bu çalışmalardan düşük bulunmuştur. Bunun nedenleri Sıhhiye yerleşkesindeki personelin sağlık alanında eğitim veren birimlerde çalışmalarını nedeni obezite konusunda topluma nazaran bilgili olmaları, aynı kampüs içinde diyetisyene ve

doktora ulaşımlarının kolay olması, Üniversitenin farklı spor aktivitelerine katılma olanaklarının topluma nazaran kolay olması olabilir.

Sağlık taramasına katılan kadın personelde hem beyan edilen hem de tanı konulan obezite vakalarının sıklığı, erkek personelden düşük bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.37). Ayrıca taramaya katılan erkek personelde obezite beyan edilme olasılığı, kadın personele göre 12,15 kat fazla bulunmuştur ($p<0,05$) (%95GA 1,42-103,96) (Tablo 4.49). TURDEP 1 ve 2 çalışmalarında kadınlarda obezite prevalansı erkeklerden yüksektir (59,61). TBSA-2010 sonuçlarına göre de obezite sıklığı kadınlarda yüksek bulunmuştur (59). Üniversite personelinde tüm bu çalışmalardan farklı olarak obezite sıklığı erkeklerde daha yüksektir. TÜİK, Nüfus ve Konut Araştırması, 2011'e göre Türkiye'de nüfusun eğitim düzeyine göre dağılımını incelendiğinde kadınların eğitim olanaklarından erkeklerle eşit derecede yararlanamadığı gözlenmektedir (159). Sağlık taramasında ise kadınların obezite sıklığının erkeklerden düşük olmasının nedeni, Üniversitenin Sıhhiye yerleşkesinde kadın personelin eğitimli bir grup olması nedeniyle toplumdan farklı olarak obezite konusunda daha bilinçli olabilmelerinden kaynaklanması olabilir.

Taramaya katılan 40 yaş ve altındaki personelin %1,9'una, 41 yaş ve üzerindeki personelin ise %11,4'üne obezite tanısı konulmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.37). 41 yaş ve üzeri kadrolu personeline obezite tanısı konulma olasılığı, 40 yaş ve altındaki personele göre 5,69 kat fazladır. Kutlutürk ve arkadaşlarının 2011'de yayınladığı ve Tokat İlinde yapılan bir çalışmada BKİ en yüksek 40-49 yaş aralığında bulunmuştur. TURDEP 1 çalışmasında da obezite prevalansın 30'lu yaşlarda arttığı, 45-65 yaşları arasında pik yaptığı görülmüştür. Bu sonuçlar benzerlik göstermektedir (61,63).

Taramada dosyaları incelenen personelin evlilik yaşamı olanlarının %8,3'üne, evlilik yaşamı olmayanların ise %1,3'üne obezite tanısı konmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.37). Evlilik yaşamı olan personele obezite tanısı konulma olasılığı, evlilik yaşamı olmayan personele göre 3,84 kat fazla bulunmuştur ($p<0,05$) (%95GA 1,33-11,11) (Tablo 4.49). Bunun sebebi sağlık taramasına katılan evlilik yaşamı olan personelin %55,1'i 41 ve üzeri yaşta, %44,9'u 40 yaş ve altında olması olabilir ($p<0,05$) (Tablo 4.33). Bu sonuca benzer olarak Efil'in 2005 yılında Afyon İlinde sağlık personelinde yaptığı bir çalışmada evli olanlarda

obezite, bekarlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada da obezitesi olan grubun yaş ortalaması obezitesi olmayan gruptan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($P<0,001$) (64).

Sağlık taramasına katılan akademik personelin %3,9'unda, idari personelin ise %8,2'sinde obezite vakaları saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.37). İdari personelin obez olma olasılığı, akademik personelden 1,76 kat fazladır ($p<0,05$) (%95GA 1,01-3,06) (Tablo 4.49). Bu sonuca benzer olarak 2014 yılında yayınlanan ve Çin'de Jiangnan Üniversitesinin 2428 çalışanında yapılan metabolik sendrom ve bileşenlerinin araştırıldığı bir çalışmada yaşa göre düzeltme yapıldıktan sonra obezite olan grupta obezite olmayan gruba göre, idari personel akademik personelden 1,85 kat daha yüksek olasılıkta bulunmuştur ($p<0,05$) (%95GA 1,15-2,98) (66). Jiangnan Üniversitesinde idari işler ya da ofis işleri genellikle çok fazla oturarak yapılan sedanter davranış biçimlerini içeren işler olarak, akademik işler ise genellikle ders vermek için binalar arasında hareketi gerektiren işler olarak tanımlanmıştır. (66). Literatürde çok fazla akut ve kronik kesintisiz olarak oturarak yapılan işlerin fiziksel aktiviteden bağımsız olarak düşük enerji harcanması, azalmış insülin ve azalmış iskelet kısı lipoprotein lipase aktivitesine bağlı olarak kardiyometabolik risklerin artışı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (67-69). Taramada idari personeldeki obezite sıklığındaki yükseklik nedeninin Jiangnan Üniversitesindeki nedenlere benzer olabileceği düşünülmüştür.

Lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler

Sağlık taramasında saptanan metabolik bozuklukların büyük bir kısmını lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler oluşturmaktadır (Bkz. EK 4). Bu nedenle tartışma lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler tabloları üzerinden yapılmıştır.

Taramaya katılan personelin %23,4'üne lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler tanısı konulmuş, %5,3'ünde de lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler tanısı beyan edilmiştir (Tablo 4.49). Taramaya katılan personeldeki lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemilerin prevalansı %27,7 olarak saptanmıştır. Dünyada 2008 yılı için erişkinler arasında kan total kolesterolün yüksekliği, %39 olarak saptanmıştır (108).

Tarama sonuçları dünya verilerinin altında bulunmuştur. Kolesterol yüksekliği prevalansı, ülkelerin gelir düzeyine göre değişiklikler göstermekte ve gelir düzeyi düşük olan ülkelerde erişkinlerin yaklaşık dörtte birinde, gelir düzeyi yüksek ülkelerde de yaklaşık olarak %50'sinde görülmektedir (108). Bu nedenle kan total kolesterolün dünyada verilerine gelişmiş ülkelerdeki yüksek prevalansın da dâhil olmasının etkisi ile tarama sonuçlarından daha yüksek bulunmuş olabilir. TÜİK tarafından yayınlanan Sağlık Araştırması 2012 çalışmasına göre 15 ve üzeri yaştaki bireyler tarafından son 2 hafta içerisinde hekim tarafından önerilen veya reçete edilerek ilaç kullananların kan kolesterol seviyesinde yükselme toplamda %2,1 olarak saptanmıştır (80). Tarama sonuçları bu çalışmadan yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi TÜİK'in araştırmasının yaş dağılımının daha küçük yaşlardan başlaması, sadece son iki haftayı içermesi ve sadece ilaç reçete edilen vakaların sayılmış olmasından kaynaklanabilir.

Taramaya katılan personelde lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler tanısı konulan grupta erkek personel, kadın personelden 2,50 kat yüksek olasılıkla saptanmıştır ($p<0,05$) (%95 GA 1,81-3,33) (Tablo 4.51). Dünya ve Türkiye kan kolesterol yükseklik prevalansları ise kadında daha yüksektir (80,108). Bunun sebebi taramaya katılan erkek personelde fazla kilolu ve obez olma durumunun (%65,7), kadın personelden (%34,3'ü) anlamlı olarak yüksek bulunmuş olması olabilir ($p<0,05$) (Tablo 4.31) (80,108,110).

Sağlık taramasına katılan 41 yaş ve üzerindeki personelde lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler tanısı konulma olasılığı, 40 yaş ve altı personele göre 2,74 kat fazla olarak bulunmuştur ($p<0,05$) (%95GA 2,07-3,62) (Tablo 4.51). Beyan edilen tanılarda da 41 yaş ve üzerindeki personelde lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler tanısı saptanma olasılığı, 40 yaş ve altı personele göre 6,74 kat fazla olarak bulunmuştur ($p<0,05$) (%95GA 3,30-13,80) (Tablo 4.51). Bu sonuçlar literatür ile uyumludur (109).

Taramaya katılan akademik personelde; lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler bulunma olasılığı, tanı konulan vakalarda 1,66 kat ($p<0,05$) (%95GA 1,24-2,22), beyan edilen vakalarda da 1,75 kat ($p<0,05$) (%95GA 1,04-2,94) idari personele göre yüksek saptanmıştır (Tablo 4.51). Bunun olası nedenleri, taramaya katılan akademik personelin eğitim düzeyi idari

personelden genel olarak daha yüksektir ancak literatürde lipid düşürücü ilaçların yan etkileri nedeniyle hasta uyumunun bozulduğu ve hastaların ilaçlarına devam etmeyebildikleri gösterilmiştir (171). Akademik personelin ilaç kullanım durumu araştırılmalıdır.

Evlilik yaşamı olan personelde beyan edilen lipoprotein metabolizması bozuklukları görülme olasılığı, evlilik yaşamı olmayan personele göre 2,44 kat fazladır ($p<0,05$) (%95GA 1,01-5,88) (Tablo 4.51). Bunun sebebi evlilik yaşamı olan personelin %55,1'inin 41 ve üzeri yaşta, %44,9'unun 40 yaş ve altında olması olabilir ($p<0,05$) (Tablo 4.33). Ayrıca bir diğer neden de evlilik yaşamı olan personelin %56,7'sinin kilolu ve şişman, %43,3'ünün de zayıf ve normal olması olabilir ($p<0,05$) (Tablo 4.34).

Hipertansif hastalıklar

Sağlık taramasına katılan kadrolu personelin %2,9'una hipertansif hastalıklar tanısı konulmuş %7,9'unda da hipertansif hastalıklar beyan edilmiştir (Tablo 4.40). Taramaya katılan personelin hipertansiyon prevalansı %10,46'dır. TÜİK tarafından yaptırılan 2012 yılı Sağlık Araştırmasına göre; 15 ve üzeri yaş bireyler tarafından belirtilen hastalık/sağlık sorunlarından hipertansiyon %13,2 olarak saptanmıştır (80). Türkiye'de hipertansiyon prevalansı PatenT çalışmasına göre %31,8, PatenT2'ye göre %30,3'dür (42,43). Sağlık taramasında hipertansiyon Türkiye verilerinden düşük bulunmuştur. Bunun sebebi taranan personelin sağlıkla ilgili bir üniversite yerleşkesinde çalıştıklarında tuz tüketimi, kilo kontrolü gibi koruyucu önlemleri toplumdaki daha fazla uygulayabilmiş olmaları olabilir. Diğer bir neden de yaş farklılığı olabilir.

Sağlık taramasına katılan kadrolu erkek personelde hipertansif hastalıklar saptanma olasılığı, kadın personele göre 3,13 kat fazla olarak bulunmuştur ($p<0,05$) (%95GA 1,28-7,69) (Tablo 4.52). PatenT (2005) çalışmasına göre hipertansiyon prevalansı erkeklerde %27,5, kadınlarda ise %36,1 olarak saptanmış, PatenT2 (2012) hipertansiyon prevalansı erkeklerde %28,4, kadınlarda %32,3 olarak saptanmıştır (42,43). Hipertansiyon prevalansının taramada erkeklerde daha yüksek çıkmasının sebebi literatürde kilo kontrolünün kan basıncı kontrolünde önemli olduğunu gösterilmiştir (48,172). Taramada da erkek personelde fazla kilolu ve

obez olma durumunun (%65,7), kadın personelden (%33,3'ü) anlamlı olarak yüksek bulunması olabilir ($p<0,05$) (Tablo 4.31).

Sağlık taramasına katılan 41 yaş ve üzerindeki personelde 40 yaş ve altı personele göre hipertansif hastalıklar bulunma olasılığı, beyan edilen vakalarda 5,63 kat yüksek ($p<0,05$) (%95GA 3,32-9,54), tanı konulan vakalarda da 6,59 kat yüksek saptanmıştır ($p<0,05$) (%95GA 2,50-17,35) (Tablo 4.51). Bu sonuç literatürdeki çalışmalara benzer bulunmuştur (42,43).

Taramaya katılan ve evlilik yaşamı olan personelde beyan edilen hipertansif hastalıklar (%8,8) evlilik yaşamı olmayan personele göre (%5,0) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. ($p<0,05$) (Tablo 4.40). Literatürde kan basıncının yaşla beraber arttığı gösterilmiştir (42). Taramada evli personelde hipertansif hastalıkların yüksek bulunmasının nedeni evli olan personelin %55,1'i 41 yaş ve üzerinde, %44,9'u 40 yaş ve altında olması olabilir ($p<0,05$) (Tablo 4.33). Ayrıca literatürde kilo kontrolünün kan basıncı kontrolünde önemli olduğu gösterilmiştir (48). Taramada da evlilik yaşamı olan personelin kilolu ve şişman olanlarının (%56,7) anlamlı olarak zayıf ve normal personelden (%43,3)($p<0,05$) yüksek bulunması (Tablo 4.34) hipertansiyonun evlilik yaşamı olan personelde yüksek bulunmasına katkı sağlamış olabilir.

Taramaya katılan ve dosyaları incelenen akademik personelde hipertansif hastalıklar (%10,1) idari personelden (%6,7) anlamlı olarak yüksek beyan edilmiştir. ($p<0,05$) (Tablo 4.40). Hipertansif hastalıkların beyan edilme olasılığı akademik personelde idari personele göre 1,56 kat daha fazla saptanmıştır ($p<0,05$) (%95GA 1,02-2,38). Bunun sebebinin akademik personelin aile öyküsünde hipertansiyonun %62,3 iken, idari personelin aile öyküsünde hipertansiyonun %42,7'si olması olabilir ($p<0,05$). Ayrıca literatürde akademisyenlerde tükenmişlik duygusunun giderek artmakta olduğu, kronik stresin de hipertansiyona yol açtığı gösterilmiştir (40,41). Bu durum da akademisyenlerde hipertansiyon tanısının yüksek çıkmasına neden olmuş olabilir.

İskemik kalp hastalıkları

Sağlık taramasına katılan kadrolu personelin %4,9'una iskemik kalp hastalıkları tanısı konulmuş, %2,1'inde de iskemik kalp hastalıkları beyan

edilmiştir. (Tablo 4.41) Taranan personelde iskemik kalp hastalıkları prevalansı %6,67 olarak bulunmuştur. TÜİK tarafından yayınlanan Sağlık Araştırması 2012'ye göre 15 yaş ve üzerinde bireyler tarafından belirtilen hastalık dağılımı incelendiğinde, koroner kalp hastalığı ve enfarktüs %5,4, hekim tarafından teşhis edilen hastalık/sağlık sorunlarının dağılımı incelendiğinde ise koroner kalp hastalığı ve enfarktüs %5,0 olarak bulunmuştur (80). Taramada iskemik kalp hastalıkları prevalansı TÜİK Sağlık Araştırmasından yüksektir. Bunun sebebi yaş gruplarının farklılığından olabilir. 2012'de yayınlanan MedCHAMPS projesinde değerlendirilen çalışmalara göre ise 30 yaş üstü koroner kalp hastalığı prevalansı %5,2 ile %10,9 aralığında değişmektedir. Tarama sonuçları da bu aralıkta yer almaktadır (81).

Sağlık taramasına katılan erkek personelde beyan edilen ve tanı konulan iskemik kalp hastalıkları sıklıkları kadın personelden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.41). Ayrıca erkek personelde iskemik kalp hastalığı tanısı konulması olasılığı, kadın personele göre 1,96 kat daha fazla iken ($p<0,05$) (%95GA 1,05-3,57), iskemik kalp hastalığı beyan edilme olasılığı 4,17 kat fazla saptanmıştır ($p<0,05$) (%95GA 1,47-12,5) (Tablo 4.53). TÜİK tarafından yayınlanan Sağlık Araştırması 2012'de kadında daha fazla koroner kalp hastalığı görülse de, MedCHAMPS projesinde değerlendirilen çalışmalara göre 30 yaş üstü koroner kalp hastalığı prevalansı erkeklerde daha yüksektir. Tarama sonuçları da bu çalışmalara benzer olarak iskemik kalp hastalıkları prevalansı erkeklerde yüksek bulunmuştur (80,81).

Taranan personelde 41 yaş ve üzerinde olanlarda hem beyan edilen hem de tanı konulan vakalarda iskemik kalp hastalıkları 40 yaş ve altındaki personelden yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.41). Ayrıca taranan personelin iskemik kalp hastalığı tanısı konulan grubunda iskemik kalp hastalığı tanısı konulmayan gruba göre 41 yaş ve üzerindeki personel 40 yaş ve altındaki personelden 5,46 kat yüksek olasılıkta bulunmuştur ($p<0,05$) (%95GA 2,73-10,92) (Tablo 4.53). Bu sonuç da literatürle benzerdir (71).

Taramaya katılan evlilik yaşamı olan personelde hem beyan edilen hem de tanı konulan vakalarda iskemik kalp hastalıkları evlilik yaşamı olmayan personele göre yüksek bulunmuştur (Tablo 4.41). Lammintausta ve arkadaşlarının 2013'de

yayınladıkları 35-99 yaşları arasındaki 15330 kişiye ait FINAMI kalp krizi kayıtlarından yapılan bir çalışmada yalnız yaşayan ya da evlenmeyenlerde kalp krizi risklerinin arttığı gösterilmiştir (82). Tarama sonuçları literatürle uyumlu değildir. Bunun sebebi yaştan kaynaklanabilir.

Atriyoventriküler ve sol dalcık bloğu

Sağlık taramasına katılan kadrolu personelin %1,6'sına atriyoventriküler sol dalcık bloğu tanısı konulmuş, %0,6'sında da atriyoventriküler sol dalcık bloğu tanısı beyan edilmiştir (Tablo 4.42). Kadrolu personelin atriyoventriküler sol dalcık bloğu prevalansı %2,13 olarak bulunmuştur. Adalet ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada sol dal bloğu, Türkiye prevalansı %5,5 olarak saptanmıştır (83). Taramada prevalansların Türkiye prevalansına yakın olduğu saptanmıştır.

Taranan kadrolu personelde 40 yaş ve altında olanlarda atriyoventriküler ve sol dalcık bloğu tanısı (%2,7), 41 yaş ve üzerinde olanlara göre (%0,6) daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.42). Ayrıca 40 yaş ve altındaki personelin atriyoventriküler ve sol dalcık bloğu olma olasılığı, 41 yaş ve üzerindeki gruba göre 4,35 kat daha fazla bulunmuştur ($p<0,05$) (%95GA 1,43-14,28) (Tablo 4.54). Literatürde ileri yaş grubunda sol dal bloğu artmaktadır (83). Bu sonuç literatürle uyumlu çıkmamıştır. Bu konuda başka araştırmalar yapılmasına ihtiyaç vardır.

Taramada evlilik yaşamı olmayan personelde tanı konulan atriyoventriküler ve sol dalcık bloğu (%2,8) vakaları evlilik yaşamı olan personele göre (%1,2) daha yüksek olarak saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.42). Literatürde de evlilik yaşamının en kuvvetli sosyal dayanışma kurumu olduğu ve sağlıklı yaşam biçimlerinin teşvik edici bir ortam olduğu gösterilmiştir (3). Bu nedenden dolayı atriyoventriküler ve sol dalcık bloğu evlilik yaşamı olan kişilerde daha düşük bulunmuş olabilir.

Karaciğer hastalıkları

Sağlık taramasına katılan kadrolu personelin %3,1'ine karaciğer hastalıkları tanısı konulmuş, %0,8'inde karaciğer hastalıkları tanısı beyan edilmiştir (Tablo 4.43). Karaciğer hastalıkları prevalansı %3,9 olarak saptanmıştır. TÜİK Sağlık Araştırması 2012 çalışmasına göre 15 ve üzeri yaşta bireyler tarafından belirtilen hastalık/sağlık sorunlarının dağılımı incelendiğinde hepatit %0,9 olarak saptanmış,

aynı çalışmada hekim tarafından teşhis edilen hastalık/sağlık sorunlarının dağılımı incelendiğinde ise hepatit %0,8 olarak saptanmıştır (80). Alkolik olmayan yağlı karaciğer tanısının genel popülasyondaki insidansı %10-24 olarak verilmektedir (ABD, Avrupa ve Japonya'da benzer sonuçlar) (112,113). Bu sonuçlar tam olarak karşılaştırılabilir veri değildir. Çünkü taramadaki karaciğer hastalıkları toksik karaciğer hastalığı, kronik hepatit, diğer inflamatuvar karaciğer hastalıkları, karaciğerin diğer hastalıklarını içermektedir. Ancak taramadaki prevalansın düşük bulunduğu söylenebilir. Bunun nedeninin personelin sağlıkla ilişkili bölümlerde çalışmaları nedeni ile karaciğer hastalıklarından korunma konusunda daha bilinçli olabilmelerinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür (ilaçlar ve yan etkileri, hijyen konularında vb.) (115).

Sağlık taramasına katılan kadın personelin %0,9'una, erkek personelin ise %5,3'üne karaciğer hastalıkları tanısı konulmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.43). Erkek personele karaciğer hastalıkları tanısı konulma olasılığı, kadın personele göre 5,56 kat fazla bulunmuştur ($p<0,05$) (%95GA 2,22-14,29) (Tablo 4.55). TÜİK Sağlık Araştırmasında da benzer olarak hepatit erkeklerde daha yüksek bulunmuştur (71). ABD "National Health and Nutrition Evaluation Survey" (NHANES) 3 verilerine göre de NAFLD erkeklerde kadınlardan yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar benzerlik göstermektedir (113,114).

Taramaya katılan ve akademik kadroda olan personele %1,8, idari kadroda olan personele ise %3,9 karaciğer hastalıkları tanısı konulmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.43). Bunun sebebinin idari personelin eğitim düzeyinin akademik personele göre genel olarak daha düşük olması ve idari personelin büyük çoğunluğunun eğitime devam eden grup olmamaları nedeni ile karaciğer hastalıklarının önlenabilir nedenleri konusunda (115) daha az bilgili olabilecekleri düşünülmüştür.

Osteoporoz

Sağlık taramasına katılan personelin %4,8'ine osteoporoz tanısı konulmuş, %3,2'sinde de osteoporoz tanısı beyan edilmiştir (Tablo 4.44). Çalışmada osteoporoz prevalansı %7,6 bulunmuştur. Fracturk çalışmasına göre Türkiye'de osteoporoz prevalansı %24,8 olarak bulunmuştur (173). Aradaki fark yaş dağılımındaki farklılıktan kaynaklanmış olabilir.

Türkiye’de 50 yaş üzerinde osteoporoz prevalansı kadınlarda %12,9, erkeklerde ise %7,5’dur (106). Taranan kadrolu kadın personele konulan osteoporoz tanısı, (%10,1), erkek personele (%0,1) göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.44). Personelin beyan ettiği tanılarda da osteoporoz, kadın personelde (%6,3), erkek personele (%0,3) göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.44). Tarama sonucunda osteoporoz kadınlarda ve erkeklerde Türkiye prevalansının altında kalmakla beraber bu fark her iki çalışmadaki yaş farklılığından kaynaklanabilir. Ayrıca osteoporoz tanısı konulan grupta osteoporoz tanısı konulmayan gruba göre kadın personel erkek personelden 102,24 kat fazla olarak saptanmıştır ($p<0,05$) (%95GA 13,92-750,83) (Tablo 4.56). Personelin beyan ettiği tanılarda da kadınlarda 27,87 kat ($p<0,05$) (%95GA 6,47-119,95) (Tablo 4.56) erkeklerden fazla bulunmuştur. Bu sonuç da literatürle uyumludur (106,107).

Taramaya katılan 40 yaş ve altındaki personelin %0,7’sinde, 41 yaş ve üzerindeki personelin ise %5,6’sında osteoporoz beyan edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4. 44). Ayrıca osteoporoz grubunda osteoporoz olmayan gruba göre 41 yaş ve üzerindeki personele 40 yaş ve altındaki personelden 2,69 kat ($p<0,05$) (%95GA 1,59-4,53) (Tablo 4.56) fazla tanı konulmuş, 12,59 kat ($p<0,05$) (%95GA 4,87-32,58) (Tablo 4.56) da fazla tanı beyan edilmiştir. Bu sonuç da literatürle uyumludur (107).

Taramaya katılan evlilik yaşamı olmayan personelde osteoporoz (%7,2) tanısı konulması, evlilik yaşamı olan personelden (%4,2) anlamlı olarak yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 4.44). Literatüre göre evlilik yaşamının dengeli ve yeterli beslenme, düzenli fizik aktivite gibi vb. sağlıklı yaşam davranışlarını desteklediği (3) gösterildiğinden, evlilik yaşamı olan personelin osteoporozun önlenilebilir risk faktörlerinden korunmuş olabileceği düşünülebilir.

Üriner sistemin diğer hastalıkları

Sağlık taramasında dosyaları incelenen personelin %6,9’una üriner sistemin diğer hastalıkları tanısı konulmuş, %0,2’sinde üriner sistemin diğer hastalıkları tanısı beyan edilmiştir (Tablo 4.45). Araştırmada üriner sistemin diğer hastalıklarının prevalansı %7,6 olarak bulunmuştur. Taramada hekim tarafından

tanı konulan üriner sistemin diğer hastalıklarının tamamını, personel tarafından beyan edilen tanılarda da üçte ikisini sistit oluşturmaktadır (Bkz. EK 4) ABD yaklaşık 7 milyon üriner sistem enfeksiyonunun yaklaşık 2-3 milyonunu sistit oluşturmaktadır (117,118). Bu veriler karşılaştırılabilir olmamakla beraber, sistitler en fazla görülen bakteriyel enfeksiyonlardandır. Tarama sırasında hekim tarafından sistit tanısı konulmuş, ancak personel tarafından sistit tanısının beyan edilmesi unutulmuş, hatırlanmamış olabilir.

Literatürde üriner sistem enfeksiyonlarının insidansı en sık 20-40 yaşları arasında cinsel aktif kadınlarda saptandığı gösterilmiştir (120). Taramada da kadın personelde (%12,0) erkek personele göre (%2,1) anlamlı olarak daha fazla sistit tanısı konulmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.45). Taramaya katılan personele konulan tanılardan sistit olan grupta sistit olmayan gruba göre kadın personel erkek personelden 5,80 kat yüksek olasılıkta bulunmuştur ($p<0,05$) (%95 GA 3,20-10,51) (Tablo 4.57). Bu sonuçlar literatürle uyumludur (120).

Taranan ve evlilik yaşamı olmayan personele (%11,9) evlilik yaşamı olan personelden (%5,4) daha fazla anlamlı olarak sistit tanısı konulmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.45). Literatürde sistit belirtilerinin seksüel disfonksiyon durumları beraber görülebileceği gösterilmiştir (174). Taramada evlilik yaşamı olmayan personel verilerine dul, ayrı yaşıyor, boşanmış, hiç evlenmemiş olan personel dâhil edilmiştir. Bu kişilerin cinsel aktivite durumları tam olarak bilinmese de genel olarak evlilik yaşamı olanlar gibi düzenli cinsel aktiviteleri olmadığı düşünülebilir. Bu sonucun da literatüre benzer olduğu düşünülebilir.

5.3. Sık Görülen ve Önemli Hastalıklar Açısından Taramanın Yararı

Üriner Sistemin Diğer Hastalıkları

Taramanın yararı en fazla üriner sistemin diğer hastalıklarında görülmüştür (%97) (Tablo 4. 45). Literatürde çeşitli çalışmalarda kronik böbrek hastalıkları için rutin tarama programlarının maliyet etkin olmadığı, taramanın yararının da sınırlı olduğu gösterilmiştir. Hedeflenen özel grupların taranmasının önemi vurgulanmıştır. Bu gruplar hipertansiyonu olan kişiler, diabetes mellitusu olan kişiler, böbrek hastalığı aile öyküsü olanlar, nefrotoksik ajanları kullananlar, akut

böbrek yetmezliği öyküsü olanlar ve 65 yaş üzerindeki kişilerdir (175-180). Hollanda da yapılan bir çalışmada rekürren alt üriner sistem enfeksiyonu olan hastalarda başta idrar analizi olmak üzere birçok tanısal işlemin düşük yarar sağladığı gösterilmiştir. (İdrar analizinde 100 hastada 19'unda anormal sonuç bulunmuştur) (181). Bu sonuçlar tam olarak karşılaştırılabilir olmamakla beraber taramada bulunan sonuçla benzer bulunmamıştır. Taramada üriner sistemin diğer hastalıklarında doktor tarafından tanı konulan vakaların tamamı sistit, personelin beyan ettiği tanılarının da üçte ikisi sistittir. Ayrıca Sağlık merkezinde tanı konulan sistit vakalarının rekürren olup olmadıkları da değerlendirilmemiştir. Beyan edilen vakalarda 2 sistit tanısı yer alırken tanı konulan vakalarda 97 sistit tanısı mevcuttur. Bir de hasta özgeçmiş formunda sistit yer almamıştır. Doktorların sorgulamalarında da “şimdiki hastalıkları nelerdir?” şeklinde olduğundan son bir yıl içindeki sistit öyküsü doğrudan alınmamıştır. Bu nedenden dolayı personelin beyan ettiği sistit vaka sayılarının gerçek sayıların altında kalmış olduğu tahmin edilmektedir. Bu durum da taramanın yararını olduğundan daha fazla yükseltmiş olabilir. Bu sonuç ihtiyatla yorumlanmalıdır.

Kadında üriner sistemin diğer hastalıklarındaki yarar (%97,6), erkeklerden (%93,8) biraz yüksek saptanmıştır. Taramada da tanı konulan sistit vakaları kadın personelde (%12,0) erkek personele göre (%2,1) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 4.45). Buna bağlı olarak üriner sistemin diğer hastalıkları açısından taramanın yararı kadında daha yüksek saptanmış olabilir. Bu sonuç literatürle de benzer bulunmuştur (120).

Taramaya katılan personelde üriner sistemin diğer hastalıkları açısından 40 yaş ve altında taramanın yararı (%100,0), 41 yaş ve üzerine göre (%93,3) yüksek olarak saptanmıştır (Tablo 4. 45). 40 yaş ve altında taramanın yararının daha yüksek olması üriner sistem enfeksiyonlarının literatürde 20-40 yaş aralığında daha sık görülmesi ile ilişkili olabilir (120). Ancak taramada 40 yaş ve altındaki personelde üriner sistemin diğer hastalıkları hiç beyan edilmediğinden hekim tarafından tanı konulan vakalar taramanın yararını %100'e yükseltmiş de olabilir. Taranan kişilere şimdiki hastalıkları sorulduğunda son bir yıldaki sistit vakalarını beyan etmedikleri tahmin edildiğinden bu sonucun %100'ün biraz altında olduğu tahmin edilmektedir.

Evlilik yaşamı olan personelde taramanın yararı %96,7 iken, evlilik yaşamı olmayan personelde yarar %97,4 olarak saptanmıştır (Tablo 4. 45). Bu sonuçlar çok farklı olmamakla beraber sistit tanısı konulmasının; evlilik yaşamı olmayan personelde (%11,9) anlamlı olarak evlilik yaşamı olan personele göre (%5,4) yüksek bulunmasından kaynaklanmış olabilir ($p<0,05$) (Tablo 4.45).

Akademik personelde taramanın yararı %97,8 iken, idari personelde %96,3'dür (Tablo 4. 45). Taranan akademik personelde, üriner sistemin diğer hastalıkları (%9,1'inde) tanısı konulması, idari personele göre (%5,7) anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.45). Taramanın yararının yüksek bulunmasının nedeni bu yükseklik olabilir.

Obezite

Taramanın yararının en fazla bulunduğu ikinci sıradaki hastalık; obezite (%90,3) olmuştur. Hollanda da yapılan bir çalışmada birinci basamakta fırsat olarak hedeflenmiş bir taramanın yararının uygun olabildiği, obezitenin tanı almamış diyabetin iyi bir kestiricisi olduğu saptanmıştır. Birinci basamaklarda tip 2 diyabetin taranmasında orta ve ileri yaşta obezitesi olan erişkinlerin hedef alınması gerektiği önerilmiştir (182). Taramada obezitenin saptanmasının yararının yüksek olması getirdiği hastalık yükleri açısından da (Kalp damar hastalıklarının, metabolik sendromun risk faktörlerinden biri olması vb.) önlemler alınmasını sağlayabilecektir. Ancak, personelin özgeçmiş beyanlarında kronik hastalıklar beyan edilirken obezite doğrudan sorulmamıştır. Bu nedenle personelin beyan ettiği obezite vakalarının gerçek vaka sayısının altında olduğu tahmin edilmektedir. Bu durum da obezite konusunda taramanın yararını yükseltmiş olabilir. Bu nedenle obezitenin yararının yüksek bulunması önemli olmakla birlikte bu sonuca da ihtiyatla yaklaşılmalıdır.

Taranan kadın personelde obezite açısından taramanın yararı (%96,0) erkek personelden (% 87,3) yüksek bulunmuştur. Taramada, hem doktor tarafından tanı konulan vakalarda hem de personel tarafından beyan edilen vakalarda obezite erkek personelde kadın personelden anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.37). Ancak taramanın yararının kadında yüksek saptanması kadın personelde personel tarafından beyan edilen vakaların oldukça düşük olmasından

kaynaklanmış olabilir. Ancak bunun nedeni konusunda başka çalışmalar yapılmasına ihtiyaç vardır.

Sağlık taramasına katılan 41 yaş ve üzerindeki personelde obezite açısından taramanın yararı (%94,1), 40 yaş ve altına göre daha yüksek olarak (% 68,4) saptanmıştır. 41 yaş ve üzerindeki personelin obezite sıklığı (%11,4) 40 yaş ve altına göre (%1,9) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.37). Bu sonuç da taramanın yararının 41 yaş ve üzerindeki personelde daha yüksek saptanmasına yol açmış olabilir.

Evlilik yaşamı olan personelde (%90,8) obezite açısından taramanın yararı evlilik yaşamı olmayan personele göre (%66,6) yüksek saptanmıştır. Bunun sebebi evlilik yaşamı olan personelde tanı konulan obezitenin anlamlı olarak evlilik yaşamı olmayan personele göre yüksek saptanması olabilir ($p<0,05$) (Tablo 4.37). Buna benzer şekilde İran'da da 20-70 yaş arasında obezite prevalansının değerlendirildiği 2007 yılında yayınlanan bir çalışmada evlilik durumunun obezite artışı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (183).

Sağlık taramasının obezite açısından idari personelde yararı (%90,2) akademik personele göre (%86,4) yüksek saptanmıştır. Bunun nedeni tanı konulan obezite vakalarının idari personelde anlamlı olarak akademik personelden yüksek bulunması olabilir ($p<0,05$) (Tablo 4.37). Akademik personelin eğitim düzeyinin idari personelden yüksek olması nedeniyle obezite konusunda idari personele göre daha fazla önlem alabildikleri bundan dolayı da sağlık taramasından idari personelin daha çok yararlandığı düşünülmüştür. Kütahya'da Dumlupınar Üniversitesinde 356 Üniversite çalışanında yapılan 2012'de yayınlanan bir çalışmada eğitim durumunun obezite açısından belirleyici bir faktör olmadığı gösterilmiştir. Taramada akademik ve idari personel ayrımı tam olarak eğitim durumunu yansıtmamakla birlikte bu sonuç literatürle benzer bulunmamıştır. Ancak Kütahya'da Dumlupınar Üniversitesindeki çalışmaya katılanlarda 40 yaş altındaki personel daha ağırlıklı olduğundan bu farklılık yaştan kaynaklanmış olabilir (184).

Lipoprotein Metabolizması Bozuklukları ve Diğer Lipidemiler

Tarama yararının en çok görüldüğü 3. sıradaki hastalık lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler (%81,9) olmuştur. ABD'de

kolesterol taramasının yararını saptamak amacıyla Doğu Baltimore'da yapılan bir çalışmada bir çok kolesterol yüksekliği tanısı konulmuş ve taramanın yararlı olduğu saptanmıştır. Bu veriler karşılaştırılabilir olmamakla birlikte lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemilerin yararının yüksekliği açısından benzer olduğu söylenebilir (185).

Erkeklerde lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler açısından taramanın yararı (%82,6) kadınlardan (%78,5) fazla bulunmuştur. Bunun sebebi erkek personelde tanı konulan lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemilerin (%32,2) kadın personelden (%16,2) anlamlı olarak yüksek bulunması olabilir ($p<0,05$) (Tablo 4.39). Dünya ve Türkiye kan kolesterol yükseklik prevalansların bu sonuçlara benzer olmayıp, kadında daha yüksektir (80,108,110). Ancak taramaya katılan erkek personelde fazla kilolu ve obez olma durumunun (%65,7), kadın personelden (%34,3'ü) anlamlı olarak yüksek bulunmuş olması taramada erkek personeldeki tanı konulan lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler vakalarının kadın personelden yüksek çıkmasına yol açmış olabilir ($p<0,05$) (Tablo 4.31) .

40 yaş ve altında lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler açısından taramanın yararı (%91,6), 41 yaş ve üzerindeki personelden (%77,3) yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi 40 yaş ve altında personel tarafından beyan edilen vakalardaki lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler vaka sayılarının 41 yaş ve üzerindeki personele göre oldukça az olması olabilir. Literatürle de uyumlu olarak hem doktor tarafından tanı konulan, hem de personel tarafından beyan edilen lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler vakalarında 41 yaş ve üzerindeki personel, 40 yaş ve altındaki personele göre yüksek saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.39) (109).

Evlilik yaşamı olmayan personelde lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler açısından taramanın yararı (%89,8), evlilik yaşamı olan personele göre (%79,6) yüksek bulunmuştur. Taramanın yararının evlilik yaşamı olmayan personelde daha yüksek olmasının sebebi bu grupta personelin beyan ettiği lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler vaka sayılarının oldukça düşük bulunmasıdır. Literatürde de obezitenin dislipidemiye yol açabildiği ve metabolik sendrom prevalansının da yaşla arttığı (dislipidemiler metabolik

sendromun bileşenlerinden olduğundan) gösterilmiştir (59,109). Taramada evlilik yaşamı olmayan personelin %69,7'si 40 yaş ve altında, %30,3'ü 41 yaş ve üzerinde saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.33). Ayrıca evlilik yaşamı olmayan personelin %72,4'ü zayıf ve normal, %27,6'sının da kilolu ve şişman olması da personelin beyan ettiği lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler vaka sayılarının düşük bulunmasına ve taramanın yararının da evlilik yaşamı olmayan personelde yüksek çıkmasına neden olmuş olabilir ($p<0,05$) (Tablo 4.34).

Taramaya katılan idari personelde (%82,9) lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler açısından taramanın yararı akademik personele (%78,4) benzer olmakla beraber biraz yüksek bulunmuştur. İdari personelde tanı konulan lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler vakalarının sayısı yaklaşık olarak akademik personelin 2 katıdır. Ancak hem doktor tarafından tanı konulan hem de personelin beyan ettiği lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler vakalarında akademik ve idari personel arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.39). Bu sonuç konusunda araştırmalar yapılmalıdır.

Araştırmada dosyaları incelenen kişi sayısının yüksek olması da, olmayan bazı ilişkilerin istatistiksel olarak var gibi görünmesine yol açmış olabilir. Sonuçların yorumlanmasında bu durum da dikkate alınmalıdır.

Sonuç ve Öneriler

Üniversite personelinde en fazla saptanan veya önemli bulunan hastalıklar; metabolik bozukluklar (%28,1), lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler (%27,7), tiroid bezi bozuklukları (%11,2), hipertansif hastalıklar (%10,5), osteoporoz (%7,6), üriner sistemin diğer hastalıkları (%7,6), obezite (%7,2), iskemik kalp hastalığı (%6,7), nutrisyonel anemi (%5,9), karaciğer hastalıkları (%3,9), diabetes mellitus (%2,6), atriyoventriküler ve sol dalcık bloğu (%2,1) olmuştur.

En fazla saptanan veya önemli bulunan hastalıklar için taramanın yararı;

1. Metabolik bozukluklar için erkek personelde kadın personele göre yüksek bulunmuş, 40 yaş ve altında 41 yaş ve üzerine göre yüksek saptanmış ve evli olmayan personelde de evli olan personele göre yüksek bulunmuştur.

2. Lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler için taramanın yararı erkek personelde kadın personele göre yüksek bulunmuş, 40 yaş ve altındaki personelde 41 yaş ve üzerindeki personele göre yüksek saptanmış ve evli olmayan personelde evli personele göre yüksek bulunmuştur.

3. Tiroid bezi bozuklukları için taramanın yararı erkek personelde kadın personele göre yüksek bulunmuş ve akademik personel de idari personele göre yüksek olarak saptanmıştır.

4. Hipertansif hastalıklar için taramanın yararı erkek personelde kadın personele göre yüksek bulunmuş ve 41 yaş ve üzerindeki personelde de 40 yaş ve altındaki personele göre yüksek olarak saptanmıştır.

5. Osteoporoz için taramanın yararı kadın personelde erkek personele göre yüksek bulunmuş, evli olan personelde evli olmayan personele göre yüksek saptanmış ve akademik personelde de idari personel göre yüksek olarak bulunmuştur.

6. Üriner sistemin diğer hastalıkları için taramanın yararı kadın personelde erkek personele göre yüksek bulunmuş, evli olmayan personelde de evli olan personele göre yüksek saptanmış ve akademik personelde de idari personel göre yüksek bulunmuştur.

7. Obezite için taramanın yararı kadın personelde erkek personele göre yüksek bulunmuş, 41 yaş ve üzerinde 40 yaş ve altına göre yüksek saptanmış, evli olan personelde evli olmayan personele göre yüksek bulunmuş ve idari personelde de akademik personele göre yüksek olarak saptanmıştır.

8. İskemik kalp hastalıkları için taramanın yararı kadın personelde erkek personele göre yüksek bulunmuş, 41 yaş ve üzerindeki personelde 40 yaş ve altındaki personele göre yüksek saptanmış ve evli olmayan personelde de evli personele göre yüksek olarak bulunmuştur.

9. Nutrisyonel Anemi için taramanın yararı kadın personelde erkek personele göre yüksek bulunmuş, 40 yaş ve altındaki personel 41 yaş ve üzerindeki personele göre yüksek saptanmış ve evli olmayan personel de evli olan personele göre yüksek bulunmuştur.

10. Karaciğer hastalıkları için taramanın yararı, erkek personelde kadın personele göre yüksek bulunmuş ve 41 yaş ve üzerindeki personelde 40 yaş ve altındaki personele göre yüksek saptanmış ve idari personelde de akademik personele göre yüksek olarak bulunmuştur.

11. Diabetes Mellitus için taramanın yararı erkek personelde kadın personele göre yüksek bulunmuştur.

12. Atriyoventriküler ve sol dalcık bloğu için taramanın yararı, 40 yaş ve altındaki personelde 41 yaş ve üzerindeki personele göre yüksek bulunmuş ve evli olmayan personelde de evli olan personele göre yüksek olarak bulunmuştur.

Taramanın yararının %80'den yüksek bulunduğu hastalıklar üriner sistemin diğer hastalıkları (%97,0), obezite (%90,3), lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler (%81,9), metabolik bozukluklar (%81,4) ve karaciğer hastalıklarıdır (%80,2). Taramanın yararının %70-80 arasında bulunduğu hastalıklar ise atriyoventriküler ve sol dalcık bloğu (%74,9) ve iskemik kalp hastalığıdır (%70,1).

Çok değişkenli lojistik regresyon analiz sonuçlarına göre ;

1. Nutrisyonel anemi tanısı konulan grupta, nutrisyonel anemi tanısı konulmayan gruba göre idari personel akademik personelden 2,30 kat yüksek olasılıkta saptanmıştır.

2. Tiroid bezi bozuklukları tanısı konulan grupta, tiroid bezi bozukluğu olmayan gruba göre kadın cinsiyet, erkek cinsiyetten 2,37 kat yüksek olasılıkta saptanmıştır.

3. Diabet tanısı konulan grupta, diabet tanısı konulmayan gruba göre erkek cinsiyet kadın cinsiyetten 9,09 kat yüksek olasılıkta bulunmuştur.

4. Obezite saptanan grupta, obezite olmayan gruba göre 41 yaş ve üzerindeki personel 40 yaş ve altındaki personele göre 5,69 kat yüksek olasılıkta bulunmuş, evli

personelde evli olmayan personele göre 3,85 kat yüksek olasılıkta saptanmış, idari personel akademik personele göre 1,76 kat yüksek olasılıkta bulunmuştur.

5. Metabolik bozukluk grubunda, metabolik bozukluk olmayan gruba göre 41 yaş ve üzerindeki personel 40 yaş ve altındaki personelden 2,72 kat yüksek olasılıkta bulunmuş, erkek cinsiyet kadın cinsiyetten 2,38 kat yüksek olasılıkta saptanmış, akademik personel idari personelden 1,59 kat yüksek olasılıkta bulunmuştur.

6. Lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler tanısı konulan grupta, lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler olmayan gruba göre 41 yaş ve üzerindeki personel 40 yaş ve altındaki personelden 2,74 kat yüksek olasılıkta saptanmış, erkek cinsiyet kadın cinsiyeten 2,50 kat yüksek olasılıkta bulunmuş, akademik personel de idari personele göre 1,66 kat yüksek olasılıkta saptanmıştır.

7. Hipertansif hastalıklar tanısı konulan grupta; hipertansif hastalıklar olmayan gruba göre 41 ve üzerindeki personel 40 yaş ve altındaki personelden 6,59 kat yüksek olasılıkta, erkek cinsiyet kadın cinsiyetten 3,13 kat yüksek olasılıkta saptanmıştır.

8. İskemik kalp hastalıkları tanısı konulan grupta iskemik kalp hastalıkları olmayan gruba göre 41 yaş ve üzerindeki personel 40 yaş ve altındaki personelden 5,46 kat yüksek olasılıkta, erkek cinsiyet kadın cinsiyetten 1,96 kat yüksek olasılıkta saptanmıştır.

9. Atriyoventriküler ve sol dalcık bloğu saptanan grupta, atriyoventriküler ve sol dalcık bloğu olmayan gruba göre 40 yaş ve altındaki personel 41 yaş ve üzerindeki personelden 4,35 kat yüksek olasılıkta bulunmuş, erkek cinsiyet kadın cinsiyetten 2,86 kat yüksek olasılıkta saptanmıştır.

10. Karaciğer hastalıkları saptanan grupta, karaciğer hastalıkları olmayan gruba göre 41 yaş ve üzerindeki personel, 40 yaş ve altındaki personelden 2,08 kat yüksek olasılıkta, erkek cinsiyet de kadın cinsiyetten 5,55 kat yüksek olasılıkta saptanmıştır.

11. Osteoporoz tanısı konulan grupta osteoporoz olmayan gruba göre 41 yaş ve üzerindeki personel 40 yaş ve altındaki personelden 2,69 kat yüksek olasılıkta bulunmuş, kadın cinsiyet erkek cinsiyetten 102,24 kat yüksek olasılıkta saptanmıştır.

12. Üriner sistemin diğer hastalıkları tanısı konulan grupta; üriner sistemin diğer hastalıkları tanısı konulmayan gruba göre kadın cinsiyet erkek cinsiyetten 5,80 kat yüksek olasılıkta saptanmıştır.

Çalışmadaki tek değişkenli analizler, çok değişkenli lojistik analizler ve taramanın yararı değerlendirilerek;

• **Tarama programlarında bazı hastalıklar için bazı risk gruplarının öncelikli olması gerektiği ve bu gruplara yönelik müdahale programları yürütülmesi önerilmiştir.** Taramada en fazla yarar sağlayan ilk beş hastalık için bu risk grupları;

1. Üriner sistemin diğer hastalıklarında kadınlar,
2. Obezitede evlilik yaşamı olan, idari, 41 yaş ve üzerindeki personel,
3. Lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemilerde, erkek, akademik personel, 41 yaş ve üzerindeki personel,
4. Metabolik bozukluklarda erkek, akademik, 41 yaş ve üzerindeki personel,
5. Karaciğer hastalıklarında erkek, 41 yaş ve üzerindeki personeldir.

• **Yürütülmekte olan halk sağlığı programlarının içine tarama konusunun kanıta dayalı ve maliyet etkin şekilde entegre edilmesi önerilmiştir.** Üniversite personeline sık görülen ve taramanın yararının yüksek bulunduğu bu beş hastalık için (Üriner sistemin diğer hastalıkları, obezite, lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler, metabolik bozukluklar ve karaciğer hastalıkları) **maaliyet-etkinlik analizleri yapılmalıdır.** Bu analizler bundan sonra yapılacak taramalarda eldeki kaynakların etkin kullanımında yol gösterici olabilecek, erken dönemde bu hastalıklara ve komplikasyonlarına bağlı gelişebilecek zararların azaltılmasına veya önlenmesine de yol açabilecektir (Tarama programları için Ek Sonuç ve Öneriler Bkz. EK 8.)

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. (2013). Cancer. Erişim: 10 Şubat 2013, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
2. Soskolne C.L. Last J. (2008). Ethics and Public Health Policy. R. [http://www.who.int/media_centre/factsheets/fs297/en/B.Wallace, N. Kohatsu](http://www.who.int/media_centre/factsheets/fs297/en/B.Wallace,%20N.%20Kohatsu) (Ed.). *Maxcy-Rosenau-Last Public Health Preventive Medicine* (34, 790). USA.
3. Tezcan S. (1992). Saha Taramaları. *Epidemiyoloji Tıbbi Araştırmaların Yöntem Bilimi*. Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, s: 77-79.
4. Koylan N. (2007). Ateroskleroz ve Aterosklerotik Risk Faktörleri. K. Büyüköztürk (Ed). *İç Hastalıkları* (s. 1897-1898).
5. Parrish R.G. (2010). Measuring Population Health Outcomes. *Preventing Chronic Disease*, 7(4), A71.
6. Martin G.J. (2008). Screening and Prevention of Disease. A.S. Fauci, D.L. Kasper, D.L. Longo, E. Braunwald, S.L. Hauser, J.L. Jameson, J. Loscalzo (Eds). *Harrison's Principles of Internal Medicine*. USA (s. 24-27).
7. AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) US. Department of Health and Human Services. Screening for Coronary Heart Disease Clinician Fact Sheet. (2009). Erişim: 10 Şubat 2013, <http://www.ahrq.gov/clinic/cvd/chdprovider.htm>
8. World Health Organization. (2011). Cause Specific Mortality Regional Estimates for 2008. World Health Organization Geneva. Erişim: 15.08.2012, http://www.who.int/healthinfo/global_burden-disease/estimates_regional/en/index.html
9. World Health Organization. (2011). Causes of Death 2008: Data Sources and Methods. World Health Organization, Geneva.
10. World Health Organization. (2011). *Global Status Report on Non Communicable Diseases 2010*. World Health Organization.(s. 1,2). Italy.

11. World Health Organization. (2009). Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks. World Health Organization, (s.5). Geneva. Erişim: 10 Ekim 2013, http://www.who.int/healthinfo/global_burden-disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf
12. World Health Organization, Alwan, A. (2011). *Noncommunicable Diseases Country Profiles Foreword World Health Organization* (s.3,6). France.
13. World Health Organization. (2012). World Health Statistics 2012. World Health Organization. France. Erişim: 16 Eylül 2013, http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/
14. TÜİK. (2010). *Sağlık Araştırması*. (s. 8). Erişim: 18 Mart 2013, <http://www.tuik.gov.tr>
15. Türkiye İstatistik Kurumu. Haber Bülteni Ölüm Nedeni İstatistikleri 2009. Ankara. Erişim: 10 Ocak 2013, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=10713>
16. Pietroiusti, A., Bergamaschi, A., Magrini, A. (2012). Cardiovascular prevention in the workplace: scientific evidence for the role of health promotion. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 34(3), 18. Erişim: 10 Aralık 2013, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23405614>.
17. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (t.y.). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Veri Rehberi*. Erişim: 28.12.2013, http://www.thsk.gov.tr/tr/dosya/TSBS/hsbs_rehber_son.pdf336-3580-3.
18. CDC (2013). Workplace Health Promotion. Cholesterol Screening and Control. Erişim: 28 Aralık 2013, <http://www.cdc.gov/workplacehealthpromotion/implementation/topics/cholesterol.html>
19. Türk Dil Kurumu. Bilim ve Sanat Terimleri Ana Sözlüğü. (t.y.). Ankara. Erişim: 01.04.2014, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bilimsanat&arama=kelime&guid=TDK.GTS.53525d6de6dee3.13427686
Erişim: 01.04.2014, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bilimsanat&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5352755e330a40.75290601

20. Farlex. TheFreeDictionary. (t.y.). Erişim: 01.04.2014 <http://www.thefreedictionary.com/screening>
21. Merriam Webster Dictionary. Erişim: 01.04.2014, <http://www.merriamwebster.com/dictionary/check+up?show=0&t=1397904826>
Merriam Webster Medical Dictionary. Erişim: 01.12.2013, <http://www.merriam-webster.com/medical/orthopnea>
22. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Merkezleri Çalışma Raporu 2007. (Rapor No 2007) Hacettepe Üniversitesi Sağlık Merkezleri Periyodik Sağlık Kontrolü (Check-Up) Hizmetleri (s. 31). Hacettepe Üniversitesi Yayınları. Erişim: 01.10.1010, <http://www.sksdb.hacettepe.edu.tr/raporlarimiz.php>
23. Çakır, B. (2012). Epidemiyolojide Özelleşmiş Konular. Ç. Güler, L. Akın, (Ed). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. (s.136). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
24. World Health Organization. Screening. Erişim: 06 Ocak 2014, <http://www.who.int/cancer/detection/en/>
25. Martin, G.J. (2012). Screening and Prevention of Disease. D.L. Longo, A.S. Fauci, D.L. Kasper, S.L. Hauser, J. Jameson ve J. Loscalzo (Eds.). Harrison's Principles of Internal Medicine. Erişim: 10 Ocak 2014, <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=331&Sectionid=40726704>
Bringhurst, F., Demay, M.B., Krane, S.M. ve Kronenberg, H.M. (2012). Bone and Mineral Metabolism in Health and Disease. D.L. Longo, A.S. Fauci, D.L. Kasper, S.L. Hauser, J. Jameson ve J. Loscalzo (Eds.). Erişim: 10 Ocak 2014, <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=331&Sectionid=40727158>
26. Pepe, M.S. (2004). The Medical Test. *The Statistical Evaluation of Medical Tests for Classification and Prediction* (s.2). Great Britain: Oxford University Press.
27. Vanderpump, M.P. (2011). The Epidemiology of Thyroid Disease. *British Medical Bulletin*, 99, 39-51.

28. Dikici, F.M., Kartal, M., Alptekin, S., Çubukçu, M., Ayanoğlu, A.S., ve diğerleri, (2007). Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. *Türkiye Klinikleri*, 27, 412-418.
29. Kessner, D.M. (1976). Screening High-Risk Populations: A Challenge To Primary Medical Care. *Journal of Community Health*, 1(3), 216-225.
30. United States Preventive Services Task Force (USPSTF). (2013). Screening for Peripheral Artery Disease and Cardiovascular Disease Risk Assessment With the Ankle–Brachial Index in Adults. Erişim: 13 Eylül 2013, <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf12/pad/padfinalrs.htm#summary>
31. World Health Organization. 10 Facts On Noncommunicable Diseases. (t.y.). Erişim: 17 Ekim 2013, http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/facts/en/index2.html
32. Hunter, D. J., Reddy, K.S. (2013). Noncommunicable Diseases. *New England Journal of Medicine*, 369, 1336-1343.
33. Murray, J. L., Abraham, J., Ali, M. K., Alvarado, M., Atkinson, C., Baddour, L.M., ve diğerleri. The State of US Health, 1990-2010. Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors The State of US Health, (2013). *JAMA*, 310(6), 591-608.
34. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2006). Başara B.B., Dirimeşe, V., Özkan, E., Varol, Ö. (Haz.). N. Ünüvar, S. Mollahaliloğlu, N. Yardım (Ed). *Türkiye Hastalık Yükü Çalışması* (s. 6,11,16,19), Ankara: Sağlık Bakanlığı.
35. Türkiye İstatistik Kurumu. (2013). *Rakamlar Ne Diyor? What the Figures Say? 2013* (s. 9). Ankara: TÜİK Matbaası.
36. World Health Organization. (2013). A Global Brief on Hypertension. Erişim: 6 Mart 2013, http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/
37. James, P.A., Oparil, S., Carter, B.L., Cushman, W.C., Dennison-Himmerfarb, C., Handler, J. ve diğerleri. (2013). 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel

- Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*, E1-E14.
38. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. Yılmaz Ş.R., (2010). Hipertansif Hastaların Değerlendirilmesinde Yeni Yaklaşımlar. Ankara. Eğitim Toplantısı. Erişim: 10 Mayıs 2013, http://www.turkhipertansiyon.org/egitim_doc/28HipertansifHastalardaYaklasimler.pdf
39. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı. (2011). Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı 2011- 2015 (s.7). Ankara: Deniz Matbaacılık.
40. Russell, V.A., Zigmond, M.J., Dimatelis, J.J., Daniels, W.M. ve Mabandla, M.V. (2014). The Interaction Between Stress and Exercise, and its Impact On Brain Function. *Metabolic Brain Disease*, [Epub ahead of print].
41. Sağlam A.Ç. (2011). Akademik Personelin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Tükenmişlik Düzeyleri İle İlişkisi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 409, 410.
42. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. (2005). Arıcı, M., Altun, B., Erdem, Y., Derici, Ü, Nergizoğlu, G., Turgan, Ç. ve diğerleri. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması. Erişim: 3 Ocak 2014, http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/Turk_Hipertansiyon_Prevalans_Calismasi_Ozeti-1.pdf
43. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışma Grubu. (2012). Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması PatenT2. Erişim: 12 Kasım 2013, http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php
44. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF).(2007). Screening for High Blood Pressure. Erişim: 6 Ekim 2013, <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf07/hbp/hbpsum.htm>
45. U.S. Department of Health and Human Services. (2004). The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and

- Treatment of High Blood Pressure. (s. 11). Erişim: 1 Mayıs 2012, <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.pdf>
46. European Society of Hypertension. European Society of Cardiology. *Essential Messages From Esc Guidelines Committee For Practice Guidelines to Improve The Quality of Clinical Practice and Patient Care in Europe 2013*. ESH/ESC Guidelines.
47. World Health Organization. (2013). Community-Based Efforts to Reduce Blood Pressure and Stroke in Japan. Erişim: 10 Ocak 2014, http://www.who.int/features/2013/japan_blood_pressure/en/index.html
48. Suarez, C., Galgo, A., Mantilla, T., Leal, M., Escobar, C. (2014). Variables Associated with Change in Blood Pressure Control Status After 1-Year Follow Up in Primary Care: A Retrospective Analysis: The TAPAS study. *European Journal of Preventive Cardiology*, 21(1), 12-20.
49. Perk, J., Backer, G.D., Gohlke, H., Graham, I., Reiner, J., Verschuren, M., ve diğerleri. (2012). Avrupa Klinik Uygulamada Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Kılavuzu. (D. Ural, Çev.). *Türk Kardiyoloji Derneği Arş.* (s. 5, 27). İstanbul: Kare Yayıncılık.
50. World Health Organization. 10 Facts on Gender and Tobacco. Erişim: 16 Eylül 2013, http://www.who.int/features/factfiles/gender_tobacco/facts/en/index.html
51. TÜİK. Haber Bülteni. *Küresel Yetişkin Tütün Araştırması*, 2012. Erişim: 16 Kasım 2013, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142>
52. TÜİK (2010). *Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Global Adult Tobacco Survey 2008* (s. 1). Ankara: TÜİK Matbaası.
53. T.C. Sağlık Bakanlığı Samur, G.E. ve Yıldız, E.A. (Hz.) (2012). *Obezite ve Kardiyovasküler Hastalıklar/Hipertansiyon* (s. 9). Ankara: Reklam Kurdu Ajansı Organizasyon Tanıtım Tasarım Reklamcılık Sanayi Ticaret Limited Şirketi.

54. CDC. Diabetes Public Health Resource. 2011 National Diabetes Fact Sheet. Erişim: 11 Ocak 2014, <http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/general11.htm>
55. CDC. Diabetes Public Health Resource. Erişim: 11 Ocak 2014, <http://www.cdc.gov/diabetes/consumer/prevent.htm#ndpp>
56. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011). *Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2011-2014)* (s.3,9). Ankara.
57. UNICEF. (2009). *The State of the World's Children* (s. 5,51).
58. World Health Organization. (2000). *Managing the Global Epidemic*. Technical Report Series no.894. WHO, Geneva.
59. Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği. Kaya, A., Gedik, V.T., Bayram, F., Bahçeci, M. (Hz). (2011). *Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Hekim için Tanı ve Tedavi Rehberi* (s 55.90,91). Ankara.
60. Mayega, R.W., Makumbi, F., Rutebemberwa, E., Peterson, S., Ostenson, C.G., ve diğerleri. (2012). Modifiable Socio-Behavioural Factors Associated with Overweight and Hypertension among Persons Aged 35 to 60 Years in Eastern Uganda. *Plos One*, 7(10), 1-9.
61. Satman, İ., Yılmaz, T., Sengül, A., Salman, S., Salman, F., Uygur, S. ve diğerleri. (2002). Population-Based Study of Diabetes and Risk Characteristics in Turkey: Results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). *Diabetes Care*, 25, 1551-1556.
62. Yetkin İ., Erdoğan M., Bayraktar M., Çakır N., Güven G. S., Kaya A. ve diğerleri (2013). Yetişkinlikte Obezite. E. Barışkın, G. Ersoy, S. Görpelioğlu, L. Karaoğlu, B.G. Kılıç, G. Köksal (Ed). *Birinci Basamak Hekimler için Obezite ile Mücadele El Kitabı* (s. 20,21). Ankara. T.C. Sağlık Bakanlığı. Anıl Matbaacılık.
63. Kutlutürk, F., Öztürk, B., Yıldırım, B., Özüğurlu, F., Çetin, İ., Etikan, İ. ve diğerleri. (2011). Obezite Prevalansı ve Metabolik Risk Faktörleri ile İlişkisi: Tokat İli Prevalans Çalışması (2011). *Türkiye Klinikleri*, 31(1), 156-163.

64. Efil, S. (2005). *Sağlık Çalışanlarında Obezite Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyon.
65. Siegel, J.M., Prelip, M.L., Erausquin, J.T., Kim, S. A. (2010). A Worksite Obesity Intervention: Results From a Group-Randomized Trial. *American Journal of Public Health*, 100, 327-333.
66. Cheserek, M J., Wu, G.R. Shen, L.Y., Shi, Y.H., ve Le, G.W. (2014). Disparities in the Prevalence of Metabolic Syndrome (MS) and its Components among University Employees by Age, Gender and Occupation. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8(2), 65-69.
67. Saunders, T.J., Larouche, R., Colley, R.C. ve Tremblay R.C. (2012). Acute Sedentary Behaviour and Markers of Cardiometabolic Risk: A Systematic Review of Intervention Studies. *Journal of Nutrition and Metabolism*. (s:1-12). Erişim: 22 Ocak 2014, Hindawi Publishing Corporation. Kayıt No:712435.
68. Stephens, B.R., Granados, K., Zderic, T.W., Hamilton, M.T. ve Braun, B. . (2011). Effects of 1 Day of Inactivity on Insulin Action in Healthy Men and Women: Interaction with Energy Intake. *Metabolism*: 60(7): 941-49.
69. Bey, L. ve Hamilton M.T. (2003) Suppression of Skeletal Muscle Lipoprotein Lipase Activity During Physical Inactivity: A Molecular Reason To Maintain Daily Low-Intensity Activity. *The Journal of Physiology*. 551(2), 673-82.
70. Tezcan S., (2012). Akademik Emeklilik Konferansları Dizisi:1. Prof Dr Sabahat (Güven) Tezcan. (s.25). Ankara: Yazıt Yayıncılık.
71. World Health Organization. (2011). *Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control*. S. Mendis, P. Puska, B. Norrving (Ed). *World Health Organization* (s. 3,8). Geneva.
72. Lim, S.S., Vos, T., Flaxman, A.D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., ve diğerleri. (2012). A Comparative Risk Assessment of Burden of Disease and Injury Attributable To 67 Risk Factors and Risk Factor Clusters

- In 21 Regions, 1990-2010: A Systematic Analysis For The Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380(9859), 2224-2260.
73. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs). Erişim: 04 Mayıs 2013, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>
 74. World Health Organization. (2011). A Prioritized Research Agenda for Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. S. Mendis, A. Alwan (Ed). (s. 25-26). Geneva.
 75. Yardım, N., Sarıoğlu, G., Soylu, M. (2011). Spesifik Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar için Politikalar. N. Yardım, Y. Erkoç, (Ed.). *Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarla Mücadele Politikaları* Ankara. s. 59.
 76. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2008). *Türkiye Kalp Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı*, (s. 1,8,2,90). Ankara: Erişim: 04 Mayıs 2013, <http://www.ihsm.gov.tr/ihsmkronik/dosya/TurkiyeKalpDamarHastaliklariOnlemeKontrolProgrami.pdf>
 77. American College of Cardiology. Heart Disease Statistics. Erişim: 25 Ocak 2014, <https://www.cardiosmart.org/Heart-Basics/CVD-Stats>
 78. Grontved A., Ried-Larsen, M., Moller, N. C., Kristensen, P. L., Wedderkopp N., Froberg K. ve diğerleri. (2014). Youth Screen-Time Behaviour Is Associated with Cardiovascular Risk in Young Adulthood: The European Youth Heart Study. *European Journal of Preventive Cardiology*, 21(1), 49-56.
 79. Widmaier, E.P., Raff, H., Strang K.E. (2014). Vander İnsan Fizyolojisi Vücut Fonksiyon Mekanizmaları. (T. Özgünen, Çev.). (s. 341, 424, 431, 432, 519, 574, S-10). Ankara: Çukurova Üniversitesi (2013).
 80. TÜİK. (2013). Sağlık Araştırması Health Survey 2012 (s.9,10,44,50,55). Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası.
 81. Critchley, J., Capewell, S., Unal B., Bennett, K., Maziak W., Husseini A., ve diğerleri. (2012). MedCHAMPS. Türkiye’de Kalp Damar Hastalıkları ve Diyabet Kontrolünde Var Olan Durum ve Politika Önerileri Sonuç Raporu.

- İzmir. s.9. Erişim: 23 Ocak 2014, http://research.ncl.ac.uk/media/sites/research_websites/medchamps/MedchampsRapor.pdf
82. Lammintausta, A., Airaksinen, K.E.J., Immonen-Raiha, P., Torppa, J., Kesäniemi, A.Y., Ketonen, M. ve diğerleri. (2013). Prognosis of Acute Coronary Events is Worse in Patients Living Alone: The FINAMI Myocardial Infarction Register. *European Journal of Preventive Cardiology*. Erişim: 01.05.2014, <http://cpr.sagepub.com/content/early/2013/01/29/2047487313475893.abstract>
83. Adalet, K., Onat A., Keleş İ., Sansoy V., (2000). Türk Yetişkinlerinde EKG Bulguları ve Aritmi Sıklığı Sekiz Yıllık Takip Verileri. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 28, 560-567.
84. Danaei, G., Finucane, M.M., Lu, Y., Singh, G.M., Cowan, M.J., Paciorek, C.J., ve diğerleri. (2011). National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants. *Lancet*, 378 (9785), 31-40
85. Mathers, C.D., Loncar, D. (2006). Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*, 3(11), 442.
86. International Diabetes Federation (IDF). Foreword. Global Diabetes Plan 2011-2021. Brussels Belgium, Erişim: 03 Aralık 2013, http://www.idf.org/sites/default/files/Global_Diabetes_Plan_Final.pdf
87. Seshasai, S.R.K., Kaptoge, S., Thompson. A., Angelantonio, E., Gao, P., Sarwar, N., ve diğerleri. (2011). Diabetes Mellitus, Fasting Glucose, and Risk of Cause-Specific Death. *New English Journal of Medicine*, 364, 829-841
88. Bonora, E., Kiechl, S., Willeit, J., Oberhollenzer, F., Egger G., Meigs, J.B. ve diğerleri. (2004). Population-Based Incidence Rates and Risk Factors For Type 2 Diabetes in White Individuals: The Bruneck Study. *Diabetes*, 53 (7), 1782-1789.
89. Schuster, D.P., Dungan, K., Hall, C., Harris, C., Lyons, S. (2011). Managing Diabetes in a Large Academic Center: Is It Safe, Sustainable Diabetes.

- [Bildiri]. A631. Erişim: 04 Mayıs 2013, http://diabetes.diabetesjournals.org/content/60/Supplement_1/A582.full.pdf+html?sid=b002e908-a6c2-42db-98af-9c840eb4c742
90. Nathan, D.M. (2014). The Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications Study at 30 Years: Overview. *Diabetes Care*, 37, 9-16.
 91. Ak, G.ř. (2012). *Abdominal Obezite ile İnsülin Direnci Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.
 92. Pan, X.R., Li, G.W., Hu, Y.H., Wang, J.X, Yang, W.Y., An, Z.X., ve diğerleri. (1997). Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGT and Diabetes Study. *Diabetes Care*, 20, 537-544.
 93. Tuomilehto, J., Lindstrom, J., Eriksson, J.K., Vale, T.T., Hämäläinen, H., Parikka, P.I. ve diğerleri. (2001). Prevention of Type 2 Diabetes By Changes in Lifestyle Among Subjects With Impaired Glucose Tolerance. *New England Journal of Medicine*, 344, 1343-1350.
 94. Diabetes Prevention Program Research Group. (2002). Reduction in The Incidence of Type 2 Diabetes With Lifestyle Intervention or Metformin. *New England Journal of Medicine*, 346, 393-403.
 95. Eriksson, K., Lindgrade, F. (1991). Prevention of Type 2 (non-insulin-dependent) Diabetes Mellitus by Diet and Physical Exercise. The 6-Year Malmo Feasibility Study. *Diabetologia*, 34 (12), 891-898.
 96. Ward, A., Alvarez, P., Vo, L., Martin, S.J., (2014). Direct Medical Costs of Complications of Diabetes in the United States: Estimates for Event-year and Annual State Costs (USD 2012). *Journal of Medical Economics*, [Epub ahead of print].
 97. Walker, S.P., Wachs, T.D., Gardner, J.M., Lozoff, B., Wasserman, G.A., Pollitt, E. ve diğerleri. (2007). Child Development: Risk Factors for Adverse Outcomes in Developing Countries. *Lancet*, 369, 145-157.

98. World Health Organization. (2001). *Iron Deficiency Anaemia Assessment, Prevention, and Control*. s. 26.
99. Hollowell, J.G., Staehling, N.W., Flanders, W.D., Hannon, W.H., Gunter, E.W., Spencer, C.A. ve diğeri (2002). Serum TSH, T(4), and thyroid antibodies in the United States population (1988 to 1994): National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 87(2), 489-499.
100. Tunbridge, W.M. ve Vanderpump, M.P. (2000). Population Screening for Autoimmune Thyroid Disease. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 29(2), 239-253.
101. Helfand, M., Redfern, C.C. (1998). Clinical Guideline, Part 2. Screening for Thyroid Disease: an Update. American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 129 (2), 144-158.
102. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Thyroid Disease. Erişim: 19 Ocak 2014, <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/3rduspstf/thyroid/thyrrs.htm#ref5>
103. World Health Organization. Osteoporosis: Both Health Organizations and Individuals Must Act Now to Avoid an Impending Epidemic. (1999). Erişim: 01 Ocak 2014, <http://www.who.int/inf-pr-1999/en/pr99-58.html>
104. International Osteoporosis Foundation. (2013). The Asia-Pacific Regional Audit. *Epidemiology, Costs & Burden of Osteoporosis in 2013*. Erişim: 20 Ocak 2014, www.iofbonehealth.org.
105. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (2012). *Metabolik Kemik Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2012* (s.1). İstanbul: Galenos Yayınevi.
106. Tuzun, S., Eskiurt, N., Akarımak, U., Sarıdoğan, M., Senocak, M. ve Johansson, H. (2012). Turkish Osteoporosis Society. Incidence of Hip Fracture and Prevalence of Osteoporosis in Turkey: the FRACTURK Study. *Osteoporosis International*, 23, 949-955.
107. Meray, J. ve Günendi Z. (2012). Tuz Tüketimi ve Kemik Sağlığı. *Türk Osteoporoz Dergisi*, 18, 40-41.

108. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) Raised Cholesterol. Erişim: 10 Ocak 2014. http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/cholesterol_text/en/
109. Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği. (2009). Arslan, M., Atmaca, A., Ayvaz, G., Başkal, N., Beyhan, Z., Bolu, E., (Hz.). *Metabolik Sendrom Klavuzu* (s. 7). Ankara.
110. Hwang, J.H., Kam, S., Shin, J., Kim, J.Y., Lee, K.E., Kwon, GH. ve diğerleri. (2013). Incidence of Metabolic Syndrome and Relative Importance of Five Components as a Predictor of Metabolic Syndrome: 5-Year Follow-up Study in Korea. *Journal of Korean Medical Science*, 28(12), 1768-1773.
111. World Health Organization. Programmes. (2011). High Total Serum Cholesterol, Medication Coverage and Therapeutic Control: an Analysis Of National Health Examination Survey Data From Eight Countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2, 81-160.
112. Medina, J., Fernandez-Salazar, L.I., Garcia-Buey, L. ve Moreno-Otero, R. (2004). Approach to the Pathogenesis and Treatment of Nonalcoholic Steatohepatitis. *Diabetes Care*, 27(8), 2057-2066.
113. Uysal, A.R. (2005). Metabolik Sendrom ve Hepatosteatoz. *Güncel Gastroenteroloji*, 9(1), 54-57.
114. Bloomgarden, Z.T. (2003). American Association of Clinical Endocrinologist (AACE) Consensus Conference on the Insulin Resistance Syndrome:25-26 August 2002, Washington, D.C. *Diabetes Care*, 26 (04), 1297-1303.
115. Usatine, R.P., Smith, M.A., Chumley, H.S. ve Mayeaux, E.J., Jr. (Eds) (2013). Chapter 61. Liver Disease. *The Color Atlas of Family Medicine*. Erişim: 26 Ocak 2014, <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=685&Sectionid=45361106>.
116. Foxman, B. (2003). Epidemiology of Urinary Tract Infections: Incidence, Morbidity, and Economic Costs. *Disease-a-Month*, 49(2), 53-70.
117. Avrupa Üroloji Derneği. *Cep Klavuzu* 2010. (B. Aras, Çev.) (s.146). İstanbul: CSA Global Publishing. (2010).

118. Foxman, B. (2002). Epidemiology of Urinary Tract Infections: Incidence, Morbidity, and Economic Costs. *American Journal of Medicine*, 113 (1), 5-13.
119. Tünger, Ö. Alt Üriner Sistem Enfeksiyonu. Erişim: 12 Ocak 2014, http://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2012/02/1282011131333-alt_uriner.pdf
120. Saltoğlu, N. (2008). Toplum Kökenli Üriner Sistem Enfeksiyonlarına Yaklaşım. Toplumdan Edinilmiş Enfeksiyonlara Pratik Yaklaşımlar Sempozyum Dizisi 61. (s. 139-150). Erişim: 23 Ocak 2014, <http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/61/6113.pdf>
121. Naber, K.G., Bishop, M.C., Johansen, B.T.E., Botto, H., Çek, M., Grabe, M. ve diğerleri. (2006). European Association of Urology. *İdrar ve Erkek Genital Enfeksiyonlarının Tedavisine İlişkin Klavuz*. (s.7).
122. World Health Organization. (2013). Executive summary. *The World Health Report 2013 Research for Universal Health Coverage*. Luxembourg, s. xi. 136. Erişim: 09 Kasım 2013, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240690837-eng.pdf>
123. World Health Organization. (2008). *2008-2013 Action Plan for the Global Strategy, for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. Geneva, Switzerland.
124. Bertan, M. ve Güler, Ç. (1995). Halk Sağlığı Yönünden Kazalar. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Ankara, s. 463-464.
125. World Health Organization. Health Topics Injuries. Erişim: 02 Ocak 2014, <http://www.who.int/topics/injuries/en/>
126. Hacettepe Üniversitesi. Hacettepe Hakkında. Genel Tanıtım. Erişim: 02.05.2013, <https://www.hacettepe.edu.tr/hakkinda/geneltanitim>
127. T.C. Sağlık Bakanlığı. Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü. Antropometrik Ölçümler ve Ölçüm Teknikleri (s. 4). Erişim: 01 Mayıs 2012, http://www.bhsm.gov.tr/galeri/obezite/Antropometrik_Olcumler_Olcum_Teknikleri.pdf

128. World Health Organization. (2006). *BMI Classification*. Erişim: 02.03.2013, http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
129. Nazlı, N. ve Can, İ. (2009). Nabız Arter ve Ven Muayenesi, Artvinli M. Solunum Sisteminin Muayenesi. T. Sözen, N. Güler ve G.S. Güven (Ed.). *Klinik Tanıda İlk Adım Hikaye Alma ve Klinik Muayene* (s.145,147,104,179). (2.bs.). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi.
130. CDC. (Mart 2007). *Definitions for Nonfatal Injury Reports. Cause of Injury Categories*. Erişim: 06.03.2011, <http://www.cdc.gov/ncipc/wisqars/nonfatal/definitions.htm#nonfatalinjuryreports>
131. Kayaalp, O. (2011). *Türkiye İlaçla Tedavi Klavuzu (TİK 6) 2011-2012 Formülleri*. Ankara: Pelikan Yayınevi.
132. Oates, J. (2009). İlaç Tedavisi Bilimi. Ö. Süzer (Ed). Goodman & Gilman. *Tedavinin Farmakolojik Temeli*. (R.G. Aker ve D. Akın Çev.). s.131. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
133. World Health Organization. Medicines Guidance on INN. Erişim: 10 Eylül 201, <http://www.who.int/medicines/services/inn/innguidance/en/index.html3>
134. *DeGowin's Diagnostic Examination*. LeBlond, R. F., Brown, D.D, DeGowin, R.L., (Ed). (2009). Chapter 18. Common Laboratory Tests. Erişim: 21 Ocak 2014, <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=370§ionid=40499514>.
- Chapter 8. The Chest: Chest Wall, Pulmonary, and Cardiovascular Systems; The Breasts. Erişim: 21 Ocak 2014, <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=370&Sectionid=40499501>
135. TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. (2013). *Gebeliği Önleyici Yöntemler*. Erişim: 08. 05. 2013, <http://kadinureme.thsk.saglik.gov.tr/dairefaaliyetleri/809gebeli%C4%9Fi-%C3%B6nleyici-y%C3%B6ntemler.html>
136. Horton J.C. (2007). Disorders of the Eye C.C.J., Carpenter, R.C. Griggs ve I.J. Benjamin (Ed.). *Andreoli and Carpenter's Cecil Essentials of Medicine* (s.193). Canada: Saunders Elsevier.

137. Riordan-Eva P, Hoyt W.F. (2011). Chapter 14. Neuro-Ophthalmology. In (Eds), *Vaughan & Asbury's General Ophthalmology*, (18.bs). Erişim: 08. 2013, <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=387&Sectionid=40229331>.
138. Mehmetoğlu, İ. ve Koçyiğit, A. (2007). İ., Mehmetoğlu, (Ed.). *Klinik Biyokimya Laboratuvarı El Kitabı* (s. 113,165-180, 194, 212, 285-292, 319, 324). (4.bs.). Ankara: Nobel Matbacılık.
139. Laboratory Diagnosis: (2007). Gomella, L.G. ve Haist, S.A. (Ed). *Clinician's Pocket Reference: The Scut Monkey*. (11). New York: NY McGraw-Hill. Erişim: 23 04. 2013, <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=365&Sectionid=43074913>.
140. Lab Tests. *Pocket Guide to Diagnostic Tests*. (2012). Nicoll, D., Lu, C., Pignone, M. ve McPhee, S. J. (Ed.). Erişim: 24.06.2013, <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=503&Sectionid=43474716>.
141. Doherty, G.M. (2010). Chapter 25. Biliary Tract. Doherty G.M. (Ed.). *Current Diagnosis & Treatment: Surgery*, Erişim: 24 Mart 2013, <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=343&Sectionid=39702813>.
142. Ramsay M. (2013). Chapter 32. Hepatic Physiology & Anesthesia. Butterworth J.F., IV, Mackey D.C., Wasnick J.D. (Ed.). *Morgan & Mikhail's Clinical Anesthesiology*. Erişim: 21.03.2014, <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=564&Sectionid=42800564>.
143. Karaciğer Hastalıklarının Klinik Özellikleri (2002). M.H. Beers, ve R. Berkow (Ed.). *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy*. (s: 354-355, 2549). İstanbul:Yüce Yayın.
144. Canbaz, M. ve Vural, P. (2010). Anorganik Makromineraler. F. Gürdöl ve E. Ademoğlu (Ed.). *Biyokimya* (2.bs.). (s.476, 491, 665-666). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
145. Miller, M., Stone, N. J., Ballantyne, C., Bittner, V., Criqui, M. H., Ginsberg, H. N. ve diğerleri (2011). Triglycerides and Cardiovascular Disease: A

- Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 123, 2292-2333.
146. Botham, K.M. ve Mayes, P.A. (2012). Lipid Transport & Storage. (Ed.). *Harper's Illustrated Biochemistry*, (29). New York: NY McGraw-Hill. Erişim: 20 02. 2014, <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=389&Sectionid=40142501>.
 147. Alkhouli, M., Jarrett, H., ve Sirna, S. (2014). Lipid Disorders. M.H Crawford. (Ed.). *Current Diagnosis & Treatment: Cardiology*, New York: NY McGraw-Hill. Erişim: 23 04. 2013, <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=715&Sectionid=48214531>.
 148. Farkouh, M.E., Rayfield, E.J., Fuster, V. (2011). Diabetes and Cardiovascular Disease. Fuster V, Walsh RA, Harrington RA. (Ed.). *Hurst's The Heart*, 13. New York: NY McGraw-Hill. Erişim: 20 02. 2014, <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=376&Sectionid=40279829>.
 149. Shohet, R.V. (2012). The Cardiovascular System. (Ed.). *The Big Picture: Medical Biochemistry*. New York: NY McGraw Hill, Erişim: 20 02. 2014, <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=397&Sectionid=39898623>.
 150. Verhovsek, M. ve McFarlane, A. (2012). Chapter 173. Abnormalities in Red Blood Cells. (Ed.). *Principles and Practice of Hospital Medicine*. New York: NY McGraw-Hill. Erişim: 20 02. 2014, <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=496&Sectionid=41304158>.
 151. Turgeon, M.L. (2005). Chapter 16. Leukocytes Lymphocytes and Plasma Cells Dietz K. (Ed.). *Clinical Hematology Theory and Procedures*. (s.221). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
 152. Befus, A. D. ve Denburg, J. A. (2009). Greer, J.P., Foerster, J., Rodgers, G. M., Paraskevas, F., Glader, B., Arber, D.A. ve diğerleri (Ed.). *Wintrobe's Clinical Hematology*, (s. 244). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

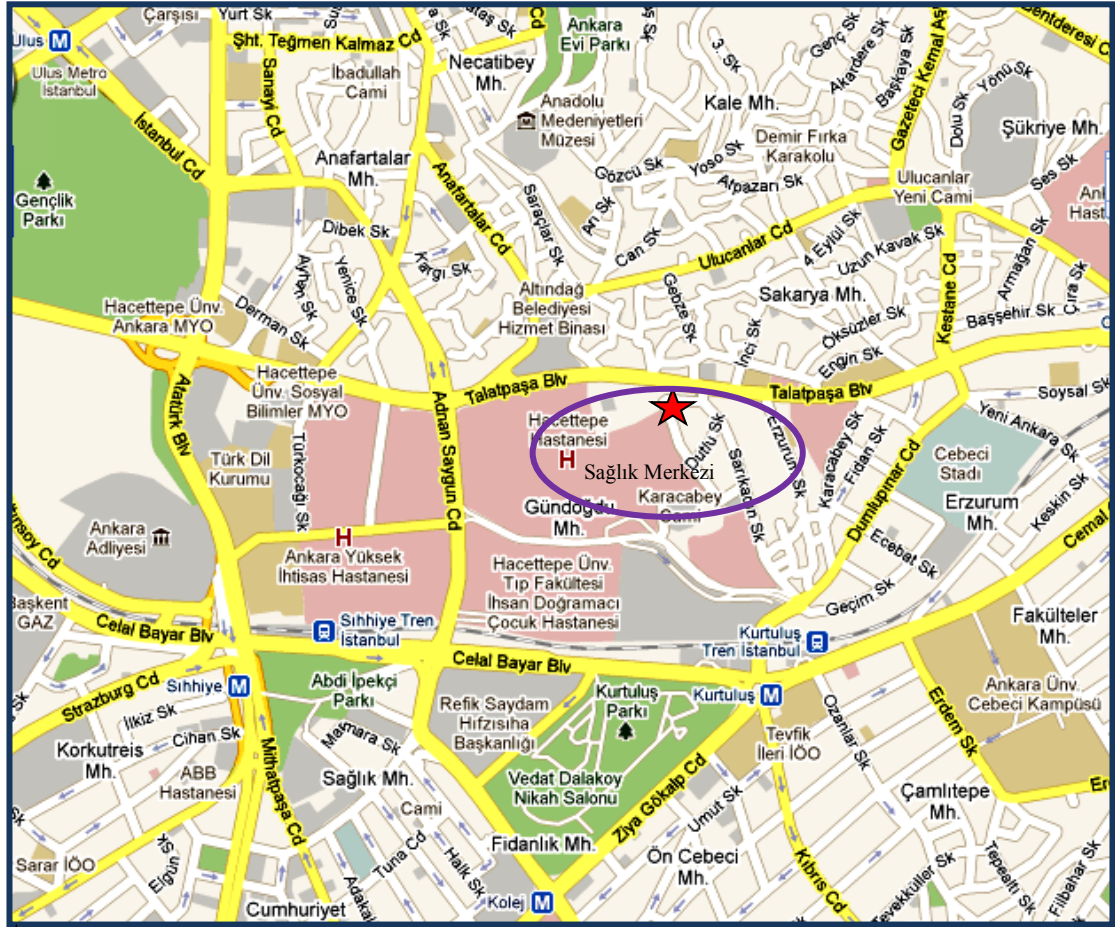
153. Cruse, J. M. ve Lewis, R. E. (2009). *Illustrated Dictionary of Immunology* (3.bs.). s. 531. USA: CRC Press.
154. World Health Organization. Programmes. International Classification of Diseases (ICD). Erişim: 08.01 2011, <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
155. Kaptanoğlu, A.Y. (2011). Birinci Basamak ve Yataklı Kamu Sağlık Kurumlarının Gelirlerinden Yapılan Ödemelerde Performans Yönetimi Kavramı. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 1(3), 142-151.
156. Yükseköğretim Kanunu. (1981). *T.C. Resmi Gazete*, 17506, 6 Kasım1981.
157. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Çalışma Genel Müdürlüğü Yıllar İtibariyle Net ve Brüt Askari Ücretler. (t.y.). Erişim:15.03.2014, http://www.csgeb.gov.tr/csgebPortal/ShowProperty/WLP%20Repository/csgeb/dosyalar/istatistikler/net_brut_asgari_uc
158. TÜİK. *Tüketici Fiyat Endeksi (TÜFE)*. Erişim: 22.01.2014, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1014
159. TÜİK. (2013). *Nüfus ve Konut Araştırması (2011)*. (s. 4,5,12). Ankara: TÜİK Matbaası.
160. Aksakoğlu, G. (2006). *Sağlıkta Araştırma ve Çözümleme* (s. 35). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörlük Basımevi.
161. TURDEP II Sonuçlarının Özeti. Erişim: 10 Ekim 2013, http://www.itf.istanbul.edu.tr/attachments/021_turdep.2.sonuclarinin_aciklamasi.pdf
162. Pirinçci, E., Rahman, S., Durmus, B. ve Açık, Y. (2009). Prevalence and Risk Factors of Overweight and Obesity in Turkish Academic Staff. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 40(6), 1306-1314.
163. World Health Organization. Media Center. Falls. Erişim: 10 Aralık 2013, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/index.html>
164. İEİS. Temel Göstergeler *Türkiye İlaç Pazarı*. Erişim 01.01.2014, <http://www.ieis.org.tr/ieis/tr/indicators/33/turkiye-ilac-pazari>

165. Koram, K.A., Addae, M.M., Ocran, J.C., Adu-Amankwah, S., WO Rogers, Nkrumah, F.K. (2007). Population Based Reference Intervals for Common Blood Haematological and Biochemical Parameters in the Akuapem North District. *Ghana Medical Journal*, 41(4), 160-166.
166. Young, D.S. (1992). Determination and Validation of Reference Intervals. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 116, 704-709.
167. İlçöl, Y.Ö., Aslan, D. (2004). Bursa İlinde Sağlıklı Bireylerde Kan Biyokimyası Profili Referans Aralıklarının Saptanması. *Türk Biyokimya Dergisi*, 29 (2), 183-192.
168. Yıldırım, D., Ünal F., Ateşer, G. ve Boran B.İ. (2009). Term Gebelerde Anemi Prevalansı: Kesitsel Bir Çalışma. *İstanbul Tıp Dergisi*, 1, 26-28.
169. Kılınç, M., Yüregir, GT. ve Ekerbiçer, H. (2002). Anaemia and Iron deficiency Anaemia in South-East Anatolia. *European Journal of Haematology*, 69, 280-283.
170. Ahluwalia, N. (2002). Intervention Strategies for Improving Iron Status of Young Children and Adolescent in India. *Nutrition Reviews*, 60 (5), 115-117.
171. Wei, M.Y., Ito, M.K., Cohen, J.D., Brinton, E.A., Jacobson, T.A. (2013). Predictors of Statin Adherence, Switching, and Discontinuation in the Usage Survey: Understanding the Use of Statins in America and Gaps in Patient Education. *Journal of Clinical Lipidology*, 7(5), 472-483.
172. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. Kan Basıncı Nedir? Erişim: 17 Aralık 2013, http://turkhipertansiyon.org/yararli_bilgi.php
173. Türkiye Osteoporoz Derneği. Türkiye Kalça Kırığı İnsidansı ve Osteoporoz Prevalansı Çalışması. Erişim: 26 Ocak 2014, <http://www.osteoporoz.org.tr/resimler/buyuk/T%C3%BCrkiye%20Kal%C3%A7a%20K%C4%B1r%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20%C4%B0nsidans%C4%B1%20ve%20Osteoporoz%20Prevalans%C4%B1.pdf>
174. Bogart, L.M., Suttorp, M.J., Elliott, M.N., Clemens, J.Q., ve Berry S.H., (2011). Prevalence and Correlates of Sexual Dysfunction Among Women with Bladder Pain Syndrome/Interstitial Cystitis. *Urology*, 77(3), 578-580.

175. Li, P.K., Kwan, B.C., Leung, C.B., Wong, K.M., Lui, S.L., Tsang, W.K. ve diğerleri. (2005). Prevalence of Silent Kidney Disease in Hong Kong: The Screening for Hong Kong Asymptomatic Renal Population and Evaluation (SHARE) Program. *Kidney International*, 67 (94), 36-40.
176. Woo, K.D., Chan, C.M., Wong, K.S., Choong, H.I., Tan, H.K., Foo, M.W. ve diğerleri (2012). National Health Survey on The Prevalence of Urinary Abnormalities in the Population: Then and Now (1975 to 2012). *Annals Academy of Medicine*, 41(8), 339-346.
177. Yamagata, K., Iseki, K., Nitta, K., Imai, H., Lino, Y., Matsuo, S. ve diğerleri. (2008). Chronic Kidney Disease Perspectives In Japan And The Importance of Urinalysis Screening. *Clinical and Experimental Nephrology*, 12(1), 1-8.
178. Zhang, L.X., Zuo, L., Xu, G.B., Wang, F., Wang, M., Wang, S.Y. ve diğerleri (2007). Community Based Screening for Chronic Kidney Disease Among Populations Older Than 40 Years in Beijing. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 22(4), 1093-1099.
179. US. Preventive Services Task Force. Screening for Chronic Kidney Diseases Erişim: 01.03.2014, <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf12/kidney7ckdsumm.htm>
180. Boulware, L.E., Jaar, B.G., Tarver- Carr, M.E., Brancati, F.L. ve Powe, N.R. (2003). Screening for Proteinuria in US Adults: A Cost-Effectiveness Analysis. *JAMA*, 290, 3101-3114.
181. Haarst, E.P., Andel, G., Heldeweg, T.J., Schlatmann, T.J.M. ve Horst H.J.R. (2001). Evaluation of the Diagnostik Workup in Young Women Referred for Recurrent Lower Urinary Tract Infections. *Adult Urology*, 56 (7), 1068-1072.
182. Woolthuis, E. P. K., Grauw, W. J. C., Gerwen, W H. E. M., Hoogen, H J.M., Lisdonk, E H. Metsemakers, J. F. M., ve diğerleri. (2009). Yield of Opportunistic Targeted Screening for Type 2 Diabetes in Primary Care the Diabscreen Study. *Annals of Family Medicine*, 7(5), 422-430.
183. Hajian-Tilaki, KO. ve Heidari B. (2007). Prevalence of Obesity, Central Obesity and the Associated Factors in Urban population aged 20-70 years, in

the North of Iran A Population Based Study And Regression Approach
Obesity Reviews, 8 (1), 3-10.

184. Akkoyunlu, Y. ve Taze, M. (2012). Some Factors Affecting The Obesity of University Employees. *Ozean Journal of Applied Sciences*, 5(2), 101-107.
185. Russell, N. K., Becker, D.M., Finney, C.P. ve Moses, H. (1991). The Yield of Cholesterol Screening in an Urban Black Community. *American Journal Of Public Health*. 81(4), 448-451.

EKLER:**EK 1. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Sağlık Merkezini Yerini Gösteren Harita**

★ Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Sağlık Merkezi

EK 2. Araştırmada Kullanılan Tanımlayıcı Değişkenler ve Özellikleri

Değişken adı	Özellik / Birim
1. Sosyo-demografik özellikler	
1.1. Yaş	Yıl, doğum yılı
1.2. Cinsiyet	Erkek, kadın
1.3. Medeni durum	Evli, dul, ayrı yaşıyor, boşanmış, hiç evlenmemiş
1.4. Personelin kadro ünvanı	Akademik, idari
2. Beslenme durum göstergesi	
2.1. Beden kitle indeksi (BKİ)	Zayıf, normal, fazla kilolu, obez (I, II, III derece)
3. Kişilerin tarama sırasında beyan ettiği hastalıklar (özgeçmiş)	Allerji, hipertansiyon, guatr, kalp hastalığı, kan hastalığı, astım, böbrek hastalığı, ruhsal hastalık, diabetes mellitus hastalığı, kanser, tüberküloz (tbc) olma durumları
4. Ailede önemli hastalık öyküsü (soygeçmiş)	Hipertansiyon, kalp hastalığı, diabetes mellitus hastalığı, kanser, guatr, astım, allerji, böbrek hastalığı, ruhsal hastalık, kan hastalığı, tbc olma durumları
5. Kaza öyküsü	
5.1. Kaza geçirme durumu	Var, Yok
5.2. Yaralanma sınıflamaları	Dosyada belirtildiği şekilde (toplam 10 grupta sınıflandırılmıştır).
5.3. Bir veya birden fazla kaza geçirme durumları	1, 2, 3, 4 ve üzeri
6. İlaç öyküsü	
6.1. İlaç kullanım durumu	Kullanıyor, kullanmıyor
6.2. Eski ve yeni ilaç ve preparatların sınıflamaları	Dosyada belirtildiği şekilde (toplam 15 grupta sınıflandırılmıştır).
7. Vital bulgular	
7.1. Kan basıncı	MmHg
7.2. Nabız	Vuru/dakika
7.3. Ateş	°C
8. Personelin sistem yakınmaları	Dosyada belirtildiği şekilde (10 ana başlık, 94 alt başlık halinde ve var olanlar belirtilmiştir).
9. Personelin fizik muayeneleri	Dosyada belirtildiği şekilde (11 ana başlık, 87 alt başlık halinde ve var olanlar belirtilmiştir).

10. Personelin tetkik sonuçları	
10.1. Kan KCFT değerleri	U/L, mg/dl, düşük, normal, yüksek
10.2. Kan BFT değerleri	mE/lt, mg/dl, düşük, normal, yüksek
10.3. Kan lipid profili değerleri	mg/dl, düşük, normal, yüksek
10.4. Kan TKS ve ESH değerleri	g/dl, fl, $\times 10^6/\mu\text{l}$, %, mm/saat, düşük, normal, yüksek
10.5. Kandaki bazı hormonlar (TSH, PSH)	$\mu\text{IU/ml}$, ng/ml, düşük, normal, yüksek
10.6. Eliza Testleri	Birimi yok, Negatif, Pozitif
10.7. GGK Testi	Birimi yok, Negatif, Pozitif
10.8. TİT	Var olanlar belirtilmiştir.
10.9. Pap Smear	Dosyada belirtildiği şekilde (8 bulgu içinde var olanlar belirtilmiştir).
10.10. Mamografi	Dosyada belirtildiği şekilde (var olanlar belirtilmiştir).
10.11. KMD	Normal, osteopeni, osteoporoz, KMD artışı (var olanlar belirtilmiştir).
11. Hastalık kategorileri	
11.1. ICD 10' a göre tanımlar (eski ve yeni hastalıklar için)	Dosyada belirtildiği şekilde 17 ana tanı grubu, 145 alt tanı grubu olarak (var olanlar belirtilmiştir).
11.2. 12 hastalık tanısı (ileri analiz)	Dosyada belirtildiği şekilde (var-yok)

EK 3. Türkiye İlaçla Tedavi Kılavuzu (TİK6)

İlaç ve Preparatlara İlişkin Sınıflandırmalar

İlaç ve preparatlar

1. Gastrointestinal sistem ilaçları

- 1.1. Dispepsi ve gastroözefajial reflü hastalığı
 - 1.2. Antispasmodikler ve bağırsak motilitesini değiştiren diğer ilaçlar
 - 1.3. Anti sekretuvar ilaçlar ve mukoza koruyucular⁷
 - 1.4. Akut ishal
 - 1.5. Kronik bağırsak bozuklukları
 - 1.6. Laksatifler
 - 1.7. Anal ve rektal bozukluklara karşı lokal preparatlar
 - 1.8. Stoma Bakımı
 - 1.9. Bağırsak salgılarını etkileyen ilaçlar
-

2. Kalp damar sistem ilaçları

- 2.1. Pozitif inotrop ilaçlar
- 2.2. Diüretikler
- 2.3. Antiaritmik ilaçlar
- 2.4. Beta Adrenerjik Receptör Blokörleri
- 2.5. Hipertansiyon ve Kalp Yetmezliği
- 2.6. Nitratlar, kalsiyum kanal blokörleri ve diğer antianginal ilaçlar
- 2.7. Sempatomimetikler
- 2.8. Antikoagülanlar ve protamin
- 2.9. Antitrombotik ilaçlar
- 2.10. Stabil anjina, akut koroner sendromlar ve fibrinolitik
- 2.11. Antifibrinolitik ilaçlar ve hemostatikler
- 2.12. Lipid düzenleyici ilaçlar
- 2.13. Lokal sklerozanlar

3. Solunum sistemi ilaçları

- 3.1. Bronkodilatörler
- 3.2. Kortikosteroidler
- 3.3. Kromoglikat ve benzeri tedaviler ve lökotrien reseptör antagonistleri
- 3.4. Antihistaminikler, duyarsızlaştırma ve alerjik durumlar
- 3.5. Solunum uyarıcıları ve akciğer sürfaktanları
- 3.6. Oksijen
- 3.7. Mukolitikler

3.8. Aromatik inhalasyonlar

3.9. Öksürük preparatları

4. Merkezi sinir sistemi ilaçları

4.1. Hipnotikler ve anksiyolitikler

4.2. Psikozlar ve benzeri bozukluklarda kullanılan ilaçlar

4.3. Antidepresan ilaçlar

4.4. Merkezi sinir sistemi uyarıcıları dikkat eksikliği / hiperaktivite bozukluğunda kullanılan diğer ilaçlar

4.5. Obezite tedavisinde kullanılan diğer ilaçlar

4.6. Bulantı ve vertigoda kullanılan diğer ilaçlar

4.7. Analjezikler

4.8. Antiepileptik ilaçlar

4.9. Parkinsonizm ve benzeri bozukluklarda kullanılan ilaçlar

4.10 Madde bağımlılığında kullanılan ilaçlar

4.11 Demansta kullanılan ilaçlar

5. İnfeksiyonların tedavisinde kullanılan ilaçlar

5.1. Antibakteriyel ilaçlar

5.2. Antifungal ilaçlar

5.3. Antiviral ilaçlar

5.4. Antiprotozoal ilaçlar

5.5. Antihelmintikler

6. Endokrin sistem ilaçları

6.1. Diabetes Mellitus ilaçları

6.2. Tiroid ve Antitiroid ilaçlar

6.3. Kortikosteroidler

6.4. Cinsiyet hormonları

6.5. Hipotalamus ve hipofiz hormonları ve antiöstrojenler

6.6. Kemik metabolizmasını etkileyen ilaçlar

6.7. Diğer endokrin ilaçlar

6.7. Diğer endokrin ilaçlar

7. Obstetrik, jinekolojik hastalıklar ve üriner sistem hastalıklarında kullanılan ilaçlar

7.1. Obstetrikte kullanılan ilaçlar

7.2. Vajina ve vulvayla ilgili durumların tedavisi

7.3. Kontraseptifler

7.4. Genitoüriner bozukluklarda kullanılan ilaçlar

8. Habis bağışıklar ve bağışıklığın baskılanmasında kullanılan ilaçlar

- 8.1. Sitotoksik ilaçlar
 - 8.2. Bağışıklık yanıtını etkileyen ilaçlar
 - 8.3. Habis Hastalıklarda Kullanılan Cinsiyet Hormonları ve Hormon Antagonistleri
-

9. Beslenme ve kan hastalıklarında kullanılan ilaçlar

- 9.1. Anemiler ve diğer kan hastalıklarından bazıları
 - 9.2. Sıvılar ve elektrolitler
 - 9.3. İntravenöz Beslenme
 - 9.4. Oral Beslenme
 - 9.5. Mineraller
 - 9.6. Vitaminler
 - 9.7. Acılılar ve tonikler
 - 9.8. Metabolik bozukluklar
-

10. Kas iskelet ve eklem hastalıklarında kullanılan ilaçlar

- 10.1. Romatizmal hastalıklarda ve gutta kullanılan ilaçlar
 - 10.2. Nöromusküler bozukluklarda kullanılan ilaçlar
 - 10.3. Yumuşak dokunun inflamasyonunun giderilmesinde kullanılan ilaçlar
-

11. Göz hastalıklarında kullanılan ilaçlar

- 11.1. İlaçların göze uygulanması
 - 11.2. Mikrop bulaşmasının kontrol altına alınması
 - 11.3. Antiinfektif göz preparatları
 - 11.4. Kortikosteroidler ve diğer antiinflamatuvar preparatlar
 - 11.5. Midriyatikler ve sikloplejikler
 - 11.6. Glokom tedavisi
 - 11.7. Lokal Anestezikler
 - 11.8. Çeşitli oftalmik preparatlar
 - 11.9. Kontakt lensler
-

12. Kulak burun ve orofarenks hastalıklarında kullanılan ilaçlar

- 12.1. Kulağı etkileyen ilaçlar
 - 12.2. Burnu etkileyen ilaçlar
 - 12.3. Orofarenksi etkileyen ilaçlar
-

13. Deri hastalıklarında kullanılan ilaçlar

- 13.1. Derideki bozuklukların tedavisi
- 13.2. Yumuşatıcı ve engel oluşturan preparatlar
- 13.3. Topikal lokal anestezikler ve antipruritikler

- 13.4. Topikal korikosteroidler
- 13.5. Egzema ve psoriyaziste kullanılan preparatlar
- 13.6. Akne ve rozasea
- 13.7. Siğil ve nasır preparatları
- 13.8. Güneşten koruyucular ve kapatıcı preparatlar
- 13.9. Şampuanlar ve diğer saçlı deri ve kıl preparatları
- 13.10. Antiinfektif deri preparatları
- 13.11. Deri temizleyiciler ve antiseptikler
- 13.12. Terlemeyi önleyiciler
- 13.13. Topikal Dolaşım Preparatları

14. İmmünolojik ürünler ve aşılar

- 14.1. Aktif Bağışıklık
- 14.2. Pasif bağışıklık
- 14.3. Saklama ve kullanım
- 14.4. Aşılar ve antiserumlar
- 14.5. İmmun globulinler
- 14.6. Uluslararası yolculuk

15. Genel ve lokal anesteziye kullanılan ilaçlar

- 15.1. Genel anestezi
 - 15.2. Lokal anestezi
-

EK 4. H.Ü. Sıhhiye Yerleşkesinde Bulunan Sıhhiye Sağlık Merkezinde Yapılan Sağlık Taramasına Katılan Kadrolu Personelde Tarama Muayenesi Sırasında Tanı Alan Gruplandırılmış Eski¹ ve Yeni² Vakaların En Sık Görülenlerinin Alt Grup Dağılımı.

Hastalık adı	ICD kodu	Eski ¹ (n=1409)		Yeni ² (n=1452)	
		S	%	S	%
Nütrisyonel anemiler	D50-D53	39	2,7	47	3,2
Demir eksikliği	D50	31	2,2	46	3,1
B ₁₂ eksikliği	D51	7	0,5	1	0,1
Tiroid bezi bozuklukları	E00-E07	106	7,5	56	4,0
Diğer hipotiroidizm	E03	72	5,1	35	2,6
Diğer toksik olmayan guatr	E04	27	1,9	14	0,9
Tirotoksikozis	E05	-	-	3	0,2
Subklinik iyot eksikliği, hipotiroidizm	E02	-	-	3	0,2
Tiroidit	E06	2	0,1	-	-
Diğer tiroid bezi bozuklukları	E07	5	0,4	1	0,1
Obezite ve diğer hiperalimentasyon	E65-E68	11	0,8	93	6,4
Obezite	E66	11	0,8	93	6,4
Metabolik bozukluklar	E70-E90	79	5,6	329	22,6
Lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler	E78	76	5,4	326	22,4
Pürin ve pirimidin metabolizması bozuklukları	E79	3	0,2	1	0,1
Sıvı elektrolit ve asit baz dengesinin diğer bozuklukları	E87	-	-	2	0,1
Hipertansif hastalıklar	I10-I15	113	8,0	38	2,7
Hipertansiyon	I10	113	8,0	38	2,7
İskemik kalp hastalığı	I20-I25	29	2,1	68	4,7
Kronik iskemik kalp hastalığı	I25	21	1,5	50	3,4
Anjina pectoris	I20	7	0,5	17	1,2
Akut miyokard enfarktüsü	I21	1	0,1	1	0,1
Kalp hastalıklarının diğer şekilleri	I30-I52	22	1,6	34	2,3
Endokardit ve kalp kapak bozuklukları başka yerde sınıflanmış hastalıklarda	I39	1	0,1	-	-
Romatizmal olmayan aort kapağı bozuklukları	I35	4	0,3	-	-
Atriyoventriküler ve sol dalcık bloğu	I44	8	0,4	23	1,6
Paroksizmal taşikardi	I47	1	0,1	-	-

Atrial fibrilasyon ve flutter	I48	1	0,1	-	-
Diğer kardiyak aritmiler	I49	5	0,4	2	0,1
Kalp yetmezliği	I50	1	0,1	-	-
Yetersiz tanımlanmış kalp hastalıkları ve komplikasyonları	I51	1	0,1	1	0,1
Diğer ileti bozuklukları	I45	-	-	6	0,4
Kardiyomyopati	I42	-	-	2	0,1
Üst solunum yolunun diğer hastalıkları	J30-J39	32	2,3	1	0,1
Vazomotor ve alerjik rinit	J30	28	2,0	-	-
Kronik sinüzit	J32	2	0,1	1	0,1
Nazal polip	J33	1	0,1	-	-
Üst solunum yollarının diğer hastalıkları	J39	1	0,1	-	-
Kronik alt solunum yolu hastalıkları	J40-J47	48	3,4	6	0,4
Kronik bronşit basit ve mukopürülan	J41	-	-	1	0,1
Amfizem	J43	-	-	2	0,1
Diğer KOAH	J44	2	0,1	-	-
Astım	J45	43	3,1	1	0,1
Bronşiektazi	J47	3	0,2	2	0,1
Özofagus hastalıkları	K20-23	26	1,8	3	0,2
GÖR	K21	26	1,8	3	0,2
Mide, duodenum, jejunum hastalıkları	K25-K31	55	3,9	14	1,0
Mide ülseri	K25	3	0,2	2	0,1
Duodenum ülseri	K26	1	0,1	-	-
Peptik ülser yeni tanımlanmamış,	K27	19	1,3	5	0,4
Gastrit duodenit,	K29	29	2,1	3	0,2
Dispepsi	K30	3	0,2	4	0,3
Karaciğer hastalıkları	K70-77	11	0,8	44	3,0
Toksik karaciğer hastalığı	K71	-	-	1	0,1
Alkolik karaciğer hastalığı	K70	1	0,1	-	-
Kronik hepatit başka yerde Sınıflanmamış	K73	1	0,1	1	0,1
Karaciğer fibroz ve sirozu	K74	1	0,1	-	-
Diğer inflamatuvar karaciğer Hastalıkları	K75	-	-	1	0,1
Karaciğerin diğer hastalıkları	K76	8	0,5	41	2,8
Dorsopatiler	M40-M54	64	4,5	1	0,1
Ankilozan spondilit	M45	8	0,5	-	-
Spondiloz	M47	1	0,1	-	-
Servikal disk bozuklukları,	M50	21	1,5	-	-
Diğer intervertebral disk bozuklukları	M51	33	2,3	1	0,1

Dorsalji	M54	1	0,1	-	-
Osteopatiler ve Kondropatiler	M80-M94	47	3,4	67	4,6
Osteoporoz	M80-81	45	3,2	66	4,5
Kemiğin diğer bozuklukları	M89	1	0,1	-	-
Kemik densitesi ve yapısının diğer bozuklukları	M85	1	0,1	1	0,1
Üriner sistemin diğer hastalıkları	N30-N39	3	0,2	97	6,7
Sistit	N30	2	0,1	97	6,7
Mesanenin diğer bozuklukları	N32	1	0,1	-	-
Kan incelemesinde anormal bulgular	R70-R79	-	-	69	4,8
Plazma viskozitesinin anormalliği ve yüksek ESH	R70	-	-	18	1,2
Yükselmiş kan glikoz düzeyi	R73	-	-	6	0,4
Anormal serum enzim düzeyleri	R74	-	-	29	2,1
Serumda diğer anormal immünolojik bulgular	R76	-	-	5	0,3
Kan kimyasının diğer anormal bulguları	R79	-	-	11	0,8
Tanısal görüntüleme ve fonksiyon çalışmalarında anormal bulgular, tanısı olmayan	R90-R94	11	0,8	143	9,8
Vücut yapılarının tanısal görüntülemesinde diğer anormal bulgular	R93	11	0,8	135	9,3
Akciğerin tanısal görüntülemesinde anormal bulgular	R91	-	-	3	0,2
Anormal serum enzim düzeyleri	R94	-	-	5	0,3
Sağlık kurumlarına muayene ve inceleme için gelen kişiler	Z00-Z13	355	25,2	192	13,2
Yakınması veya bilinen teşhisi olmayan kişilerin genel muayene ve incelemesi	Z00	355	25,2	192	13,2

¹ Eski tanı; kişilerin tarama sırasında beyan ettiği önceki hastalıklarını içermektedir.

² Yeni tanı taramada konulan tanılarını içermektedir.

**EK 5. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Sağlık Merkezi Sorumlu Hekimliğinden
Alınan İzin Belgesi**



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK, KÜLTÜR VE SPOR DAİRESİ BAŞKANLIĞI
MERKEZ SAĞLIK MERKEZİ SORUMLU HEKİMLİĞİ

Merkez Sağlık Merkezi Sorumlu Hekimliği
06100 Sıhhiye/ANKARA
Telefon:0 (312) 305 15 33 – 305 15 27
Fax: 0 (312) 305 16 47

25.05.2010

Sayı : B.30.2.HAC.0.79.20.00 /

Konu: Dr. Gülsün Polatkan Hk.

Sayın Dr. Gülsün Polatkan,

Yürütmekte olduğunuz Doktora Tezi çalışmanızda merkezimiz
Check-Up arşivinden yararlanmanızda herhangi bir sakınca yoktur.

Saygılarımla,

Dr. Ayhan Al
Merkez Sağlık Merkezi
Sorumlu Hekimi

EK 6. Hacettepe Üniversitesi Senato Etik Kurul Onay Belgesi

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
GENEL SEKRETERLİK

YAZI İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ
06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon: 0 (312) 305 1008-1039 - Faks: 0 (312) 310 5552
E-posta: yazimd@hacettepe.edu.tr

Sayı: B.30.2.HAC.0.70.01.00/ 433-2445

02.09.10

Halk Sağlığı Enstitüsü Müdürlüğüne,

İlgi: 20.07.2010 tarih ve 135 sayılı yazınız.

Enstitünüz Halk Sağlığı programı öğretim üyelerinden **Prof.Dr. Sabahat TEZCAN**'ın sorumlu araştırmacı olduğu, "**Hacettepe Üniversitesi Çalışanlarının Sağlık Tarama Sonuçları ve İlişkili Faktörler**" konulu 410.01-2138 başvuru nolu çalışması, Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun **26 Ağustos 2010** tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. Sevil GÜRGAN
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Ek: Tutanak

S. S. Tezcan'a.
- 3/6

26 AĞUSTOS 2010

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SENATOSU ETİK KOMİSYONU

TOPLANTI TUTANAĞI

Toplantı tarihi: 26 Ağustos 2010

Toplantı saati: 15:00

Toplantı yeri: Farmasötik Teknoloji ABD Seminer odası







1. Çalışmaların etik açıdan uygunluğunun incelenmesi


	Sayı	Tarih	Üniversite / Bölüm	Karar
1	410.01/ 1755	15.06.10	H.Ü. Sağ.Bilim. Fak. FTR Bölümü.	UYGUN
2	410.01/ 1753	15.06.10	H.Ü.Tıp.Fak. Tıbbi Mik.Biy. Abd.	UYGUN
3	410.01/ 1752	15.06.10	H.Ü. Tıp.Fak. Radyoloji AbD.	UYGUN
4	410.01/ 1786	18.06.10	H.Ü. Tıp.Fak. Acil Tıp AbD.	UYGUN
5	410.01. /2008	08.07.10	H.Ü. Sağ.Bilm. Fak. FTR Böl.	UYGUN
6	410.01. /2001	08.07.10	H.Ü. Tıp Fak. Radyoloji AbD.	UYGUN
7	410.01. /1999	08.07.10	H.Ü. Tıp.Fak. Göğ. Hast. AbD.	UYGUN
8	410.01/ 2105	19.07.10	H.Ü. Sağ.Bil.Fak. FTR Böl.	UYGUN
9	410.01/ 2121	20.07.10	H.Ü. Halk. Sağ. Enst. Halk Sağ. Programı	UYGUN
10	410.01. /2138	22.07.10	H.Ü. Halk. Sağ. Enst. Halk Sağ. Programı	UYGUN
11	410.01. /2139	22.07.10	H.Ü. Eğt. Fak. Eğt. Bilim. Böl.	UYGUN
12	410.01/ 2228	02.08.10	H.Ü. Eğt. Fak. İlk. Öğ. Böl.	UYGUN
13	410.01/ 2327	17.08.10	H.Ü. Tıp.Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Ab.D.	UYGUN
14	410.01/ 2367	23.08.10	H.Ü. Sağ.Bil. Fak. Hemşirelik Böl.	UYGUN
15	410.01. 2394	26.08.10	H.Ü. Sağ.Bil. Fak. Hemşirelik Böl.	UYGUN
16	410.01. 2393	26.08.10	H.Ü. Eğt. Fak. İlk. Öğ. Böl.	UYGUN



ASLIG/BIDIR

Handwritten signatures and initials: *Handwritten signatures and initials*

TOPLANTIYA KATILANLAR	İMZASI
Prof. Dr. Sevda Şenel (Başkan)	
Prof. Dr. Turan Özbey	
Prof. Dr. Perihan Arslan	
Prof. Dr. Hakan Sedat Orer	
Prof. Dr. Dilek Şengün	
Prof. Dr. İhsan Dağ	
Prof. Dr. Berrin Akman	
Prof. Dr. Caner Açıkada	
Prof. Dr. Yücel Tıraş	
Prof. Dr. Refa Emrali	
Doç. Dr. Leyla Dinç	
Doç. Dr. Nüket Örnek Büken (sekreter)	



EK 7. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri, Erişkin Laboratuvar Referans Aralıklarında Yapılan Değişiklikler ve Değişiklik Tarihleri Tabloları

Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Klinik Patoloji Laboratuvarları Erişkin Biyokimyası Referans Aralıklarında Yapılan Değişiklikler ve Değişiklik Tarihleri (1997-2009, ANKARA) (Örnek Türü Serum)

KAN BİYOKİMYASI İSTENEN TETKİK	ÖNCEKİ DÜZENLENME TARİHİ	BİR ÖNCEKİ REFERANS ARALIĞI		REFERANS DEĞİŞİKLİĞİ YAPILAN TARİH	SONRAKİ (YENİ) REFERANS ARALIĞI	
		Erkek	Kadın		Erkek	Kadın
Test adı /birim						
ALT (U/L)	01.01.1997	5-40	5-40	12.08.2009	0-41	0-33
AST (U/L)	01.01.1997	8-33	8-33	12.08.2009	0-37	<31
GGT (U/L)	01.01.1997	5-40	5-40	12.08.2009	0-61	0-36
ALP (U/L)	31.07.2003	35-129	35-129	12.08.2009	0-129	0-104
Bil, Total (mg/dl)	01.01.1997	0,1-1,2	0,1-1,2	Değişiklik yok	0,1-1,2	0,1-1,2
Bil, Direkt (mg/dl)	01.01.1997	0-0,3	0-0,3	Değişiklik yok	0-0,3	0-0,3
Klorür (mE/lit)	01.01.1997	95-110	95-110	12.08.2009	95-110	95-110
Potasyum (mE/lit)	01.01.1997	3,5-5,5	3,5-5,5	23.05.2007	3,5-5,1	3,5-5,1
Sodyum (mE/lit)	01.01.1997	136-147	136-147	Değişiklik yok	136-147	136-147
Kolesterol total, (mg/dl)	01.01.1997	150-200	150-200	22.10.2002	0-200	0-200
Trigliserid (mg/dl)	01.01.1997	10-200	10-200	12.08.2009	0-200	0-200
HDL kolesterol (mg/dl)	01.01.1997	35-75	35-75	04.12.2006	35-60	35-60
	2002	35-150	35-150	12.08.2009	40-60	40-60
LDL kolesterol (mg/dl)	01.01.1997	5-30	5-30	22.10.2002	0-130	0-130
VLDL (mg/dl)	01.01.1997	10-40	10-40	22.10.2002	0-40	0-40
Protein total (g/dl)	01.01.1997	6-8,7	6-8,7	12.08.2009	6,4-8,3	6,4-8,3
Albumin (g/dl)	01.01.1997	3,2-4,8	3,2-4,8	12.08.2009	3,4-4,8	3,4-4,8
Globulin (g/dl)	01.01.1997	1,5-4,6	1,5-4,6	Değişiklik yok	1,5-4,6	1,5-4,6
Glukoz (mg/dl)	01.01.1997	70-110	70-110	Değişiklik yok	70-110	70-110
Üre-N (mg/dl)	01.01.1997	4,6-23	4,6-23	Değişiklik yok	4,6-23	4,6-23
Ürik asit (mg/dl)	01.01.1997	2,7-8,5	2,7-8,5	07.06.2007	3,4-7	2,4-5,7
Kreatinin (mg/dl)	01.01.1997	0,6-1,2	0,6-1,2	12.08.2009	0,7-1,2	0,5-0,9
Fosfor, İnorganik (mg/dl)	01.01.1997	2,3-4,7	2,3-4,7	12.08.2009	2,7-4,5	2,7-4,5
Kalsiyum total (mg/dl)	1998	8,6-10,2	8,6-10,2	13.08.2009	13-61 yaş arası 8,4-10,2 61-91 yaş arası 8,8-10,2	

Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Klinik Patoloji Laboratuvarları Erişkin CBC Referans Aralıklarında Yapılan Değişiklikler ve Değişiklik Tarihleri (2005-2010, ANKARA) (Örnek Türü Tam Kan)

CBC	ÖNCEKİ DÜZENLENME TARİHİ	BİR ÖNCEKİ REFERANS DEĞERİ		REFERANS DEĞİŞİKLİĞİ YAPILAN TARİH	SONRAKİ(YENİ) REFERANS DEĞERİ	
		Erkek	Kadın		Erkek	Kadın
Test /birim						
Eritrosit, x10 ⁶ /μl	01.01.1997	3,5-6	3,5-6	23.05.2007	4,38-5,77	3,83-5,08
Hemoglobin, g/dl	01.01.1997	12-18	12-18	23.05.2007	13,6-17,2	11,7—15,5
Hematokrit, %	01.01.1997	36-54	36-54	23.05.2007	39,5-50,3	34,5-46,3
MCV, fl	01.01.1997	80-100	80-100fl	23.05.2007	80,7-95,5	80,4-95,9
MCH, pg	01.01.1997	27-34	27-34pgr	23.05.2007	22,7-33,5	22,7-33,5
MCHC, g/dl	01.01.1997	33-35gr/dlt	33-35	23.05.2007	32,7-35,6	32,5-35,2
RDW, %	01.01.1997	11,6-16,5%	11,6-16,5%	23.05.2007	11,8-14,3	11,7-14,6%
Lökosit, x10 ³ /μl	01.01.1997	3,6-10	3,6-10	23.05.2007	4,3-10,3 x10 ³ /μL	4,1-11,2 x10 ³ /μL
Lenfosit, %	01.01.1997	20-50%	20-50%	23.05.2007	19,4-44,9	18,8-50,8%
Monosit, %	01.01.1997	2,5-10	2,5-10	23.05.2007	5,1-10,9	4,1-12,2%
Nötrofil, %	01.01.1997	37-75%	37-75%	23.05.2007	41-73%	39,9-73%
Eozinofil, %	01.01.1997	0,5-11%	0,5-11%	23.05.2007	0,9-6%	0,8-6%
Bazofil, %	01.01.1997	0-2%	0-2%	23.05.2007	0,3-1,5	0,3-1,8%
Trombosit, x10 ³ /μl	01.01.1997	150-450x10 ³ /μL	150-450 x10 ³ /μl	23.05.2007	156-373 x10 ³ /μL	159-388 x10 ³ /μL
MPV, fl	01.01.1997	7,4-11fl	7,4-11fl	23.05.2007	6,9-10,8	6,5-11,6
Pct, %	01.01.1997	0-0,99	0-0,99	23.05.2007	-	-
Sed, mm/saat	01.01.1997	0-20	0-20	18.10.2010	0-20	0-25

*18 yaş üstü değerler alınmıştır.

Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Klinik Patoloji Laboratuvarları Erişkin TFT Referans Aralıklarında Yapılan Değişiklikler ve Değişiklik Tarihleri (2005-2009, ANKARA) (Örnek Türü Serum)

TFT	ÖNCEKİ DÜZENLENME TARİHİ	BİR ÖNCEKİ REFERANS DEĞERİ	REFERANS DEĞİŞİKLİĞİ YAPILAN TARİH	SONRAKİ(YENİ) REFERANS DEĞERİ
TSH	01.01.1997	0,49-4,67 µIU/ml	03.02.2002 13.05.2004	0,35-4,94 µIU/ml 0,27-4,2 µIU/ml
T3	01.01.1997	0,45-1,37 ng/ml	02.04.2002 13.05.2004	0,58-1,59 ng/ml 0,8-2 ng/ml
T4	01.01.1997	4,5-12 µg/dl	02.04.2002 13.05.2004	4,87-11,72 µg/dl 4,6-12 µg/dl
FT3	01.01.1997	2,62-5,69 pmol/l	13.05.2004 05.06.2007	3,95-6,8 pmol/l 3,1-6,8 pmol/l
FT4	01.01.1997	9-19,04 pmol/l	13.05.2004	12-22 pmol/l

Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Klinik Patoloji Laboratuvarları Erişkin Serum Eliza (Hepatit B, C, HIV için) Referans Aralıklarında Yapılan Değişiklikler ve Değişiklik Tarihleri (2005-2009, ANKARA) (Örnek Türü Serum)

Eliza	ÖNCEKİ DÜZENLENME TARİHİ	BİR ÖNCEKİ REFERANS DEĞERİ		REFERANS DEĞİŞİKLİĞİ YAPILAN TARİH	SONRAKİ(YENİ) REFERANS DEĞERİ	
		Erkek	Kadın		Erkek	Kadın
HBsAg	01.01.1997	0-2	0-2	01.03.2005	*+ /-(birimi yok)	+ /-(birimi yok)
Anti-HBs	01.01.1997	0-10IU/ml	0-10IU/ml	Değişiklik yok	0-10IU/ml	0-10IU/ml
Anti-HBc Total	01.01.1997	+ /-(birimi yok)	+ /-(birimi yok)	Değişiklik yok	Değişiklik yok	+ /-(birimi yok)
HBeAg	01.01.1997	+ /-(birimi yok)	+ /-(birimi yok)	Değişiklik yok	+ /-(birimi yok)	+ /-(birimi yok)
Anti-HBe	01.01.1997	+ /-(birimi yok)	+ /-(birimi yok)	Değişiklik yok	+ /-(birimi yok)	+ /-(birimi yok)
Anti-HCV	01.01.1997	+ /-(birimi yok)	+ /-(birimi yok)	Değişiklik yok	+ /-(birimi yok)	+ /-(birimi yok)
Anti-HIV	01.01.1997	+ /-(birimi yok)	+ /-(birimi yok)	Değişiklik yok	+ /-(birimi yok)	+ /-(birimi yok)

*Birimi yok +/- olarak ifade edilenler kantitasyon yok referans aralığı yok anlamında alınmış olup sonuçlar pozitif veya negatif olarak verilmiştir.

Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Klinik Patoloji Laboratuvarları Erişkin Tümör Markerları (PSA) Referans Aralıklarında Yapılan Değişiklikler ve Değişiklik Tarihleri (2005-2009, ANKARA) (Örnek Türü Serum)

Test	ÖNCEKİ DÜZENLENME TARİHİ	BİR ÖNCEKİ REFERANS DEĞERİ	REFERANS DEĞİŞİKLİĞİ YAPILAN TARİH	SONRAKİ(YENİ) REFERANS DEĞERİ
		Erkek		Erkek
PSA	01.01.1997	(>65 YAŞ) 0,06-4 ng/ml (<65 YAŞ) 0,06-6 ng/ml	Değişiklik yok	(>65 YAŞ) 0,06-4 ng/ml (<65 YAŞ) 0,06-6 ng/ml
FREE PSA	01.01.1997	0-0,25ng/ml	18.04.2001 01.07.2003	0,03-0,9ng/ml 0-0,42ng/ml
FREEPSA/PSA	2003	–	Değişiklik yok	–

*Hastalarda 2005-2009 arası lab referans aralıklarında değişiklikleri olmuştur. Bunların bir kısmında cinsiyete göre değişiklikler olurken, bir kısmında da yaşa göre değişiklikler olmuştur. Taramaya gelen hastalar erişkin yaş grubu olduğundan çocukluk yaş dönemine ait değişiklikler, 80 yaş üzeri değişiklikler bu tablolarda belirtilmemiştir.

EK 8. Sonuç ve Öneriler

Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesinde 2005-2009 yılları arasında kadrolu personelde yapılan sağlık tarama dosyalarının incelenmesi ile yapılmıştır. HÜ Hastanelerine bağlı personel tarama kapsamında değerlendirilmemiştir. Sıhhiye Yerleşkesindeki toplam personelin %76,23'üne ulaşılmıştır.

6.1. Tarama Programlarının Düzenlenmesine Yönelik Öneriler

Araştırmada, personele hasta tetkiklerinin verilmesi, bu verilerin kaybına yol açmış, tekrar çıkarılması için bilgisayar veri tabanları kullanılmıştır. Bu durum da araştırma için güçlük yaratmıştır. Tarama programlarında yapılan **test ve tetkiklerin orijinaleri hastaya verilmemeli, fotokopi ya da “Compact Disk” (CD) gibi çoğaltma yöntemleri önerilmelidir.**

Hastalarda testler istenirken mümkün olduğu kadar yalancı pozitiflik ve negatifliğe yol açmamak için **testlerin en optimal hangi şartlarda yapılması gerektiğine dair hastalara önceden yazılı veya sözlü bilgilendirmede bulunulabilir.**

Sağlık Merkezinde tarama için yapılan tetkikler sonucunda bazı hastalar için hastaneye sevk kararı verilebiliyordu. Bu durum Sağlık merkezindeki taramanın sonucunun bilinmemesine yol açmaktadır. Bu durumun düzeltilmesi için taramaya katılan ve sevk edilen hastaların, **sevk sonucunu Sağlık Merkezine getirmesini düzenleyen bir beyan imzalatılabilir** (Örneğin bu beyan üzerine sevk sonucunu getirmediğinde tarama ücretlerini kendilerinin karşılayacakları gibi vb. olabilir).

Taramaya katılan personel, hastalıklarını beyan ederken hafıza faktörü nedeniyle bazı hastalıklarını eksik beyan etmiş olabilir. Personel bazı hastalıklarının bilinmesini istemediğinden de hastalıklarını gizlemiş de olabilir. Bu da eski hastalıkların sayısının gerçekte olandan daha az saptanmasına yol açmış olabilir. Bu nedenle **hastalar taramaya gelirken hastane dosyaları da arşivden çıkarttırılabilir.**

Tarama kayıtları sistematik olarak bilgisayar sistemi üzerine kaydedilmelidir.

Hastaya doldurması için verilen formlarda hastaların bazı soruları tam cevaplayamadıkları, bazı beyanlarının da eksik olduğu gözlenmiştir. Bu formlar doldurulurken **bir kişi hastalara yardımcı olarak yüzyüze olacak şekilde doldurması** eksiklikleri giderebilir.

Bazı test ve tetkiklerin zaman içinde uygulama yöntemlerinde, referans aralıklarında, test kitlerinde vb. çeşitli değişiklikler olmaktadır. Ayrıca hastalıkların tedavileri de zaman içinde değişmektedir. Personelin tarama sırasında uygulamasına veya yorumlamasına karar verilen test ve tetkik ve tedaviler için güncel bilgiler ışığında gerekli görülebilecek bölümlerle işbirliği içinde düzenli ve sürekli hizmet içi eğitimler planlanmalıdır. **Yorumlar ve uygulamalarda uygulayıcılar açısından standardizasyon sağlanmalıdır.**

Personelin dosyalar doldurulurken standart olmayan bazı kısaltmalar kullandıkları görülmüştür. Bu kısaltmalar hasta kayıtları incelendiğinde zorluklara neden olmaktadır. Bu nedenden dolayı **kısaltma kullanılacaksa standart olmalı**, ayrıca tarama klavuzu gibi bir metinde de **kullanılan kısaltmalar açıklanmalıdır.**

Hastane personelinin tarama programına dâhil edilmemiş olması kısıtlılık olmuştur. Ancak zaten hastane içinde çalışan personelin sağlık taramasını çalıştığı bölümlerden daha kolay yaptırabildikleri düşünülmüştür. Ancak **tüm personelin daha sistemli programlı bir şekilde taramaya katılması**, ileride yapılabilecek birçok araştırmaya veri tabanı oluşturabilir, işyerleri ile ilgili olabilecek risk faktörlerinin ortaya çıkarılabilmesi açısından da önemli olabilir, ayrıca iş verimini de artmasına da katkı sağlayacaktır.

Özgeçmiş formları yeniden düzenlenmelidir. (örn. Obezite için kaç yıldır aynı kiloda olduklarına dair sorular eklenebilir vb.). Bu şekilde taramanın yarar hesaplamaları daha doğru ve net şekilde yapılabilecektir. **İlaç öyküsü konusunda da yeni düzenlemeler** yapılmalıdır. (Örn. Halen kullandığı ilaçlar, hangi dozda kaç yıldır kullandıkları soruları eklenebilir. Dönem dönem ilaç kullanma varsa bu öykü de daha detaylı alınmalıdır.) Hastaların **beslenme, fizik aktivite durumlarına** ait öyküler de **standart formatta olacak şekilde soru formlarına eklenmelidir.** Taranan personelin eğitim durumunu doğrudan yansıtan sorular sorulmamıştır. Hasta kayıt formlarına **kişilerin eğitim durumları soruları da eklenmelidir.** Dosyalarda kişilerin daha önce çalıştıkları işlere ait herhangi bir kayıt bulunamamıştır. (**Meslek**

hastalık yönünden kişilerin meslek öyküsü de alınmalı, iş değiştirip değiştirmedikleri, ek iş yapıp yapmadıkları vb. sorular da soru formuna eklenmelidir.) Bu şekilde sağlık sorunlarının meslek hastalıkları yönünden de değerlendirilmesine olanak sağlanabilecektir.

6.2. Personele ve Topluma Yönelik Öneriler

Hacettepe Üniversitesinin Sıhhiye Yerleşkesi, ağırlıklı olarak sağlık alanında eğitim veren birimlerden oluşmuştur. Ayrıca Üniversitenin hastanelerinin de (Erişkin Hastanesi, İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi, Onkoloji Hastanesi) Sıhhiye Yerleşkesinde yer alması burada çalışan personelin hastalıklar konusunda topluma nazaran daha duyarlı, eğitilmiş ve bilinçli bir grup olmasını, hastalık belirtilerinde topluma nazaran erken tanı ve tedaviye hızlı ve kolay ulaşabilmelerini sağlamıştır. Ayrıca bu grubun hastalıklardan koruyucu ve/veya geciktirici önlemler konusunda Üniversitenin sağlamış olduğu imkân ve olanakları kullanabilmeleri nedeniyle, topluma nazaran sağlıklı yaşam davranışlarını benimsemeleri kolaylaşmıştır. Bu da hastalık dağılımlarının toplumdan farklı olmasına yol açmıştır. (sağlık, spor, kültür olanakları, beslenme uzmanları denetiminde hizmet veren yemekhaneler, kafeteryalar, sigarasız üniversite çalışmaları, sağlık alanında yapılan eğitici toplantılar, konferanslar, paneller vb., hijyen konusundaki Üniversitedeki uygulamalar vb.). Bunun dışında Üniversite hocalarının da sağlıklı yaşam konusunda çalışanlara rol model olmaları da söz konusudur. Örneğin cep telefonlarını kulaklıkla kullanmaları, spor ve kültür faaliyetlerinde yer almaları vb.)

Ayrıca üniversite bünyesinde bilgiye erişim olanakları da oldukça çeşitlidir. Örneğin personelin kullanabileceği bilgisayarlar olabilmeleri, internete erişim kolaylıkları, 24 saat açık olan kütüphane hizmetleri, radyo programlarında sağlıkla ilgili yapılan yayınlar vb. Bunlar da personelin sağlıkla ilgili konularda bilgi düzeyini artmasını kolaylaştırmaktadır.

Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi Personelinde en çok bulunan hastalıklar nutrisyonel anemi, tiroid bezi bozuklukları, obezite, hipertansiyon, lipoprotein metabolizması bozuklukları, metabolik bozukluklar, iskemik kalp hastalıkları, diabetes mellitus, atriyoventriküler ve sol dalcık bloğu, karaciğer

hastalıkları ve osteoporoz ve sistit olarak bulunmuştur. Bu hastalıklara yönelik olarak;

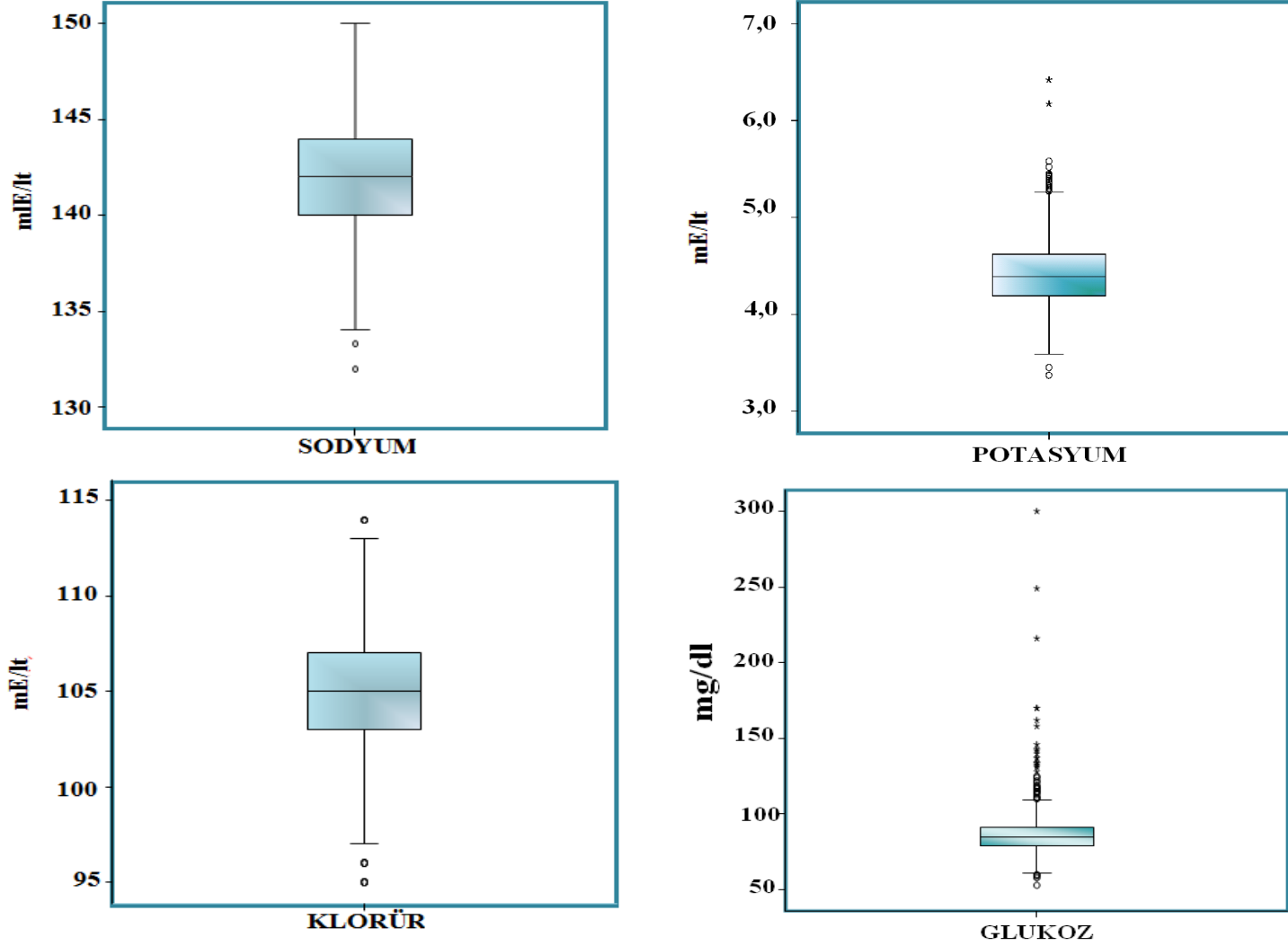
- **Tarama sonuçları tüm personele duyurulmalıdır.**
- Tarama sonucunda en fazla görülen 12 hastalığın önlenmesi, tanı, tedavisi için hastanede bu hastalıklarla ilgili Uzmanlık alanlarında çalışan Anabilim dalları ile işbirliği yapılarak personele yönelik **özel müdahale programları geliştirilebilir.**
- Üniversite yemekhanelerinin **diyetisyenleri ile işbirliği yapılarak bu araştırma sonuçları paylaşılmalı, beslenme ile ilgili olabilecek hastalıklar konusunda yemekhanelerde çeşitli düzenlemeler** planlanabilir. Örneğin hipertansiyon için yemeklerin tuzunun azaltılması, obezite için düşük kalorili menüler, anemi için özel beslenme menüleri, ara öğünler çıkarılması vb.
- Hacettepe **Radyo'da tarama sonuçlarında belirlenen en çok görülen hastalıklar için eğitici programlar** düzenlenebilir.
- Bu hastalıklardan korunmaya yönelik, **personeli bilgilendirici BİE (bilgilendirici, eğitim, iletişim) materyaller** (broşür, poster, afiş, kitapçık vb.) bastırılabilir.
- Çalışanlara yönelik **işyerlerinde uygulanabilecek eğitimler** düzenlenebilir. Seminer, konferans, panel vb. düzenlenebilir (özellikle bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri olan kan basıncının yükselmesi, tütün kullanımı, kan şekeri yüksekliği, fiziksel aktivite azlığı, fazla kiloluluk, obezite vb. konulu).
- Hacettepe Üniversitesinin **internet sayfasında bu hastalıklardan korunmaya yönelik makaleler, eğitici bilgilendirici kısa filmler vb.** yayınlanabilir.
- Trafik kazaları, personelin en fazla beyan ettiği kaza nedeni olduğundan, hekimler trafik kazalarından korunma konusunda (emniyet kemeri kullanımının önemi, alkollü araç kullanmama vb.) **sağlık personeli öğrencileri, personeli, hasta ve yakınlarını bilgilendirmeli ve trafik kazalarından korunma konusunda** (örneğin alışkanlık olarak emniyet kemeri takmalarını konusunda, aşırı hız yapılmaması vb.) **cesaretlendirmelidirler.**
- Sağlık personelinin **kendisi de sağlıklı yaşam davranışlarını benimsemeli** (örneğin emniyet kemeri takmalı, yemeklere ilave tuz atmamalı, kampüs içinde ve dışında düzenli egzersiz yapmalı vb.), **meslektaşlarını, hastalarını, öğrencileri sağlıklı yaşam davranışları konusunda cesaretlendirmelidir.**

- Sonuç almaya gelmeyen personele tek tek telefon edilerek Sağlık Merkezinde yakalananan tanıları ile ilgili **sonuçlar bildirilebilir.**
- Personelin taramaya teşvik edilmesi önemlidir. Taramaya gelemeyen **personel de tekrar taramaya alınabilir.**
- Bu hastalıkların **risk grubunda olan ve herhangi bir nedenle Sağlık Merkezine gelen hastalara yönelik özel tarama programları düzenlenebilir.** Bu kişilerin ilgili hastalığın risk faktörlerine yönelik özel soru formları oluşturulabilir.
- Tarama sonuçları **politika belirleyenlerle, yazılı ve görsel medya ile de paylaşılmalı** toplumun da **duyarlılığını arttırarak, sağlıklı yaşam davranışlarını teşvik edici medya kampanyaları** düzenlenmelidir.
- Tüm bu çalışmalarda sadece sağlık personeli değil **farklı sektörler ile de işbirlikleri yapılarak,** toplumu bilgilendirici kampanyalar yürütülmeli, sağlıklı yaşam davranışları teşvik edilmeli, müdahale programları, vb. yapılmalıdır.
- Bu hastalıkların toplumdan farklı olarak yüksek görülenlerinde hastalıkların risk faktörleri ve sebeplerine yönelik **ileri araştırmalar planlanmalıdır.**

Sonuç olarak sağlık tarama uygulamalarının başarılı olabilmesi için, yönetim desteği ve koordinasyon, toplum katılımının sağlanması, veri kayıtlarının düzgün tutulması, standart uygulamalar yapılması, sonuçların değerlendirilmesi, rapor edilmesi, duyurulması, her aşamada geribildirimlerin yapılarak eksikliklerin giderilmesi, sektörler arasında işbirlikleri oluşturularak etkinlikler planlanması (hizmet içi eğitimler, kampanyalar düzenlenmesi, araştırmalar, vb.), tarama sonuçlarına yönelik uygun müdahale programları oluşturulması gereklidir.

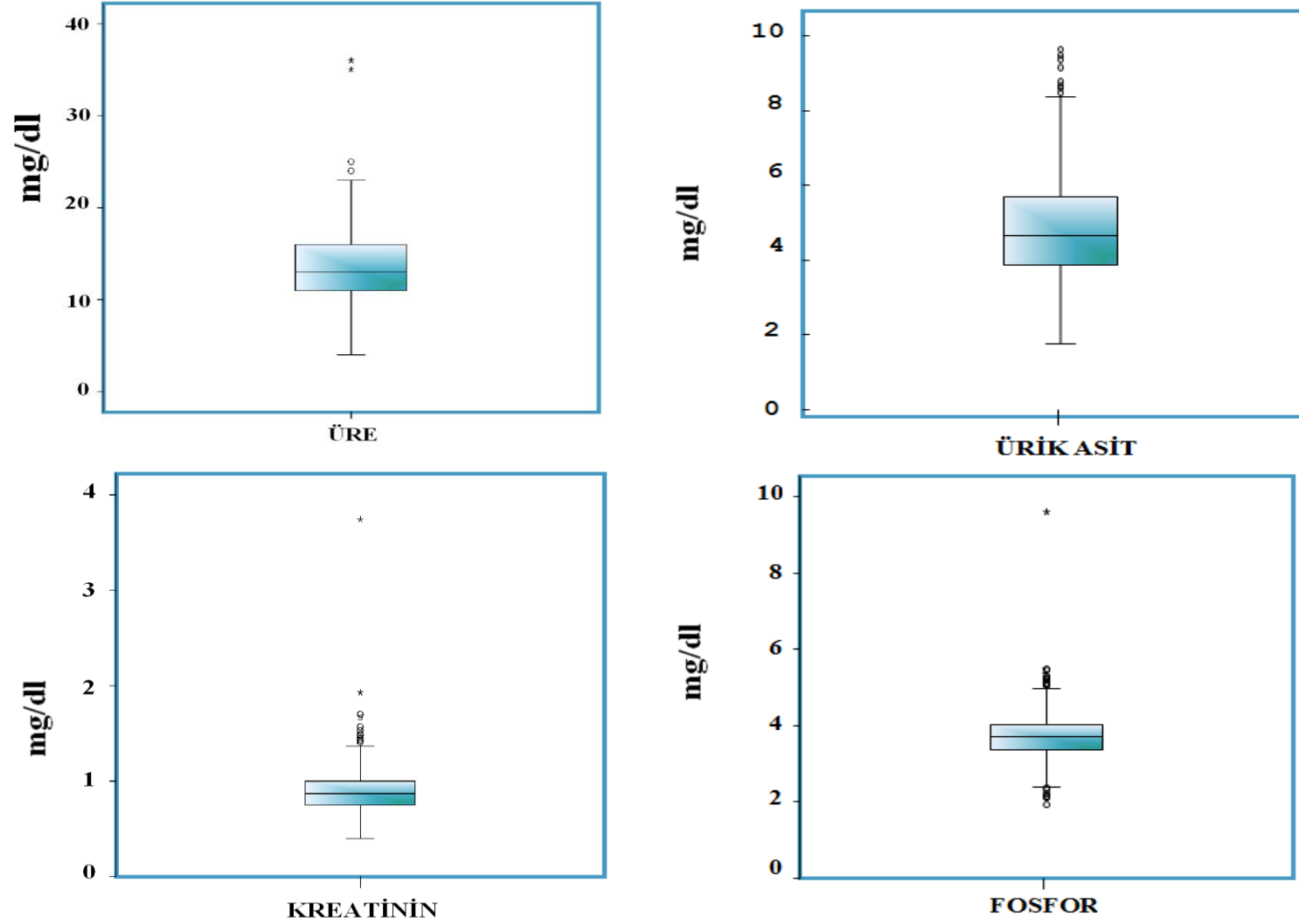
Risk gruplarına özel, kanıta dayalı planlanan tarama programlarının toplumda da yürütülmesi ile kişilerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi sağlanırken, toplum içinde üretkenlikleri artacak, hastalık ve ölümler azalacak ve uzun vadede sosyal ve finansal kazanımlara da yol açabilecektir.

Ek 9. H.Ü. Sıhhiye Sağlık Merkezinde Taramaya Katılan Personelin Kan BFT Değerlerine İlişkin Kutu Çizgi Grafikleri¹



¹Verideki aşırı gözlemler “o” ile çok aşırı gözlemler ise “*” ile belirtilmiştir.

Ek 9. H.Ü. (devam) Sıhhiye Sağlık Merkezinde Taramaya Katılan Personelin Kan BFT Değerlerine İlişkin Kutu Çizgi Grafikleri¹



¹Verideki aşırı gözlemler "o" ile çok aşırı gözlemler ise "*" ile belirtilmiştir.