



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı

**AİLE HEKİMLERİNİN PERİYODİK MUAYENE REHBERİNE
YÖNELİK BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Deniz TUGAY

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2015

AİLE HEKİMLERİNİN PERİYODİK MUAYENE REHBERİNE
YÖNELİK BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

Deniz TUGAY

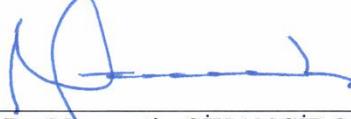
Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2015

KABUL VE ONAY

Deniz Tugay tarafından hazırlanan ‘‘Aile Hekimlerinin Periyodik Muayene Rehberine Yönelik Bilgi Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi’’ başlıklı bu çalışma, 05.02.2015 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



Doç. Dr. Necmettin CİHANGİROĞLU (Başkan)



Doç. Dr. Mehmet TOP (Danışman)



Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM



Doç. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU



Yrd. Doç. Dr. Ahmet KARAGÖZ

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

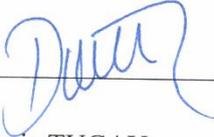
Prof. Dr. Yusuf ÇELİK
Enstitü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin/raporun tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin/raporumun kağıt ve elektronik kopyalarının Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim/Raporum sadece Hacettepe Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin/Raporumun 2 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

05.02.2015



Deniz TUGAY

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde katkılarından dolayı;

Tez danışmanım ve değerli hocam Sayın Doç. Dr. Mehmet TOP'a çalışmanın her aşmasında her türlü desteği esirgmeden gösterdiği sabır, anlayış, katkı ve olumlu yönlendirmeleri için;

Değerli hocam Sayın Prof. Dr. Bayram ŞAHİN'e bu çalışmanın şekillenmesinde, soru formunun hazırlanmasında sunduğu değerli katkıları, anlayışı ve özverisi için;

Sayın Prof. Dr. Süleyman GÖRPELİOĞLU'na araştırma soru formunun hazırlanmasının yanı sıra değerli bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşarak gerek çalışma gerekse öğrenim hayatımda sunduğu olumlu katkıları için;

Sayın Prof. Dr. Yavuz SANİSOĞLU, Doç. Dr. Mehmet UĞURLU, Doç. Dr. Yusuf ÜSTÜ, Yrd. Doç. Dr. Mesut AKYOL ve Uzm. Dr. Sümeyye Selçuk MÜNGAN'a soru formunun uygulanmasında ve verilerin elde edilmesinde verdiği destekler için;

Sayın Dr. Özlem YİĞİTBAŞIOĞLU, Dr. Alev YÜCEL ve Prof. Dr. Seçil ÖZKAN'a çalışma hayatım içerisinde akademik alanda yapmış olduğum çalışmalara destekleri için;

Bölümdeki değerli hocalarım Prof. Dr. Yusuf Çelik ve Prof. Dr. Sıdıka KAYA'ya bana olan inançları için;

Son olarak hayatımın en değerlileri annem, babam ve anneannem başta olmak üzere geniş ailemin tüm üyelerine ve değerli dostlarıma beni yalnız bırakmadıkları için sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

TUGAY, Deniz. Aile Hekimlerinin Periyodik Muayene Rehberine Yönelik Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2015.

Bu araştırma ile ülke genelinde birinci basamak sağlık hizmeti sunan aile hekimlerinin mevzuat ile uygulamaya geçirilmemiş “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberine” yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının tanımlanması amaçlanmaktadır. Araştırma, Türkiye’de önerilen tarama rehberi temel alınarak danışman ve araştırması tarafından geliştirilmiş soru formu ile gerçekleştirilmiştir. Soru formu aile hekimlerinin cevaplaması amacı ile Aile Hekimliği Uzaktan Eğitim Platformuna (AHUZEM) online olarak yüklenmiştir. Araştırmanın evrenini çalışmanın yapıldığı tarihte AHUZEM’e kayıtlı 20.518 aile hekimi oluşturmaktadır. Araştırmada herhangi bir örneklem yöntemi kullanılmamıştır. Tüm evrene ulaşmak hedeflenmiştir. Soru formu AHUZEM üzerinde 23 Ocak 2014-13 Şubat 2014 tarihleri arasında 20 gün süreyle tutulmuştur. Araştırma sonunda 5.183 aile hekimi uzaktan eğitim sisteminde yer alan soru formunu tamamen yanıtlamıştır. Dolayısı ile çalışmada evrenin %25,26’sına ulaşılmıştır. Verilerin istatistiksel analizleri ise SPSS 22.0 paket programında, ortalama, standart sapma, medyan ve mod, “t” testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), korelasyon, çok değişkenli regresyon ve post hoc testlerinden LSD testi kullanılarak yapılmıştır. Araştırmaya katılan 5183 aile hekimin 3743’ü erkek, 1440’ı kadındır. Aile hekimleri birinci basamakta periyodik sağlık muayenesini hastalar açısından yüksek düzeyde önemli görmektedir (\bar{x} : 4,12). Hekimler periyodik sağlık muayenesinin aile hekimliği uygulaması içerisinde pozitif (\bar{x} : 2,64) ya da negatif performans (\bar{x} : 1,94) ile zorunlu hale getirilmesi görüşüne katılmamaktadırlar. Aile hekimlerinin genel bilgi ortalaması 3,28, tutum ortalaması 3,47 ve davranış ortalaması 2,65 olarak hesaplanmıştır. Aile hekimlerinin genel bilgi ortalamaları unvana göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Aile hekimlerinin tutum ve davranış ortalamaları cinsiyete, sigara kullanıp kullanmama durumuna, alkol kullanıp kullanmama durumuna, kronik hastalığının var olup olmamasına, kanser hastası olup olmamasına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Hekimlerin tutum ortalamaları ayrıca medeni duruma göre de anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Sonuç olarak aile hekimlerinin

periyodik sağlık muayenesi ve ¼lkemiz için ¼nerilen tarama rehberine y¼nelik bilgilerinin orta d¼zeye yakın olduğu ve tutumlarının bilgi d¼zeylerinden y¼ksek olmasına rağmen aynı d¼zeyde davranışa d¼n¼řmediđi ifade edilebilir.

Anahtar S¼zc¼kler

Periyodik Sağlık Muayenesi, Periyodik Sağlık Muayene Rehberi, Koruyucu Sağlık Hizmetleri, Sağlığın Geliştirilmesi, Aile Hekimliği.

ABSTRACT

TUGAY, Deniz. The Evaluation of Family Physicians' Knowledge Attitude and Behaviours towards Periodic Examination Guidelines, Master's Thesis, Ankara, 2015.

With this research, it is aimed that the knowledge, attitude and behaviours of family physicians providing primary healthcare service throughout the country towards "Periodic Health and/or Physical Examinations and Healthcare Screening Guidelines Proposed in the Family Medicine Practice", which has not been yet put into practice by legislation, are defined. The research, as based upon the healthcare screening guidelines proposed in Turkey, has been carried out by the advisor and with questionnaire form developed by means of his research. The questionnaire form, with the object of being responded by family physicians, has been loaded online on Family Medicine Distance Education Platform (*in Tr. abbr.* AHUZEM). Totally 20.518 family physicians registered in AHUZEM on the date which the research has been done at constitute the target population of the study. In the research any sampling method has not been used. To reach the whole target population has been aimed. The questionnaire form has been held on AHUZEM for 20-days-duration, between the dates 23th January of 2014 and 13th February of 2014. At the end of research, 5.183 family physicians have all completely responded to the questionnaire form involved in the distance education system. Therefore, the 25,26% of the target population has been reached in the study. As for the statistical analyses of the data obtained, they have been carried out in SPSS 22.0 packaged software, by using the average, standard deviation, median and mode, "t" test, one-way analysis of variance (ANOVA), correlation, multivariate regression and LSD test from post hoc tests. 3743 of 5183 family physicians participated in the research are male and the rest of them, namely 1440 ones, are female. Family physicians consider periodic health examination in primary care as highly significant with regards to the patients (\bar{x} : 4,12). Physicians do not grant upon the idea of making periodic health examination obligatory within the family medicine practice by means of positive (\bar{x} : 2,64) or negative performance (\bar{x} : 1,94). The family physicians' general knowledge average has been calculated as 3,28 and also the attitude average as 3,47 and behaviour average as 2,65. Family physicians' general knowledge averages present significant difference with respect to the title

($p < 0,05$). Family physicians' attitude and behaviour averages indicate significant difference according to gender, to the condition of whether smoking, use of alcohol, chronic disease, being a cancer patient exists, or not ($p < 0,05$). Physicians' attitude averages present significant difference according to the marital status, as well ($p < 0,05$). As a consequence, it may be pointed out that family physicians' knowledge concerning the periodic health examination and health screening guidelines proposed for our country is at almost medium-level and even if the level for their attitudes is higher than their knowledge level, they do not turn on the same plane into behaviour.

Key Words

Periodic Health Examination, Periodic Health Examination Guidelines, Primary Health Care, Health Promotion, Family Medicine.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
BİLDİRİM	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xvi
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM: GENEL BİLGİLER	7
1.1. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ VE KORUYUCU TIP	7
1.2. SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ	14
1.3. DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİ	19
1.3.1. Aile Hekimliği Kavramı	19
1.3.2. Dünyada Aile Hekimliği	22
1.3.3. Türkiye’de Aile Hekimliği	23
1.4. PERİYODİK SAĞLIK MUAYENELERİ	26
1.4.1. Periyodik Muayenenin Gelişimi	27
1.4.2. Periyodik Sağlık Muayenesinde Sistemik Yaklaşım	30
1.4.3. Taramalar	32
1.4.4. Hasta Eğitimi ve Danışmanlık	35
1.4.5. Risk Değerlendirmesi	37
1.5. PERİYODİK MUAYENE REHBERLERİNİN ÖZELLİKLERİ	38

1.5.1. Grupların Belirlenmesi	38
1.5.2. Rehberlerin Hazırlanması	38
1.6. AMERİKAN AİLE HEKİMLERİ AKADEMİSİ'NİN PERİYODİK SAĞLIK MUAYENESİ İÇİN ÖNERİLERİ	42
1.7. TÜRKİYE'DE PERİYODİK SAĞLIK MUAYENESİ	46
2. BÖLÜM: GEREÇ YÖNTEM.....	53
2.1. AMAÇ	53
2.2. HİPOTEZLER.....	54
2.3. EVREN VE ÖRNEKLEM	57
2.4. VERİ ÖLÇÜM ARACI.....	57
2.5. VERİ TOPLAMA SÜRECİ	59
2.6. VERİ ANALİZİ	62
2.7. SINIRLILIKLAR	63
3. BÖLÜM: BULGULAR	64
TARTIŞMA VE SONUÇ.....	127
ÖNERİLER	162
KAYNAKÇA	165
Ek 1. Soru Formu	177
Ek 2. Ahuzem Görüntüleri.....	185
Ek 3. Etik Kurul İzni Onay Yazısı.....	186
Ek 4. Orijinallik Raporu	187

KISALTMALAR DİZİNİ

AAFP	Amerikan Aile Hekimleri Akademisi (American Academy of Family Physicians)
ACP	Amerikan Tabipler Birliği (American College of Physicians)
ACS	Amerikan Kanser Cemiyeti (American Cancer Society)
AH	Aile Hekimi
AHBS	Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
AHRQ	Sağlık Hizmetleri Kalite ve Araştırma Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality)
AHUZEM	Aile Hekimleri Uzaktan Eğitim Platformu
AKş	Açlık Kan şekeri
AMA	Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association)
ANOVA	Tek Yönlü Varyans Analizi
BKI	Beden Kitle İndeksi
BRCA	Meme Kanseri Antijeni (Breast Cancer Antigen)
CTFPHC	Kanada Koruyucu Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubu (Canadian Task Force on Preventive Health Care)
CTFPHE	Kanada Periyodik Sağlık Muayenesi Çalışma Grubu (Canadian Task Force on Periodic Health Examination)
CYBH	Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık
DM	Diabetes Mellitus
GİS	Gastrointestinal Sistem
GP	Genel Pratisyenler
HCV	Hepatit C Virüsü
HIV	İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (Human Immunodeficiency Virus)
HPV	İnsan Papilloma Virüsü (Human Papilloma Virus)
NCDs	Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (Non-Communicable Diseases)

PAP Testi	Smear	Papanicolau Testi
PSM		Periyodik Sağlık Muayenesi
SDP		Sağlıkta Dönüşüm Programı
SPSS		Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı (Statistical Package Program for Social Science)
T.C		Türkiye Cumhuriyeti
THSK		Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
TFH		Tiroid Fonksiyon Testleri
ULAKBİM		Ulusal Akademik Ağ Ve Bilgi Merkezi
UNİCEF		Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu
USPSTF		Birleşik Devletler Koruyucu Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubu (The U.S. Preventive Services Task Force)
VIF		Varyans Şişirme Çarpanı (Variance Inflation Factors)
WHO		Dünya Sağlık Örgütü
WONCA		Dünya Aile Hekimleri Örgütü (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians)
YKB		Yüksek Kan Basıncı
YKK		Yüksek Kan Kolesterolü

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Temel Sağlık Anlayışındaki Değişim	13
Tablo 2. Periyodik Sağlık Muayenesinde Her Görüşmede Öğrenilmesi Gerekli Olan Bilgiler	31
Tablo 3. Tarama Kriterleri	34
Tablo 4. USPSTF Öneri Sınıflandırması	40
Tablo 5. Net Yarara Göre Kesinlik Düzeyleri	41
Tablo 6. Amerikan Aile Hekimleri Akademisi Özet Önerileri	43
Tablo 7. Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri	49
Tablo 8. İllere Göre Toplam Aile Hekimi Sayısı, Anket Uygulanan Aile Hekimi Sayı ve Yüzdesi.....	60
Tablo 9. Aile Hekimlerinin Demografik Özelliklere Göre Dağılımı	64
Tablo 10. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkında Görüşlerinin Görüntüsü	65
Tablo 11. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkında Genel Bilgilerinin Görüntüsü.....	66
Tablo 12. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkında Tutumlarının Görüntüsü.....	70
Tablo 13. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkında Davranışlarının Görüntüsü.....	72
Tablo 14. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkında Genel Bilgilerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	74
Tablo 15. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkındaki Tutumlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	76
Tablo 16. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkındaki Davranışlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	78

Tablo 17. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkında Genel Bilgilerinin Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması	79
Tablo 18. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkındaki Tutumlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması	82
Tablo 19. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkındaki Davranışlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması	84
Tablo 20. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkında Genel Bilgilerinin Unvana Göre Karşılaştırılması	86
Tablo 21. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkındaki Tutumlarının Unvana Göre Karşılaştırılması	88
Tablo 22. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkındaki Davranışlarının Unvana Göre Karşılaştırılması	90
Tablo 23. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkında Genel Bilgilerinin Sigara Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması	91
Tablo 24. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkındaki Tutumlarının Sigara Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması	94
Tablo 25. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkındaki Davranışlarının Sigara Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması	96
Tablo 26. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkında Genel Bilgilerinin Alkol Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması	99

Tablo 27. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkındaki Tutumlarının Alkol Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması	101
Tablo 28. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkındaki Davranışlarının Alkol Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması	104
Tablo 29. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkında Genel Bilgilerinin Kronik Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılması	106
Tablo 30. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkındaki Tutumlarının Kronik Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılması	108
Tablo 31. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkındaki Davranışlarının Kronik Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılması	110
Tablo 32. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkında Genel Bilgilerinin Kanser Hastalığı Durumuna Göre Karşılaştırılması	112
Tablo 33. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkındaki Tutumlarının Kanser Hastalığı Durumuna Göre Karşılaştırılması	114
Tablo 34. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkındaki Davranışlarının Kanser Hastalığı Durumuna Göre Karşılaştırılması	116
Tablo 35. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkındaki Davranışları ve Tutumları Arasındaki İlişkiler	118
Tablo 36. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkında Davranış Skorları Üzerinde Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkındaki Genel Bilgi ve Tutum Düzeylerinin Etkisi	119

Tablo 37. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkında Davranış Skorları Üzerinde Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkındaki Genel Bilgi İfadeleri Skorlarının Etkisi	121
Tablo 38. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkında Davranış Skorları Üzerinde Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkındaki Tutum İfadeleri Skorlarının Etkisi.....	124

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sağlıklı Erişkinlerde Periyodik Muayene Akış Diyagramı	32
Şekil 2. Tarama Süreci	33
Şekil 3. Davranış ve Danışmanlık Girişimi	36

GİRİŞ

Dünyada her yıl 55,5 milyon insan çeşitli nedenlerden ölmektedir. Mortalite nedenleri ülkeler, coğrafyalar, kültürler ve ırklar arasında değişiklik gösterse de başlıca mortalite nedenlerini % 33 ile kalp hastalıkları, % 23 ile kanserler, % 6 ile serebrovasküler hastalıklar, % 4 ile kronik akciğer hastalıkları ve % 4 ile kazalar oluşturmaktadır. Mortalite ve morbidite nedenleri arasında çevresel faktörler, obezite, sedanter yaşam, sigara, alkol ve madde kullanımı, genetik faktörler ve riskli davranışlar ilk sıralarda bulunmaktadır. Bu çerçevede önemli morbidite ve mortalite nedenlerine bakıldığında çoğunun önlenemez olduğu görülmektedir (Aktürk ve diğ., 2002).

Günümüz sağlık bakımının temel amacının tedaviden çok, insanların sağlığını korumada onlara danışmanlık yapmak ve sağlık risklerinden kaçınmada yardımcı olmak tanımı göz önüne alındığında hastalık riski taşımayan bireylerin bu risklerden uzak tutulması, risk altındaki bireylerin risklerinin azaltılması, mevcut hastalıkların erken tanı ve tedavisi ile kronik hastalıkların kalıcı hasar oluşturmalarının önlenmesinin önemi ortaya çıkmaktadır (McWhinney, 1997; Akdağ, 2011).

Hastalıkların önlenmesi söz konusu olduğunda ise koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi kavramları karşımıza çıkmaktadır. Koruyucu hekimlik ve ferdin hastane dışında, hastalık öncesi sağaltımı gün geçtikçe önem kazanmaktadır. Çağdaş dünya ülkeleri; insanların hasta olduktan sonra iyileştirilmesinin çok büyük kayıplara (işgücü, para, sakatlıklar, ölüm vs.) neden olduğu tespitinden yola çıkarak tedavi edici hekimlikten çok, insanların hasta olmalarını engelleyen koruyucu hekimlik (aşılama, çevre sağlığı, bulaşıcı hastalık önleme programları, hasta eğitimi, yaşama biçimi değişikliği vs.) hizmetlerini öne çıkaran bir sağlık politikası geliştirmişlerdir. Bugün gelişmiş Avrupa ülkelerinin sağlık politikalarının temeline “Koruyucu Hekimlik Hizmetleri” oturtulmuştur (Koruyucu Tıp ve Hekimlik, 2011).

Ayrıca toplumların refah düzeyi yükseldikçe sağlığı etkileyen risk faktörleri de değişmekte ve kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetlerinin önemi de artmaktadır. Küreselleşen dünya ile birlikte hastalıkların da küreselleşmesi tedavi ile ilgilenmeden çok daha önce herkese temiz su temin edilmesi, iyi bir ev ve iş ortamı hazırlanması,

hastalıkların bulaşma yollarının engellenmesi, aşılama ve sağlık eğitimi gibi alanlara, yani Koruyucu Hekimliğe ağırlık verilmesi gerektiğini ortaya koymuştur. Bu eğilimin ana sebepleri ise şunlardır (Koruyucu Tıp ve Hekimlik, 2011);

- ❖ Tedavi edici uygulamaların para ve iş gücü maliyetinin yüksek olması
- ❖ Tedavi edici uygulamanın başka bir sağlık problemine yol açma ihtimalinin olması ve
- ❖ Tedavi edici uygulamanın suiistimalinin mümkün olmasından kaynaklanmaktadır.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kavramı ise “İnsanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlama süreci” tanımıyla karşımıza çıkmaktadır (Şimşek, 2013). Toplum sağlığının geliştirilmesi, bir kalkınma sürecidir: “İnsanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrolü artırmasını ve sağlıklarını iyileştirmesini” sağlar. Bu kapsamda toplum sağlığının geliştirilmesinin amacı, sağlıklı davranışların kabul edilmesini kolaylaştırarak ve pekiştirilmesini destekleyerek bu tip davranışları teşvik etmektir (Akdağ, 2011).

Koruyucu sağlık hizmetleri 1961 yılında Prof. Dr. Nusret Fişek döneminde 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanunun yürürlüğe girmesi ile 1963 yılından itibaren uygulama alanı bulmuştur. 1980'e kadar uygulanan sağlık politikaları bu yasa çerçevesinde şekillenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003). Bu yasaya bağlı olarak 09.09.1964 tarihli ve 11802 mükerrer sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik” ile sağlık hizmetlerinin temel ilke ve prensipleri açıklamış ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlık ocakları en önemli birimler olarak kabul edilmiştir. 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programından itibaren ise koruyucu ve sağlığı geliştirici hizmetlerde aile hekimliği odak noktası haline gelmiş aile hekimlerinin koruyucu tıpa yönelik uygulamalarda, toplum sağlığını koruma ve geliştirmede de oldukça önemli olduğu vurgulanmıştır. Bu kapsamda bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin bireylerin kendi seçeceği doktorlar tarafından (aile hekimleri veya aile doktorları gibi) yürütülmesi Sağlıkta Dönüşüm Programı içerisinde yer almıştır (Algın ve diğ., 2004). 2010 yılı sonu itibariyle de tüm Türkiye’de Aile

Hekimliği Sistemi uygulanmaya başlanmış ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, birey ihtiyaçları doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanması aile hekimliği sistemi ile ülke genelinde gerçekleştirilmeye başlanmıştır (Aile Hekimliği Kanunu, 2004).

Günümüzde konuşulan bir diğer kavram ise periyodik muayeneler ve aile hekimlerinin diğer iş yükleri, maliyet etkililik, yaş, cinsiyet ve risk faktörlerine göre biçimlendirilmiş, hem birey için gerekli görülen uygulamaların güvenceye alınması, hem de sık karşılaşılan gereksiz test ve müdahalelerin de önüne geçilmesini sağlayan yapılandırılmış, uygulanabilir ve kabul edilebilir kanıta dayalı rehberleri kullanmalarıdır.

Periyodik sağlık muayenesi aile hekimliği sisteminde koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda halen henüz bir hastalık belirtisi göstermeyen sağlıklı kişilerin, tarama, muayene ve laboratuvar testleri ile danışmanlık ve sağlık eğitimi yoluyla, sağlıklarının korunmasına katkıda bulunmak amacıyla yapılan düzenli sağlık kontrolüdür. Bu kapsamda da periyodik muayene her hasta ziyaretinin, koruyucu sağlık hizmetleri, danışmanlık ve eğitim hizmetleri verilmesi için bir fırsat olarak değerlendirilmesi, hasta memnuniyeti sağlanması, birey ve ile açık bir iletişim kurarak hem fizik muayene hem de temel sağlık durumu hakkında detaylı bir bilgi edinme olanağı yaratmaktadır (Mazıcıoğlu ve Uzuner, 2014). Ayrıca hem birey için gerekli görülen uygulamaların güvenceye alınması, hem de sık karşılaşılan gereksiz test ve müdahalelerin önüne geçilmesi sağlanmaktadır (Aktürk ve diğ., 2002).

Periyodik sağlık muayenesi koruyucu ve sağlığı geliştirici hizmetlerin önemli bir parçasıdır. Bu açıdan bakıldığında Türkiye’de aile hekimliği uygulaması dâhilinde periyodik sağlık muayeneleri önemli yer teşkil edecektir. Toplumda yüksek prevalans ile seyreden mortalite ve morbiditeyi en fazla etkileyen kalp hastalıkları, kanserler, serebrovasküler hastalıklar ve kronik akciğer hastalıkları nedenleri arasında genetik faktörler yanında çevresel faktörler, obezite, sigara, alkol ve madde kullanımı ve riskli davranışlar gibi değiştirilebilen faktörler bulunmaktadır. Hastalık göstergelerinin erken aşamada belirlenmesi, topluma yararlı olacak şekilde tedavinin geliştirilmesini sağlayabilir (Aktürk ve diğ., 2002).

Bu amaç doğrultusunda, bireylere, cinsiyet ve yaş gruplarına uygun olarak, o toplumda mortalite ve morbiditeyi en fazla etkileyen hastalıkların risk faktörlerine yönelik, kanıta dayalı muayene/kanıta dayalı tıp uygulamaları ve tarama testlerinin uygulanmasını, danışmanlık ve hasta eğitimi hizmetlerini, bağışıklamayı da içeren bir hizmet sunumunu içermektedir. Bu hizmetlerinde çoğunlukla aile hekimliği merkezlerinde sunulması önem arz etmektedir. Bireylerin sağlık sistemine ilk başvuru noktası aile hekimleri olduğundan periyodik sağlık muayenesi uygulamalarında aile hekimlerinin önemli yetki ve görevleri kaçınılmazdır. (Mazıcıoğlu ve Uzuner, 2014).

Periyodik sağlık muayeneleri ile ilgili kaynaklar 1800'lere kadar uzanmaktadır. İlk kez 1861 yılında Dr. Horace Dobell tarafından önerilmiştir (Schneider, 1961). Dobell ayrıntılı bir öykü, çok titiz bir fizik muayene ve laboratuvar testleri kullanarak fizyolojik durumdaki bir bozukluğu en erken evrede tanımlamanın hastalara tedavi ve tam iyileşme için bir şans verebileceğinden hastalıkları en erken evrede tanımlamanın bir yolu olarak periyodik sağlık muayenesini önermiştir (Holland, 2009).

Periyodik sağlık muayenesine yönelik 1975'de P.S. Frame ve S.J. Carlson tarafından koruyucu hizmetlerin faydasını bildiren ilk bilimsel değeri olan makale yayınlanana kadar büyük bir değişiklik yaşanmamıştır (Guirguis-Blake ve diğ., 2007).

Kanada Koruyucu Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubu (Canadian Task Force on Preventive Health Care-CTFPHC) ilk kuruluş adı Kanada Periyodik Sağlık Muayenesi Çalışma Grubu (Canadian Task Force on the Periodic Health Examination- CTFPHE) ise 1976'da kurulmuştur. CTFPHC periyodik sağlık muayeneleri (PSM)'nin hedefini Kanadalıların sağlığını nasıl artırabileceğini ya da sağlığı koruyabileceğini belirlemek ve Kanada'da yaşayan kişiler için yaşam boyu periyodik sağlık değerlendirmesi için bir plan önermek olarak belirlemiştir. İlk iki yıl asemptomatik kişilerin periyodik sağlık muayenelerindeki koruyucu girişimleri önermek ya da karşı çıkmak ve bilimsel kanıtları değerlendirmek için metodoloji geliştirmeye çalışılmıştır. CTFPHC 1979'dan 1994'e kadar yeni bilimsel kanıtlar ışığında 9 güncelleme yapmış ve 28 rapor güncellenmiştir.

Birleşik Devletler Koruyucu Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubu (U.S. Preventive Services Task Force-USPSTF), ilk kez ABD Halk Sağlığı Hizmetleri tarafından 1984'te toplanmış; 1998'de koruyucu sponsorluğu Sağlık Hizmetleri Kalite ve Araştırma Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality-AHRQ) üstlenmiştir.

Amerikan Aile Hekimleri Akademisi (American Academy of Family Physicians-AAFP) ise ilk olarak Ağustos 1996 yılında AAFP Kurulu tarafından periyodik muayeneye yönelik raporu onaylamış ve bu günden itibaren AAFP Bilim ve Kamu Sağlığı Komisyonunun çalışmaları ışığında güncellenmektedir. AAFP periyodik muayene için 2007 yılından sonra yapılan sınıflamaya göre genel ve özel sınıflar için 2013 yılında önleyici hizmetlere yönelik rehber yayımlamıştır (American Academy of Family Physicians, 2014).

Türkiye'de ise Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin çalışma usul ve esaslarında aile hekimlerinin görev yetki ve sorumlulukları içerisinde “Periyodik Sağlık Muayenesi Yapmak” yer almaktadır (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2013). Ancak aile hekimliği uygulamasının Türkiye'de yeni bir model olması bununla birlikte eski koruyucu hekimlik uygulamalarında periyodik muayene ve rehber kullanımının mevcut olmaması nedeniyle bu konuda Sağlık Bakanlığı çok yeni çalışmalar başlatmıştır. İlk çalışma Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu aile hekimliği çalışanlarına sağlık hizmeti sunumlarında yol göstermesi amacıyla 24.03.2011 tarihinde başlamıştır. “Aile Hekimliği Uygulamasında Periyodik Muayene Rehberini” <http://www.ailehekimligi.gov.tr> adresinde taslak olarak yayınlanarak hekimlerin görüş ve önerilerine sunulmuştur. 2012 yılında ise Amerikan Aile Hekimleri Birliği'nin izlediği yola benzer şekilde USPSTF, CTFPHE ve AAFP'nin yayınladığı rehberler ve ülkelerin çalışmaları incelenmiş, ulusal ve uluslararası nitelikteki benzer kılavuzlar gözden geçirilmiş, çok sayıda bilimsel araştırmanın sağladığı delillere dayanılarak konusunda uzman öğretim üyeleri ve akademisyenlerin sundukları öneriler doğrultusunda taslak rehber oluşturulmuştur. Bu çalışmaya ilgili THSK Daire Başkanlıkları, Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği (TAHUD) ve Aile Hekimliği Federasyonu (AHEF) yetkilileri de katkı sağlamıştır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2012). 2014 yılında ise halen çalışmalar devam etmekle birlikte taslak rehberin son hali verilmiştir.

Yukarıda açıklandığı üzere Türkiye’de periyodik sağlık muayenesine ve rehber oluşturmaya yönelik çalışmalar başlatılmıştır. Gelecek yıllarda periyodik sağlık muayenesinin kanunlar ile sağlık sistemine entegre edileceği ve aile hekimliği modelinin önemli bir parçası olacağı düşünülmektedir. Ayrıca Türkiye’de gerek hizmet sunucuları olan aile hekimlerinin ve gerekse sağlık hizmetini kullanan toplumun periyodik sağlık muayenelerine ilişkin davranış görüş ve önerilerini inceleyen çok az sayıda bilimsel çalışma yapılmıştır. Bu nedenle periyodik sağlık muayeneleri ve rehber içerisinde yer alan tarama testleri ve önerilere ilişkin aile hekimlerinin ve bireylerin görüş, öneri ve davranışlarını araştırmak sağlık kurumları yönetimi literatürüne önemli katkılar sağlayabilir.

Bu araştırmada Türkiye’de henüz mevzuat ile zorunlu olarak uygulamaya geçirilmemiş “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberine” yönelik aile hekimlerinin görüş, bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi amaçlanmış ve Türkiye genelinde aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesi, periyodik sağlık muayene rehberi ve rehber içerisinde yer alan önerilere ilişkin görüş, bilgi, tutum ve davranışları açıklanmaya çalışılmıştır. Sağlık kurumları yönetimi alanında çalışılan ilk tez çalışması olması nedeniyle bu çalışmanın özgün olduğuna inanılmaktadır.

Bu tez çalışması dört temel bölümden oluşmaktadır. Giriş bölümünde özet bilgilere yer verilmiştir. İkinci bölümde genel bilgiler başlığı altında temel sağlık hizmetleri, koruyucu tıp, sağlığın geliştirilmesi konuları ele alınmıştır. Ayrıca bu bölümde periyodik sağlık muayenelerinin gelişimi, özellikleri, periyodik sağlık muayene rehberlerinin hazırlanması konularına yer verilmiş, son olarak Türkiye’de periyodik sağlık muayenesi kapsamındaki mevzuat vb. çalışmalar ele alınmıştır. Üçüncü bölümde araştırmanın amacı, evren örneklem, hipotezler, veri toplama süreci gibi bilgiler açıklanmıştır. Dördüncü bölümde araştırmadan elde edilen bulgular tablolar eşliğinde açıklanmıştır.

1. BÖLÜM: GENEL BİLGİLER

1.1. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ VE KORUYUCU TIP

Temel Sağlık Hizmetleri, çok önceden bu yana kullanılmakta olan bir kavram olmasına karşılık, ilk kez 1978 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF)'in Alma Ata'da gerçekleştirdikleri uluslararası konferansta şekillendirilmiştir. 1970'li yıllarda yapılan değerlendirmeler sonucunda, dünyadaki sağlık düzeyinin istenilenin altında olduğu, gelişmiş ülkelerle gelişmekte olan ülkeler arasındaki farkın büyük olduğu ve bölgeler arasında da önemli eşitsizlikler olduğu gözlenmiştir. Bu kapsamda Dünya Sağlık Örgütü, bu durumun iyileştirilmesi için 1977 yılında toplanan Genel Kurulunda bir dizi kararlar almış ve "2000 Yılında Herkese Sağlık" hedefini belirlemiştir. Bundan yaklaşık bir yıl sonra, 6-12 Eylül 1978 tarihleri arasında, Kazakistan'ın Alma-Ata kentinde, Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı düzenlenmiştir. Bu konferansın toplanma amacı, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve millet ya da grup farkı gözetilmeksizin bütün insanların hizmetten yararlanma düzeyinin yükseltilmesine dönük çözüm yollarının araştırılmasıdır. Konferansın sonunda, 134 ülke ve 67 uluslararası örgüt temsilcisinin onay verdiği, uluslararası sağlık anlaşması niteliğindeki Alma-Ata Bildirgesi yayınlanmıştır (www.canaktan.org).

Bildirgede; Temel Sağlık Hizmetleri "Temel sağlık hizmetleri, pratik, bilimsel olarak geçerli ve sosyal olarak kabul edilebilir metotlarla, bir ülke veya toplumun ödeyebileceği bir maliyette erişilebilir kılınan zorunlu bir sağlık hizmetidir" olarak tanımlanmıştır. Bu tanım ile birlikte yalnızca hastalığın ve sakatlığın olmasından daha çok tüm bir bedensel, ruhsal ve sosyal dirliğin topluca oluşturdukları "Sağlığın" temel insan haklarından biri olduğu ve bunu da mümkün olan en iyi bir seviyede tutulmasının dünya çapında en önemli sosyal bir amaç olduğu ve bu amacın gerçekleştirilebilmesi için de, sağlık sektörüne ek olarak diğer birçok sosyal ve ekonomik sektörlerin çabalarını gerektirdiği vurgulanmıştır (World Health Organization, 1978).

Ayrıca konferansta temel sağlık hizmetleri tanımının yanı sıra özellikleri de maddeler halinde sıralanmıştır. Buna göre temel sağlık hizmetleri(World Health Organization, 1978);

1. Bir ülkenin ve onun toplumunun ekonomik şartlarını ve sosyo-kültürel özelliklerini kapsar ve onları aksettirir. Aynı zamanda, sosyal, biyo-medikal ve sağlık araştırmaları ve halk sağlığı alanında elde edilen tecrübelerle dayanır.
2. Geliştirici, koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon sağlayıcı hizmetler ile toplum içindeki ana sağlık sorunlarını belirler.
3. En azından şu konulara ağırlık verir: Mevcut sağlık sorunları ve bunları önleme ve kontrol altında bulundurma metotlarını içeren eğitim; uygun bir beslenme, yeterli temiz içme suyu sağlanması ve çocuk sağlığı hizmetleri, ana sağlığı ve aile planlaması, temel ateşli hastalıklara karşı bağışıklık sağlama yolları; salgın hastalıklardan korunma ve kontrol; genel hastalık ve yaralanmaların uygun tedavi yolları ve gerekli ilaçların sağlanması.
4. Sağlık sektörüne ek olarak ulusal ve toplum kalkınmasında, özellikle tarım, hayvan bakımı (veteriner alanları), gıda, endüstri eğitimi, konut, kamu işleri ve iletişimde dahil olmak üzere, tüm ilgili sektörleri ve onların işlerini kapsar ve tüm bu sektörlerin birleştirilmiş gayretlerine ihtiyaç gösterir.
5. Toplumun temel sağlık hizmetlerine katılması yeteneğinin artırılması ve kendi kendine yeterli hale gelmesine ihtiyaç gösterir. Bunun için, ulusal ve yerel kaynakların tam olarak kullanılma olanağının sağlanması, hizmetlerin planlama, örgütlenme, uygulama ve denetim çalışmalarına halkın katılımı, konu ile ilgili eğitimi gerektirir.
6. Herkes için gerekli ve geniş kapsamlı sağlık hizmetlerinin devamlı gelişmesini sağlayan ve en çok gereksinimi olanlara öncelik tanıyan bütünleşmiş, yöresel ve karşılıklı destekleyici, denetim ve dayanışma sistemleri ile sürdürülmelidir.

7. Yerel ve denetim ve dayanışma düzeylerinde, doktorlara, hemşirelere ebelere ve kullanıldığı yerler var ise yardımcı ve toplumda görev yapan kimselere, aynı zamanda gerektiğinde geleneksel pratisyenlere, sağlık ekiplerinde çalışabilecek ve toplumun sağlık gereksinmelerine çare bulabilecek şekilde sosyal ve teknik yönleriyle yeterli eğitim görmüş şahıslara bağlıdır.

1984 yılında ise Temel Sağlık Hizmetleri kavramı toplum yönelimli olarak tanımlanmış ve bu tanıma göre “toplum hekimliği ve temel sağlık hizmetlerinin ögeleri aracılığı ile sistematik olarak geliştirilen ve koordinasyonu sağlanmış uygulama alanı içerisinde birlikte yürütülen” ifadesi geliştirilerek temel sağlık hizmetlerinin toplumun teşhis, tedavi, sürveyans, izlem ve değerlendirme faaliyetlerine olanak sağlayacak şekilde geliştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Donaldson ve diğ., 1994).

Temel sağlık hizmetleri ulusal sağlık hizmeti sisteminin, insanların yaşadığı ve çalıştığı yerlerin olabildiğince yakınında ve ilk başvuru yeri olan sağlık hizmeti zincirinin birinci halkasını oluşturur (Cihan, 2004). Alma-Ata'nın 20. yılı münasebetiyle 1998 de WHO tarafından yayımlanan basın bildirisinde ise, “Temel sağlık hizmetleri 21. yüzyılda herkesin görevidir” şeklinde çok anlamlı bir başlık yer almıştır (World Health Organization, 1998a).

2008 yılına gelindiğinde Dünya Sağlık Raporu sağlık sistemlerindeki kabul edilemez açıklıkları gidermek ve temel sağlık hizmetlerini güvence altına almak üzere yapılacak eylemleri 4 reform başlığı altında vermektedir. Bu reformlar, günümüz dünyasında ortaya çıkan sağlık tehditlerine karşı koymada etkili araçlar olma, temel sağlık hareketine hayat veren hakkaniyet değerleri, toplumsal birliği güçlendiren dayanışma ve sosyal adalet ile modernleşen toplumların gittikçe artan beklentilerinin hepsiyle kesişim içinde olma iddiasıyla ileri sürülmektedir (World Health Organization, 2008). Bu reformları ayrıntılı incelediğimizde;

1. Sağlık Güvencesinin Kapsayıcılığı/Evrensel Kapsayıcılık Reformları:

Özellikle bütün toplumu kapsayan bir güvence ve sosyal sağlık koruyuculuğu hedefini ifade etmektedir. Evrensel kapsayıcılığı sağlamak için sağlıkta hakkaniyet temel oluşturmaktadır. Bu hedefe doğru yaklaşılmasıyla, hakkaniyet ile sosyal adaletin

sağlandığı, sosyal farklılıkların yok edildiği ve ayrımcılığın olmadığı bir sağlık sistemi ortaya konmuş olacaktır. Bununla birlikte ülkelerin evrensel kapsayıcılığa doğru yol alması için en iyi uygulama örnekleri geri ödemenin vurgulanması, kaynakların koordinasyonu ve herkesin kapsayıcılığını sağlayacak planları birleştirmektedir (World Health Organization, 2008).

Sağlığın sosyal belirleyicilerinin çoğunun eşitsizlikler üzerinde payı vardır. Bu yüzden bu sorunun çözümü birçok sektörü içine almaktadır. Sağlık eşitsizlikleri aynı zamanda hizmetin bulunabilirliği, erişilebilirliği ve kalitesindeki farklılıklar tarafından, bunların insanlara yüklediği mali yük tarafından ve hatta dil, kültür ve cinsiyete dayalı engeller tarafından şekillendirilmektedir (Dans ve diğ., 2007). Herkes için sağlık iddiasındaki temel sağlık hareketi doğrultusundaki bir sağlık sistemi, eşitsizlikleri azaltmak ve hizmetlerin herkese sunulmasını temin etmek zorundadır.

2. Hizmet Sunum Reformları:

Sağlık sisteminin önemli rolü, insanların değişen dünyaya daha çok uyum sağlayabilmesi ve sosyal olarak daha barışık olmasını sağlamak, sağlıkları ile ilgili daha iyi sonuçlar ortaya koyabilmektir. Hizmet reformu, bunları gerçekleştirmek üzere sağlık hizmet sunumunun insanların ihtiyaçları ve beklentileri doğrultusunda yeniden organize edilmesidir (World Health Organization, 2008). Hizmet sunumu reformlarının ana teması, geleneksel sağlık hizmetini temel sağlık hizmetine dönüştürmektir; sağlık hizmet sunumunu yerel sağlık sistemleri, sağlık hizmet ağları, kapsayıcı sağlık bölgeleri gibi organizasyonlarla hakkaniyet doğrultusunda optimize etmektir. Gittikçe yükselen beklentileri karşılayarak, “sağlık hizmetinin odağına insanı yerleştirip zihin ile bedeni, insan ile sistemi harmonize etmektir” (World Health Organization, 2007).

3. Kamu Düzeni Reformları:

Toplum sağlığı, sağlık sektörü altındaki paydaşların işbirliğinin konusu olmaktan öte bir kapasite ve sorumluluk alanıdır. Kamu düzeni reformları evrensel kapsayıcılık ve hizmet sunum reformları için önemli bir tamamlayıcıdır. Bu yüzden üst otoritelerin önderliğinde çoklu sektörel işbirliğini sağlayacak düzenlemeler yapılmalıdır. Toplumsal beklenti, çevrenin güvenliği ve sağlığın geliştirilmesidir. Toplum bu beklentilerinin hükümetlerin

kamu politikalarını yerel ile uluslararası seviyedeki düzenlemeler arasında bir yere koyarak gerçekleştirmesini beklemektedir. Kritik düzeydeki kamu reformlarının başında ise birinci basamak hizmetleri ve evrensel kapsayıcılık reformlarına bağlı sağlık sistemi politikaları yer almaktadır (World Health Organization, 2008).

Temel sağlık hizmetlerinin kanıt temelli tanımındaki belirsizliklere rağmen, temel sağlık hizmetlerinin insan merkezilik, kapsamlı ve kapsayıcı olma, entegrasyon, hizmetlerin devamlılığı ile hastaların ailelerin ve toplumun katılımıcılığı gibi karakteristik özellikleri nettir (Boelen, 2002; Akdağ, 2003). Bu özelliklerin kavramsal anlamda toplumların sağlık düzeylerini yükseltmek için önemli ve etkili olduğu konusu tartışmasızdır. Ne var ki, insanların yüksek sağlık düzeylerini sağlayacak ve bu düzeyleri koruyacak yaşama şartlarının oluşturulması, hakkaniyetin temini ve bu arada toplumların sahip oldukları değerleri doğrultusunda hayatlarını sürdürebilmesinin garanti altına alınması, kamu düzenini yakından ilgilendirmektedir. Ayrıca şehirleşme, iklim değişikliği, sosyal sınıf ayrılıkları gibi sağlık tehditleri ile mücadele etmek üzere hükümetlerin sorumlulukları vardır. Sağlık için tehdit oluşturacak icraatları durdurmak ve sorumluluk alanlarını sağlığın geliştirilmesine yönlendirmek üzere farklı sektörleri içine alan düzenlemelere ihtiyaç vardır. Bu yüzden temel sağlık hareketinin başarısı bu yönde bir dizi kamu politikaları oluşturmakla mümkün olabilecektir (Akdağ, 2008).

4. Liderlik reformları:

Toplum sağlığını etkileyen faktörler yelpazesi çok geniştir. Okul müfredatları, endüstri politikaları, gıda ve tüketim ürünlerinin güvenliği veya zehirli atıkların taşınması ve imhası gibi birçok husus toplumun sağlığına önemli etki yapan ve hatta toplumun sağlığını belirleyen unsurlardır. Sağlık dışı sektörlerin gaye ve hedeflerini sağlıkla paralel hale getirebilmek hayati önem taşımaktadır; bu nedenle liderlik reformları kamu politikaları içerisinde önemli bir yer tutmaktadır. Özellikle toplum sağlığında liderlik konusuna özel bir anlam ithaf etmek gerekmele birlikte liderlik, uzun dönemlerdeki etkililiğinin ölçülebilirliği, yeni sistemlerin geliştirilmesi, stratejik ve politik düşünme yeteneği ve daha fazla globalleşme yönünden birçok şekilde kendini yeniden üretmelidir (Donaldson ve diğ., 1996). Bu karmaşık ortam içinde çok sayıda sektörü sağlık etrafında işbirliğine sevk edebilecek güçlü bir toplumsal liderlik olmalıdır. Bu liderlik kamu

sektörü sınırlarının ötesine geçerek, klinisyenlerden sivil topluma, topluluklardan araştırmacılara ve akademisyenlere kadar çok çeşitli paydaşlarla yakın ilişkili olarak var olma durumundadır. Bu kapsamda birinci basamak sağlık hizmetleri reformları için hükümetlerin aracı olması, etkili politika diyaloglarını gerçekleştirmesi ve politik süreçleri yöneterek reformların uygulanmasını sağlaması liderlik reformlarında önemli başlıkları oluşturmaktadır (World Health Organization, 2008).

Bu bağlamda önderlik/ vekilharçlık anlamına gelen stewardship, sağlık bakımı ile ilişkili olan her şeyin dikkatli ve sorumlu bir yönetimi olarak tanımlanabilir. Toplumun sağlığını etkileyebilecek bütün sektörlerdeki politikaları ve icraatları yönlendirmeyi kapsar. Doğru planlamalar ve bu planların uygulanmasını sağlayacak araçların geliştirilmesine yönelik stratejik politikaları geliştirme yeteneğini ifade eder. Sürdürülebilirliği ve saydamlığı garanti altına alan bir sağlık sistemi performansını sağlayacak entellektüel birikimin temini anlamına gelir. Bu nedenle güçlü bir stewardship fonksiyonu olmaksızın, kaynak geliştirilmesi, hizmet sunumu ve finansman gibi sağlık sisteminin diğer girdileri arasında uyumlu bir düzen kurulamayacaktır (Aydın, 2007).

Bu yüzden temel sağlık hareketi doğrultusunda hedeflere ulaşmak ve performansı yüksek bir sağlık sistemine sahip olmak için, sistemin girdileri olan ana fonksiyonları canlı tutmak, yerli yerine oturtmak ve aralarında uyumlu bir bütünlük sağlamak önemlidir (Akdağ, 2008).

Yukarıda yer alan temel sağlık hizmetlerini güvence altına almak üzere yapılacak eylemler altında temel sağlık hareketi anlayışı değişmiş ve aşağıda yer alan tabloda da açıklandığı üzere eski yaklaşımda anne ve çocuğa odaklanırken şimdi bütün dezavantajlı gruplar hedeflenmekte, eskiden akut enfeksiyon hastalıkları hedef alınırken, bugün sağlık riskleri ve bütün ömür boyunca karşılaşılan hastalıklar konu edilmektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Temel Sağlık Anlayışındaki Değişim

Başlangıçta Hâkim Olan Temel Sağlık Anlayışı	Günümüzde Temel Sağlık Anlayışı
Kırsal kesimde yaşayan yoksulların temel sağlık hizmetleri paketlerine ve temel ilaçlara daha kolay erişebilmesi	Evrensel ulaşım (universal access) ve sosyal sağlık güvencesine ulaşma amacıyla mevcut sağlık sistemlerinin yeniden düzenlenmesi ve dönüşümü
Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi	Toplumda bulunan herkesin sağlığı ile ilgilenme
Bilhassa akut ve bulaşıcı olmak üzere az sayıda seçilmiş hastalığa odaklanma	Hastalık ve risklerin kapsamını dikkate alarak, insanların beklenti ve ihtiyaçlarını kapsamlı olarak karşılama
Köy düzeyinde sağlık eğitimi, sanitasyon, su ve hijyen iyileşmesini sağlama	Sağlıklı hayat tarzlarının özendirilmesi sosyal ve çevresel zararların sağlığa olan etkilerinin azaltılması
Gönüllü profesyonel olmayan toplum sağlığı çalışanları için basit bir teknoloji	Teknoloji ve ilaçlara erişimi kolaylaştıran ve doğru kullanımını sağlayan sağlık çalışanları ekibi
Yerel sağlık komiteleri eliyle yerel kaynakların harekete geçirilmesi ve sağlık merkezlerinin yönetimine katılım	Politika tartışmalarına ve hesap verebilirlik mekanizmalarına sivil toplumun örgütlü katılımı
Devlet tarafından finanse edilen ve sunulan, yukarıdan aşağıya merkezi yönetim esaslı sağlık hizmetleri	Küresel bağlamda işleyen çoğulcu (pluralistik) sağlık sistemleri
Artan kısıtlılıkların yönetimi ve küçülme	Sağlık kaynaklarının artışı yöneterek evrensel erişime (universal coverage) doğru yönlendirme
Karşılıklı yardım ve teknik destek	Küresel dayanışma ve birlikte öğrenme (joint learning)
Hastanenin antitezi olarak temel sağlık	Bütün basamaklarda kapsamlı sonuç almanın koordinatörü olarak temel sağlık
Temel sağlık hizmetleri ucuzdur ve mütevazı yatırıma gerektirir	Temel sağlık hizmetleri ucuz değildir: makul yatırıma gerektirir, fakat harcanan para ile alternatiflerine göre daha iyi değer üretir

Kaynak: World Health Organization, 2008.

Günümüzdeki temel sağlık hizmeti anlayışı içerisinde yer alan “Hastalık ve risklerin kapsamını dikkate alarak, insanların beklenti ve ihtiyaçlarını kapsamlı olarak karşılama” ve “Sağlıklı hayat tarzlarının özendirilmesi sosyal ve çevresel zararların sağlığa olan

etkilerinin azaltılması” koruyucu sağlık hizmetlerinin ve sağlığın geliştirilmesinin önemini ortaya koymaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetleri; kişileri hastalanmaktan, yaralanmaktan, sakat kalmaktan ve erken ölümden korumak amacıyla verilen sağlık hizmetleridir (Gezici Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, 2006). Koruyucu sağlık hizmetleri dünya genelinde devlet tarafından sağlanan hizmetler arasında yer almaktadır. Hatta koruyucu sağlık hizmetleri sonucu toplum sağlığının belirgin düzeyde artması, koruyucu sağlık hizmetlerine beslenme, kronik hastalıkların önlenmesi ve erken teşhis faaliyetlerinin de kapsama alınmasını teşvik etmektedir (Mollahaliloğlu, 2005).

Sağlığın korunması birincil, ikincil ve üçüncül koruma olarak sınıflandırılır. Birincil korunma sağlıklı bireylerde hastalık oluşumu riskini azaltıcı müdahaleler olarak tanımlanır. Hastalara tütünden kaçınmaları için danışmanlık vermek ve çocuklarda diş çürüklerini önlemek için florür reçete etmek birincil korunma örnekleridir. İkincil korunma asemptomatik bireylerde bir hastalık için risk faktörlerinin taranmasını veya bir hastalığın erken teşhisini içerir. Üçüncül korunma bir hastalığa sahip bireyler için sağlanan hizmetlerdir ve amaç da uzun dönem komplikasyonların önlenmesidir (Guirguis-Blake ve diğ., 2007) .

Koruyucu sağlık hizmetine ilişkin tüm bu bilgiler hekimliğin sadece hastaların, hasta olduklarında iyileştirilmesi demek olmadığını açık şekilde ifade etmektedir. Birçok hekimin; hastaların tedavi edilmesi dışında, çevreye ve bireye yönelik koruyucu sağlık hizmeti uygulamaları oldukça önemlidir. Bu kapsamda koruyucu sağlık hizmetlerinin ve bu hizmetlerin uygulayıcısı olan koruyucu hekimlik ve ferdin hastane dışında, hastalık öncesi sağaltımı gün geçtikçe önem kazanmaktadır.

1.2. SAĞLIĞIN GELİŞTİRLMESİ

Çağımız sağlık anlayışı toplumun sağlığını korumayı, sürdürmeyi ve geliştirmeyi hedeflemektedir. Ancak sağlıklı bireylerle sağlıklı bir toplum oluşturulabilmektedir. Bu nedenle bireylere kendi sağlık ve iyilik halini koruyacak, sürdürecekt ve geliştirecek

olumlu davranışlar kazanmaları ve karar almaları adına yardım edilmesi gerekmektedir (Türköl ve Güneş, 2012).

Bu çerçevede sağlığın teşviki ve geliştirilmesi; bireylere fiziksel ve mental sağlıklarını optimum düzeye yükseltmek, fiziksel ve sosyal çevresini geliştirebilmeleri için bilinçli karar vermelerine yardımcı olma sürecidir. Tam bir fiziksel, ruhsal ve sosyal refah durumuna erişmek için bir birey veya grup amaç belirlemeli ve gerçekleştirmeli, ihtiyaçları karşılamalı ve çevreyi değiştirmeli veya çevreyle başa çıkmalıdır. Bundan dolayı sağlık, hayatın amacı değil, gündelik yaşam için bir kaynaktır. Sağlık, sosyal ve kişisel kaynakların yanında fiziksel kapasiteleri öne çıkaran pozitif bir kavramdır. Bundan dolayı sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, yalnızca sağlık sektörünün sorumluluğu değildir, sağlıklı yaşam tarzının ötesinde refah anlamına gelir (World Health Organization, 2009a).

Sağlığın geliştirilmesi, insanların kendi sağlıklarını düzelterek, kontrol ederek ve tam bir sağlık potansiyeline kavuşarak sağlanabilir. Bu hedefe ulaşılabilmesi için sigara içme, alkol ve madde kullanımı, beslenme davranışları, fiziksel aktivite, şiddet davranışları, cinsel davranışlar, sağlıksız kilo kontrolü, aile ile iletişim sorunları ve stres yönetimi gibi riskli davranışlardan kaçınılması gerekir (Yalçınkaya ve diğ., 2007). Ayrıca hizmet sunucular olarak bireylerin sağlığı tehdit eden etmenlere ve koruyucu önlemlere gösterecekleri tepkiler ve sağlık davranışlarının değişiklik göstermesinden dolayı bireysel farklılıkların incelenmesi ve buna yönelik girişimlerde bulunulması da önem taşımaktadır (Kaya ve diğ., 2008).

Sağlığın geliştirilmesine yönelik farkındalığın başlaması ve literatürde ilk olarak yer alması 1920'lerde Winslow'un yaptığı halk sağlığı tanımı içerisinde belirtilmesi ile gerçekleşmiştir. Winslow halk sağlığını çevre sanitasyonu, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, kişiye yönelik sağlık uygulamaları konusunda bireylerin eğitimi, erken tanı ve tedavi hizmetleri, sağlığın iyileştirilmesi/sürdürülmesi amacıyla herkesin yeterli yaşam standardına erişilmesi için sosyal gelişimin desteklenmesine yönelik organize edilmiş toplumsal çabalar yoluyla sağlığın geliştirilmesi, iyilik halinin sürdürülmesi, yaşamın uzatılması ve hastalıkların önlenmesi bilimi ve sanatı olarak belirtmiştir (Winslow, 1920).

1946 yılında ise İngiliz Tıp Tarihçisi Sigerist ise tıbbın dört önemli fonksiyona sahip olduğunu belirtmiş ve bu fonksiyonları 1. Sağlığın Geliştirilmesi, 2. Hastalıkların Önlenmesi, 3. Hastalıkların İyileştirilmesi ve 4. Rehabilitasyon olarak tanımlamış, herkesin sağlığına kavuşabilmesi için sektörler arası işbirliğini önkoşul olarak belirlemiş ve ‘sağlık, yeterli yaşam standardı, iyi çalışma koşulları, sağlığı destekleyici eğitim, kültür ve uygun dinlenme araçları sağlanarak geliştirilir’ ifadesini kullanmıştır (Terris, 1986).

1972’de sağlıklı yaşam biçimlerinin gelişmesi için medya kampanyalarının başladığı, 1974’de Lalonde raporunda sağlığı geliştirmenin bir model olarak tanımlandığı, 1978’de Kanada’da dünyada ilk kez Sağlık ve Sosyal Refah Departmanı altında beslenme ve sigara gibi yaşam biçimlerine yönelik çalışmalar yapmak üzere Sağlığı Geliştirme Birimi’nin kurulduğu, 1979’da Toronto Üniversitesi’nde sağlığı geliştirme programının açıldığı, 1979-1984 yılları arasında bireyin ve toplumun sağlık durumunu etkileyen sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicilere yönelik araştırmaların arttığı görülmektedir (Şimşek, 2013).

Sağlığın geliştirilmesi kavramının önemi 1980’lerde birçok hastalığın kişilerin yaşam tarzıyla ilişkili olduğunun anlaşılması, sosyal, ekonomik, kültürel, çevresel, davranışsal ve biyolojik faktörlerin sağlığı olumlu yönde etkileyebildiği gibi, zararlı da olabileceğinin kavranması, bazı hastalıklara ilişkin risk faktörlerini tanımlayan bilimsel kanıtların çoğalması, mortalite ve morbiditelerdeki azalmanın yanı sıra yaşam kalitesine de ilginin giderek artması ve sağlık eğitimiyle ilgili geleneksel stratejilerin etkililiklerinin sınırlı olduğunun görülmesi ile giderek artmaya başlamıştır (Özvarış, 2012).

1986 yılında ise Ottawa’da kabul edilen “Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözleşmesi” ile ileriye götürülmeye başlanan sağlığın geliştirilmesi, sözleşmede yer alan sosyal adalet ve hakkaniyeti sağlığın ön koşulları, destek ve arabuluculuğu bu koşulların karşılanmasına yönelik süreçler olarak yeniden onaylayarak, yeni bir halk sağlığına doğru hareket hedefi belirlemiştir (World Health Organization, 2009a).

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi'nde ayrıca aşağıda yer alan beş strateji belirlenmiş ve başarıya ulaşmak için önem arz ettiği belirtilmiştir Bunlar (World Health Organization, 2009a):

- ❖ Sağlıklı halk politikası oluşturma
- ❖ Destekleyici çevreler oluşturma
- ❖ Topluluk eylemlerinin güçlendirilmesi
- ❖ Kişisel yeteneklerin geliştirilmesi
- ❖ Sağlık hizmetlerinin yeniden yönlendirilmesidir. Bu başlıklar detaylı incelendiğinde Ottawa sözleşmesinin sağlığın geliştirilmesindeki önemi daha iyi anlaşılmaktadır (World Health Organization, 2009a).

a. Sağlıklı Halk Politikası Oluşturmak

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sağlık hizmetlerinin ötesindedir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, tüm sektörlerde ve düzeylerde bulunan politika yapıcıların gündemine sağlığı yerleştirir, kararlarının sağlık açısından sonuçları hakkında bilgi sahibi olmalarını sağlar ve sağlığa yönelik sorumluluklarını kabul etmeye yönlendirir.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi politikası, daha fazla eşitliği güçlendiren sağlık, gelir ve sosyal politikalara yön veren, koordineli bir eylemdir. Bu ortak eylem, daha güvenli ve sağlıklı mal ve hizmetler, daha sağlıklı kamu hizmetleri ve daha temiz, daha zevkli çevreler sağlanmasına katkıda bulunur. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi politikası, sağlık dışı sektörlerde sağlıklı halk politikalarının kabul edilmesinin önündeki engellerin ve bunların ortadan kaldırma yollarının belirlenmesini sağlamaktadır

b. Destekleyici Çevreler Yaratmak

Toplumlar karmaşık ve birbirleriyle ilişkilidir. İnsanlar ve çevreleri arasındaki bağlar, sağlığa yönelik sosyo-ekolojik yaklaşım için temel oluşturur. Dünya, uluslar, bölgeler ve toplumlar için temel ilke, karşılıklı korumanın teşvik edilmesi birbirimize, toplumumuza ve doğal çevremize dikkat etme ihtiyacıdır. Dünyadaki doğal kaynakları korumanın küresel bir sorumluluk olduğu vurgulanmalıdır. Değişen hayat, iş ve eğlence modellerinin

sağlık üzerinde önemli bir etkisi vardır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, güvenli, teşvik edici, tatmin edici ve zevkli yaşam ve çalışma koşulları üretir.

Halkın sağlığına olumlu fayda sağlamak için, hızlı bir şekilde değişen çevrenin sağlık etkisi, özellikle teknoloji, iş, enerji üretimi ve kentleşme alanlarındaki etkiler sistematik olarak değerlendirilmesi gereklidir ve bunu takiben eyleme geçilmelidir. Doğal ve sonradan yapılmış çevrelerin korunması ve doğal kaynakların muhafaza edilmesi, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi stratejilerinde ele alınmalıdır.

c. Topluluk Eylemini Güçlendirmek

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, daha iyi sağlığa erişmek için önceliklerin belirlenmesi, karar alınması, stratejilerin planlanması ve bunların uygulanması konusunda toplumun somut ve etkili adım atması ile gerçekleşir. Bu sürecin merkezinde toplulukların yetkilendirilmesi kendi gayret ve kaderlerini sahiplenmeleri ve kontrol etmeleri yer alır.

Topluluk gelişimi, kendi kendine yardım ve sosyal desteği artırmak ve sağlık konularına halkın katılımının artırılması amacıyla esnek sistemler geliştirmek için mevcut beşeri ve maddi kaynaklar üzerine kurulur. Bunun için, bilgiye tam ve sürekli erişim, sağlığa yönelik öğrenme fırsatları ve finansman desteği gereklidir.

d. Kişisel Beceriler Geliştirmek

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, bilgi sağlanması, sağlığa yönelik eğitim verilmesi ve yaşam becerilerinin güçlendirilmesi vasıtasıyla kişisel ve sosyal gelişimi destekler. Böylece, insanların kendi sağlıkları ve çevreleri üzerinde daha fazla kontrol edinmesi ve sağlığı destekleyen seçimler yapmaları için mevcut seçenekleri artırır. Yaşam boyunca insanların yaşamdaki her aşamaya kendilerini nasıl hazırlayacaklarını ve kronik hastalıklar ve yaralanmalarla nasıl başa çıkabileceklerini öğrenmelerini sağlamak esastır.

e. Sağlık Hizmetlerini Yeniden Yönlendirmek

Sağlık hizmetlerinde sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik sorumluluk bireyler, topluluk grupları, sağlık çalışanları, sağlık hizmeti veren kurumlar ve hükümetler arasında paylaşılmalıdır. Bunlar, sağlık arayışına katkıda bulunan bir sağlık hizmetleri

sistemi için beraber çalışmalıdır. Sağlık sektörünün rolü, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi yönünde hareket etmeli, yalnızca klinik ve tedavi hizmetleri verme sorumluluğunun ötesine geçilmelidir. Sağlık hizmetlerinin, kültürel ihtiyaçlara duyarlı ve saygılı yetki alanı bulunmalıdır. Bu yetki alanı, birey ve toplumların daha sağlıklı bir yaşam için ihtiyaçlarını desteklemeli ve sağlık sektörü ile sosyal, politik, ekonomik ve çevresel bileşenler arasında kanal açmalıdır. Sağlık hizmetlerinin yeniden yönlendirilmesi için ayrıca, sağlık araştırmasına daha fazla dikkat edilmesi ve mesleki eğitim ve öğretimdeki değişikliklere de dikkat edilmesi gerekmektedir.

Bu gelişmeler ışığında Türkiye’de ise aile hekimliği ve koruyucu sağlık hizmetleri ile birlikte özellikle son yıllarda sağlığın geliştirilmesi kavramı giderek önem kazanmaya başlamıştır. 2010 – 2014 yılları arasında Sağlık Bakanlığının hedeflerini gösteren Stratejik Planda yer alan ilk stratejik amaç “Sağlığa yönelik risklerden toplumu korumak” olarak kavramsallaştırılmıştır. 2013-2017 Stratejik Planında ise ilk stratejik amaç “Sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak ve sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek” olarak belirlenmiştir. Bu kapsamda sağlığın teşviki ve geliştirilmesi toplumun ve bireyin kendi sağlığı ile ilgili artan beklentileri ve taleplerine yönelik toplum ve bireyin beklenti ve taleplerini karşılamak, sağlıkla ilgili karar alma sürecinde bilinçli olarak yer almasını sağlamak ve desteklemek önem taşımaktadır.

1.3. DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİ

1.3.1. Aile Hekimliği Kavramı

Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan, birinci basamak yönelimli akademik ve bilimsel bir disiplin ve klinik bir uzmanlıktır. Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Uzmanlığı ise; Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri, disiplinin ilkelerine göre eğitilmiş uzman hekimlerdir. Esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayırımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu kişisel doktorlardır. Her zaman hastalarının özerkliğine saygı duyarlar, topluma karşı mesleki sorumluluk taşırlar. Rahatsızlıklarının yönetimini hastalarıyla görüşürken, yineleyen temaslarla oluşan bilgi

birikimini ve güveni kullanarak bedensel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal etkenleri birlikte değerlendirirler. AH/GP'ler mesleksi görevlerini, sağlığı geliştirerek, hastalıkları önleyerek, sağaltım, bakım ya da rahatsızlıklarda hafifleme sağlayarak yerine getirirler. Bu, sağlık gereksinimlerine ve hizmet sundukları toplumun var olan kaynaklarına göre ve gerektiğinde bu hizmetlere ulaşmada hastalara yardımcı olarak ya doğrudan kendileri tarafından ya da diğer meslek çalışanlarının hizmetleri aracılığıyla gerçekleştirilir. Aile hekimleri etkili ve güvenli bir hasta bakımı için, kendi becerilerini, kişisel yaşamlarındaki dengeleri ve değerleri sürdürme ve geliştirme sorumluluğunu üstlenmek zorundadırlar (Wonca Europe, 2011).

Genel Pratisyenler / Aile Hekimleri mesleksi görevlerini, sağlığı geliştirerek, hastalıkları önleyerek, sağaltım, bakım ya da rahatsızlıklarda hafifleme sağlayarak yerine getirirler. Bu, sağlık gereksinimlerine ve hizmet sundukları toplumun varolan kaynaklarına göre ve gerektiğinde bu hizmetlere ulaşmada hastalara yardımcı olarak ya doğrudan kendileri tarafından ya da diğer meslek çalışanlarının hizmetleri aracılığıyla gerçekleştirilir. Aile hekimleri etkili ve güvenli bir hasta bakımı için, kendi becerilerini, kişisel yaşamlarındaki dengeleri ve değerleri sürdürme ve geliştirme sorumluluğunu üstlenmek zorundadırlar (Evans, 2002).

elik ve Yılmaz tarafından aile hekimi; “Kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalığını ayırmadan, kayıtlı birey ve ailelere, kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri ve ilk basamak tedavi hizmetlerini ekip anlayışı içinde ve ekiple birlikte sunabilen, sağlıkla ilgili her türlü soruna; ilk yaklaşımda bulunan ve gerekirse diğer dal uzmanları ile konsülte/refere eden, hastasını değerlendirirken hastalık oluşumunda fiziksel, ruhsal, sosyal faktörlerin de rollerini dikkate alan, kronik, rekürren ve terminal dönemdeki hastalıkların sürekli bakımını yapabilen, sektörler arası koordinasyon kurabilen, hastasının sağlık haklarını üçüncü kişilere karşı savunabilen, tıp fakóltesi sonrası uzmanlık eğitimi almış olan hekimdir” şeklinde tanımlanmıştır (elik ve Yılmaz, 2011).

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde ise; “Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belirli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün

esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Kurumun öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip ve tabipler” olarak tanımlanmaktadır (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2013).

Aile hekimliğinin temel özellikleri ise şu şekilde özetlenebilir:

- 1) Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.
- 2) Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar. Bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunmanlık göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar.
- 3) Bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi merkezli bir yaklaşım geliştirir.
- 4) Hasta çevresini destekler
- 5) Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç, etkili bir iletişimle doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar.
- 6) Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.
- 7) Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.
- 8) Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını eş zamanlı olarak yönetir.
- 9) Gelişiminin erken evresinde henüz ayrılaşmamış bir şekilde ortaya çıkan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.
- 10) Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.
- 11) Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.
- 12) Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır (Wonca Europe, 2011).

Ayrıca aile hekimliği disiplininin yukarıda bahsedilen 12 özelliğini tamamlayacak şekilde 6 çekirdek yeterlilik tanımlanmış ve bireye yönelik bütüncül ve koruyucu sağlık hizmetini vurgulayan 6 çekirdek özellikten ilki birincil bakım yönetimi olarak belirlenmiştir.

Birincil bakım bireylerin sağlık sorunlarını geniş çaplı ele alarak kendi bakımları ile ilgili karar sürecine katılmalarını sağlamaktadır. Ayrıca birincil bakım hasta ve hekim arasında devam eden ilişkiyi kolaylaştırmaktadır. Diğer özellikleri ise kişi merkezli bakım, özgün sorun çözme becerileri, kapsamlı bakım, toplum yönelimli olma ve bütüncül (holistik) yaklaşım şeklinde sıralanmaktadır (European Academy of Teachers in General Practice, 2011; Wonca Europe, 2011).

1.3.2. Dünyada Aile Hekimliği

Bir uzmanlık dalı olan aile hekimliği ile bir hizmet modeli olan aile hekimliği farklı anlamlara gelmektedir. Uzmanlık olarak aile hekimi, birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunda yer alan uzmanlık eğitimi almış hekimi ifade etmekte ve çeşitli ülkelerde genel pratisyen ya da uzman pratisyen isimlerini de almaktadır. Hizmet modeli olarak aile hekimliği ise bireyin aile ile bir bütün olarak ele alınıp geliştirilen sağlık hizmetleri anlayışını ya da biçimini ifade etmektedir (Öztek, 2006).

Pek çok ülkede birincil bakım sağlık hizmetleri aile hekimleri/genel pratisyenler (AH/GP) tarafından sunulur. Bu nedenle bu ülkelerdeki birincil sağlık sunma yöntemleri Aile Hekimliği Sistemi olarak adlandırılır. Aile hekimliği bir sistemin adı değil bir tıp disiplininin adıdır ve bir bakım sunma felsefesidir. Ancak ülkeden ülkeye sağlık sistemlerinin örgütlenmesindeki değişikliklerden dolayı aile hekimliği uygulamalarında da önemli farklılıklar gözlenmektedir (Akdeniz ve diğ., 2010).

Bununla birlikte uygulamada ve adlandırmada farklılıklara rağmen dünya ülkelerinin birçoğunda aile hekimliği, birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır. Bu kapsamda diğer uzmanlık dalları gibi aile hekimliği uzmanlık dalının doğuşu da gereksinimler sonucu olmuştur. Aile hekimliğine olan gereksinim ilk kez 1923 yılında Francis Peabody tarafından “tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığı ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık alanının gerekliliği” şeklinde savunulmuştur (Ünlüoğlu ve Paycı, 2014).

Hastaları bir bütün olarak değerlendirme görüşü ilk yankısını İngiltere’de göstermiş ve 1952 yılında Genel Pratisyenlik Kraliyet Koleji kurulmuştur. 1960’lı yıllarda ABD’de

“Aile Hekimliği Yeterlik Kurulu” (Board of Family Practice) kurulmuştur. İzleyen yıllarda Avrupa’da birinci basamak hekimliğini geliştirmeyi amaçlayan pek çok birlik kurulmuştur (Yöney ve Yavuz, 2010). Bu gelişmeleri takiben Amerikan Medikal Association (Amerikan Tıp Birliği)’ın 1966 yılında Millis Raporu ve Willard Raporu olarak bilinen iki raporu yayınlaması sonrasında birincil bakım konusunda çalışan yeni bir uzmanlık dalı olan ‘Aile Hekimliği’ tanınmıştır (Kılıç, 2006).

Ontario-Kanada’da 1994 yılında ise Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA), 1978 Alma Ata Konferansında ilan edilen 2000 Yılında “Herkesin Sağlık” hedefi doğrultusunda, “Tıp Eğitimi ve Uygulamalarını İnsanların Gereksinimlerini Daha İyi Karşılar Hale Getirmekte Aile Hekiminin Katkısı” konulu ortak bir konferans düzenlemiştir. Her iki birliğin temsilcilerinin ortak imzaları ile yayınlanan konferans dokümanında; “İnsanların ihtiyaçlarını karşılamak için, sağlık sisteminde, tıp fakültelerinde ve diğer eğitim kuruluşlarında köklü değişiklikler yapılması ve Genel Pratisyen ya da Aile Hekimi, sağlık hizmet sistemlerinde kaliteye, sosyal adalete, etkinlik ve düşük maliyete ulaşılmasında merkezi role sahip olması” gerektiği üzerinde durulmuştur. Bu sorumluluğu yerine getirebilmek için aile hekiminin hasta bakımında yetkin olması, bireysel ve toplumsal sağlık hizmetini bir bütün halinde ele alması gerektiği vurgulanmıştır. Bu amaç doğrultusunda Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Aile Hekimleri Birliği tarihi bir işbirliği gerçekleştirmiş ve konferansta aile hekimlerinin toplumun gereksinimlerine cevap verebilme ve yüksek kalitede sağlık bakımı sağlama konusunda güven vermeleri gerektiği konusunda önerilerde bulunulmuştur (Aktaş ve Çakır, 2012). Konferansta alınan karar ve öneriler aile hekimliğinin tüm dünyada yaygınlaşması ve gelişmesine önemli katkıda bulunmuştur.

1.3.3. Türkiye’de Aile Hekimliği

Aile hekimi kavramı, Türkiye’de ilk kez tüm dünya ile eş zamanlı olarak 1970’li yılların ortalarında tartışılmaya başlanmış ve o dönemde genel olarak sağlık ocağı hekiminin fonksiyonlarından biri olarak düşünülmüştür. Ayrı bir uzmanlık olması fikri ise genel kabul görmemiştir. 1983 yılına gelindiğinde ise dünyada 10 yıldır var olan aile hekimi uzmanlığının verilmesi Türkiye’de de zorunlu hale getirilmiş ve aynı yıl Tababet

Uzmanlık Tüzüğü'ne alınarak Türkiye'de aile hekimi bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir (Söyleyici, 2010). Bu bağlamda, 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde ilk AH Anabilim Dalı kurulmuştur. 1985 yılında AH uzmanlık eğitimine Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlı eğitim hastanelerinde başlanmıştır. 1992 yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde AH Anabilim Dalı kurulmuştur. 1993 yılında Yüksek Öğretim Kurulu tıp fakültelerinde AH anabilim dallarının kurulmasını uygun bulmuştur. 1995 yılında Avrupa Topluluğu üye ülkelerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde (BBSH) çalışacak hekimlerin tıp eğitiminden sonra en az 2 yıl eğitim görmelerini zorunlu hale getiren bir karar alınmıştır. 1996 yılında Avrupa Topluluğu bu zorunlu eğitim süresini iki yıldan üç yıla çıkarmıştır (Algın ve diğ., 2004).

Bu gelişmeler ışığında 1990'ların başında çalışılan ancak yasalaşma ve uygulama alanı bulamayan aile hekimliği temelli birinci basamak sağlık hizmetleri modeli 2003 yılında topluma ilan edilen Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)'nin temel bileşenleri arasında yerini almış ve Sağlıkta Dönüşüm Programının başlamasıyla kanunlaşmıştır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014a). Hayata geçirilmesine yönelik çalışmalar ise kronolojik olarak aşağıdaki şekilde özetlenmiştir;

Türkiye'de Aile Hekimliği Uygulaması çalışmaları 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'un 24.11.2004 tarih ve 25650 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmasıyla başlamıştır. Ardından sırasıyla 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı Resmi Gazete'de Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik ve 12.08.2005 tarihli ve 25904 sayılı Resmi Gazete'de Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı'nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik yayımlanarak uygulama ilk defa 15.09.2005 tarihinde pilot olarak Düzce İlinde başlatılmış ve 2010 yılı sonu itibariyle tüm ülkeyi kapsamıştır. 26.01.2010 tarihinde de toplum sağlığı merkezlerinin oluşturulma ve çalışma esasları ile bu merkezlerde görev alan personele ilişkin usul ve esasları belirlemek amacıyla "Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge" yayımlanmıştır. 11.10.2011 tarihli ve 663 sayılı KHK'nin 58. maddesi gereği "pilot" ifadesi kaldırılmıştır. Güncel gelişmeler ve ihtiyaç durumuna göre ilgili mevzuatta dönem dönem değişiklikler yapılmış olup en son 30.12.2010

tarihli ve 27801 sayılı Resmi Gazete’de Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı’nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik, 25.01.2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete’de Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği ve 03.08.2011 tarihinde de Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönergede düzenlemeler yapılmıştır.

Aile hekimliği temelli birinci basamak sağlık hizmetleri ile temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, bireylerin sağlık düzeyinin yükseltilmesi, kaynakların uygun şekilde kullanarak daha fazla hizmetin sağlanması ve hakkaniyet ilkesi ışığında bütün bireylerin sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının gerek kıır-kent ve gerekse doğu-batı arasında sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılması amaçlanmıştır. Bu kapsamda dünya modelleri ile ülkemizin mevcut sağlıkta hizmet sunumu dikkate alınarak oluşturulan Türkiye Aile Hekimliği Modeli altında sağlığı teşvik edici koruyucu hizmetler, muayene, müdahale, birinci basamakta yapılan tetkikler, taramalar, aşılama, yerinde ve gezici sağlık hizmeti, evde bakım hizmeti, danışmanlık hizmetleri; kişilerin sağlık sigortası olup olmamasına bakılmaksızın herkes için ücretsiz olarak sunulmaya başlanmıştır. Ayrıca herkesin kendi seçebileceği, kolayca erişebileceği, herhangi bir engelle karşılaşmaksızın danışabileceği, başvurabileceği bir aile hekiminin olması ve sağlık hizmeti sunumunda, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürekli eğitimle geliştirilmesi ve güçlendirilmesi, çalışan hekimler ile diğer sağlık elemanlarının özendirilmesi bu yaklaşımın ana unsurları arasında sıralanmıştır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014a; Aile Hekimliği Kanunu, 2004).

Türkiye’de şuan aile hekimliği uygulaması kapsamında birinci basamak sağlık hizmetleri tıp fakültesinden mezuniyet sonrası geçiş dönemi eğitimleri alan pratisyen hekimler ve 3 yıllık uzmanlık eğitimi almış aile hekimliği uzmanları tarafından sunulmaktadır. Şuan Türkiye’de tüm illerde 971 Toplum Sağlığı Merkezine bağlı olarak 6.756 Aile Sağlığı Merkezinde 21.175 aile hekimleri birinci basamak sağlık hizmetlerini yürütmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014c).

1.4. PERİYODİK SAĞLIK MUAYENELERİ

Dünya Sağlık Örgütü'nün bulaşıcı olmayan hastalıkların Küresel Durum Raporu 2010'a göre, dünyadaki ölümlerin (2008) yaklaşık %63'ünün nedeni bulaşıcı olmayan hastalıklardır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların (NCDs) başında kalp-damar hastalıkları, diyabet, kanserler ve kronik solunum yolu hastalıkları gelmektedir. Dünyadaki NCDs ile ilişkili ölümlerin yaklaşık dörtte biri 60 yaş altında görülmektedir. NCDs sonucu oluşan ölümlerin %80'i ve yine tüm kanser ölümlerinin üçte ikisi düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir (World Health Organization, 2010). WHO'nun Küresel Sağlık Riskleri Raporu'na göre, yüksek kan basıncı (YKB), yüksek kan şekeri (YKŞ) ve yüksek kan kolesterolü (YKK) Türkiye'nin de içinde bulunduğu orta ve yüksek gelirli ülkelerdeki ölümlerin ilk 10 risk faktörü içinde yer almaktadır Dünyada 25 yaş ve üzeri nüfusta YKB, diyabet ve YKK prevalansının sırasıyla %40, %10 ve %39 olduğu ve yine bu sorunların tüm ölümlerin sırasıyla %12,8, %6 ve %4,5'inden sorumlu olduğu tahmin edilmektedir (World Health Organization, 2009b). Bu kapsamda değerlendirildiğinde başta bulaşıcı olmayan hastalıklar olmak üzere sağlığın korunmasında birincil koruma, ikincil ve üçüncül korumaya göre 4 kat daha etkilidir (Hengstler ve diğ., 2002). Birincil korunma önlemlerinde ise, aile hekimleri başta olmak üzere birinci basamak sağlık hizmeti sunan birimlerin rolü oldukça önemlidir. Özellikle aile hekimleri koruma birçok nedenden dolayı uygulamanın merkezindedir. Sağlığı korumak ve hastaların fonksiyonlarını hayatları boyunca maksimuma çıkarmak aile hekimliğinin temel görevlerindedir.

Bunun yanında erken tanı ve tedaviyi sağlamak, sağlık ile ilgili tüm konularda ilk değerlendirmeyi yapmak, sorumluluğu altındaki kişilerle sürekli ilişki halinde olarak onları izlemek, kronik hastalıklarda sürekli bakım ve tedaviyi sağlamak, bu tür hastalığı olan kişileri izlemek ve bireylerin yaşam kalitelerini ve sağlık düzeylerini geliştirmeye çalışarak toplumun gelişmesine katkı sağlamak amacı çerçevesinde birinci basamakta verilmesi gereken bireye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini sunma aile hekimliğinin temel amaçlarıdır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014b).

Birincil korunmanın temelini başta bağışıklama ve danışmanlık olmak üzere periyodik sağlık muayeneler oluşturmaktadır. Yetişkinlerin risk faktörlerine bağlı olarak 1-3 yılda

bir (50 yaşından büyükler ve 18-21 yaş arası her yıl) genel sağlık kontrolü yaptırmak için hekime başvurması önerilmektedir (Massachusetts Health Quality Partners, 2014).

Bu kapsamda koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanması için önerilen en önemli yöntemlerden biri çeşitli ulusal ve uluslararası kuruluşlarca standartları belirlenmiş periyodik sağlık muayeneleridir. Periyodik sağlık muayenesi, halen henüz bir hastalık belirtisi göstermeyen sağlıklı kişilerin, tarama, muayene ve laboratuvar testleri ile danışmanlık ve sağlık eğitimi yoluyla, sağlıklarının korunmasına katkıda bulunmak amacıyla yapılan düzenli sağlık kontrolüdür. Her başvuran için, risk faktörlerine göre biçimlendirilmiş, kanıta dayalı olarak yapılandırılmış, spesifik, etkin, uygulanabilir ve kabul edilebilir bir izlem programıdır. Bu izleme, hem birey için gerekli görülen uygulamaların güvenceye alınması, hem de sık karşılaşılan gereksiz test ve müdahalelerin de önüne geçilmesi hedeflenmektedir (Mazıcıoğlu ve diğ., 2014). Bu kapsamda, sağlıklı bireylerde değiştirilebilir risk faktörlerini belirleyerek hastalıkların erken bulgularını saptamak, oluşabilecek mortalite ve morbiditeyi azaltmak amaçlanmaktadır (D. Milone ve L. Milone, 2006).

1.4.1. Periyodik Muayenenin Gelişimi

Periyodik sağlık muayeneleri ile ilgili kaynaklar 1800'lere kadar uzanmaktadır. İlk kez 1861 yılında Dr. Horace Dobell tarafından önerilmiştir (Schneider, 1961). Dobell ayrıntılı bir öykü, çok titiz bir fizik muayene ve laboratuvar testleri kullanarak fizyolojik durumdaki bir bozukluğu en erken evrede tanımlamanın hastalara tedavi ve tam iyileşme için bir şans verebileceğinden hastalıkları en erken evrede tanımlamanın bir yolu olarak periyodik sağlık muayenesini önermiştir (Holland, 2009).

Okul çocuklarının periyodik muayenesi 1800'lerin sonunda ve 1900'lerin başında fiziksel yetersizlikleri ve bulaşıcı hastalıkları saptamanın bir yolu olarak savunulmuştur. 1918'de, henüz kanser hakkında çok az şey bilinirken, çoğu seçkin hekim erken tanının kür olasılığını artırabileceği umudu ile özellikle kanserin erken tanısı için yıllık muayeneler yapılmasını savunmuşlardır. Yaşam sigortası şirketleri yirminci yüzyılın başında sigorta yapacakları hastaları muayene etmeleri için bazı hekimleri görevlendirmiştir. Sigorta

yöneticileri ölüm risklerini azaltmak amacı ile müşterilerinin en az bir kez muayene olmalarını önermeye başlamışlardır. Bu uygulamalar periyodik sağlık muayenesinin yararına ilişkin küçük kanıtların yayınlanmasını sağlamıştır. İlk önemli destek Life Extension Institute'nün tıbbi direktörü Eugene Lyman Fisk'ten gelmiştir. Fisk muayene edilen kişilerin gözlenen mortalitesi ile sigorta istatistiklerine göre hesaplanan beklenen mortalitelerini karşılaştırmıştır. 9 yıllık izleme %18'den beş yıllık izleme %53'e uzanan bağıntılı mortalite azalmasını göstermiştir (Han, 1997).

ABD'de büyük bir hayat sigortası şirketinin 1921'de yayınladığı çalışmanın yıllık muayene edilen bireyler arasında mortalitenin düştüğü yönündeki sonuçları, herhangi bir şikâyeti olmayan erişkinlerin yıllık sağlık muayenesine gitmelerini popüler hale getirmiş ve “check-up” kavramını ortaya çıkarmıştır (Guirguis-Blake ve diğ., 2007). Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association- AMA) ise 1922'de resmi olarak periyodik sağlık muayenesini desteklemiş ve yaygınlaşması için kampanya başlatmıştır (Holland, 2009). 1925 yılında da 35 yaş üzeri kişilerin yıllık muayenesini öneren bir belge yayınlamıştır. Yetmişli yılların başlangıcına kadar bu uygulama devam etmiştir. Standart klinik uygulama olarak popülaritesi giderek artan yıllık fizik muayeneler, 1960'larda kanıta dayalı tıbbın ortaya çıkması ile tıbbi kuruluşlar tarafından değerine dair ciddi olarak sorgulanmaya başlanmıştır. Bazı hastalıkların bu muayeneler sırasında henüz tanısal büyüklüğe ya da olgunluğa ulaşmadığı için kolaylıkla gözden kaçabilmekte olduğu, ayrıca bu hastalıklar tanısal büyüklüğe ya da olgunluğa ulaştığında ise zaten semptom verdiği için ek tarama ya da tetkik yapılmasına gerek kalmadığı gözlemlenmiştir (Han, 1997).

Aile Hekimliğinin kilometre taşlarından olan Millis ve Willard Raporlarında yer alan Ad Hoc Komitesi, aile hekiminin tanım ve fonksiyonlarını “Hastasının sağlık ihtiyaçlarının karşılandığını takip etmek için olumlu girişimlerde bulunur. Ekonomik, duygusal, sosyal ve mesleki her çeşit engeli ortadan kaldırmaya, hastalığın oluşturabileceği, hastanın yaşam kalitesine zarar verebilecek her türlü aksaklığın en aza indirilmesi için çaba gösterir. Uygun zamanlarında sağlık bakımından risk taşıyan hastalarını arayarak, alınması gereken önlemler konusunda tavsiyelerde bulunur. Örn. “periyodik olarak

kontrollerini yaptırması gereken kanser hastaları” şeklinde tanımlayarak 1960’lı yıllarda periyodik muayenenin önemine dikkat çekmiştir (Aktürk ve Dağdeviren, 2004).

1970’lerden sonra yıllık sağlık muayenelerinin yeterli olmadığı anlaşılmıştır ve 1975’de P.S. Frame ve S.J. Carlson tarafından koruyucu hizmetlerin faydasını bildiren ilk bilimsel değeri olan makale yayınlanana kadar periyodik muayenelere ilişkin büyük bir değişiklik yaşanmamıştır (Guirguis-Blake ve diğ., 2007). PS Frame ve SJ Carlson 1975’de tarama testlerinin doğruluğunu ve 36 majör tıbbi durumla ilişkili değişen hastalık seyri ve mortalite üzerine etkilerini araştırmışlar ve periyodik muayenelerin yaşa ve cinsiyete özgü, etkinliği kanıtlanmış testlere odaklanması gerektiğini belirtmişlerdir (Frame ve Carlson, 1975).

Kanada Koruyucu Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubu (Canadian Task Force on Preventive Health Care - CTFPHC) ilk kuruluş adı Kanada Periyodik Sağlık Muayenesi Çalışma Grubu (Canadian Task Force on the Periodic Health Examination - CTFPHE) 1976’da kurulmuştur. CTFPHC periyodik sağlık muayeneleri (PSM)’nin hedefini Kanadalıların sağlığını nasıl artırabileceğini ya da sağlığı koruyabileceğini belirlemek ve Kanada’da yaşayan kişiler için yaşam boyu periyodik sağlık değerlendirmesi için bir plan önermek olarak belirlemiştir. İlk iki yıl asemptomatik kişilerin periyodik sağlık muayenelerindeki koruyucu girişimleri önermek ya da karşı çıkmak ve bilimsel kanıtları değerlendirmek için metodoloji geliştirmeye çalışılmıştır. CTFPHC 1979’dan 1994’e kadar yeni bilimsel kanıtlar ışığında 9 güncelleme yapmış ve 28 rapor güncellenmiştir. 1994’de 81 tıbbi durum için öneriler içeren ve 1009 sayfadan oluşan “the red brick” olarak da bilinen ve Kanadalı birincil bakım klinisyenleri için standart referans enstrüman olan Klinik Koruyucu Sağlık Hizmetleri için Kanada Rehberi (The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care)’ni yayınlamıştır. 2005 yılında dağılan ve 2010 yılında yeniden kurulan CTFPHC çalışmalarını başarı ile sürdürmektedir (Canadian Task Force on Preventive Health Care, 2010).

Birleşik Devletler Koruyucu Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubu (U.S. Preventive Services Task Force-USPSTF), ilk kez ABD Halk Sağlığı Hizmetleri tarafından 1984’te toplanmış; 1998’de koruyucu sponsorluğu Sağlık Hizmetleri Kalite ve Araştırma Ajansı

(Agency for Healthcare Research and Quality-AHRQ) üstlenmiştir. USPSTF koruyucu hizmetler ve birincil bakımda özel sektör uzmanlarının bağımsız panelidir (U.S Preventive Services Task Force, 2014).

Amerikan Aile Hekimleri Akademisi (American Academy of Family Physicians-AAFP) ise ilk olarak Ağustos 1996 yılında AAFP Kurulu tarafından periyodik muayeneye yönelik raporu onaylamış ve bu günden itibaren AAFP Bilim ve Kamu Sağlığı Komisyonunun çalışmaları ışığında güncellenmektedir. Amerikan Aile Hekimleri Akademisi tarafından kullanılan önerilerin birçoğu USPSTF tarafından oluşturulmuş öneriler olmakla birlikte bazı farklı durumlar da mevcuttur. Son olarak AAFP periyodik muayene için 2007 yılından sonra yapılan sınıflamaya göre genel ve özel sınıflar için 2013 yılında önleyici hizmetlere yönelik rehber yayımlamıştır (American Academy of Family Physicians, 2014).

Özetle sağlıklı insanların yılda bir kez belli testlerle taranması olan genel “check-up” uygulamaları ile başlayan süreç, 1970’li yıllardan sonra Periyodik Sağlık Muayeneleri olarak spesifik grupların (en yaygın kullanılan) Birleşik Devletler Koruyucu Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubu (USPSTF), Kanada Koruyucu Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubu (CTFPHE) ve Amerikan Aile Hekimleri Akademisi (AAFP) çalışmalarıyla yeni tanımlamalar ve önerileri ile sürekli geliştirilmektedir (Canadian Task Force on Preventive Health Care, 2010).

1.4.2. Periyodik Sağlık Muayenesinde Sistemik Yaklaşım

Periyodik sağlık muayeneleri yıllık “check uplardan” farklıdır. “Check up” herkes için standart bir forma göre yapılırken PSM yaş ve cinsiyete özgü önlenebilir hastalıklar için biçimlendirilen koruyucu klinik hizmetler ve laboratuvar testleri ile sağlık riski değerlendirilmesinin bir parçası olarak düşünülür (Iglar ve diğ., 2008).

Periyodik sağlık muayenesi ayrıntılı öykü alınması ile başlar. Öykü hastanın olası sağlık risklerini belirleyebilmek için kendisinin ve ailesinin hastalık ve sağlık durumlarını, yaşam biçimini ve alışkanlıklarını (sigara ve alkol kullanımı, bedensel etkinlik derecesi,

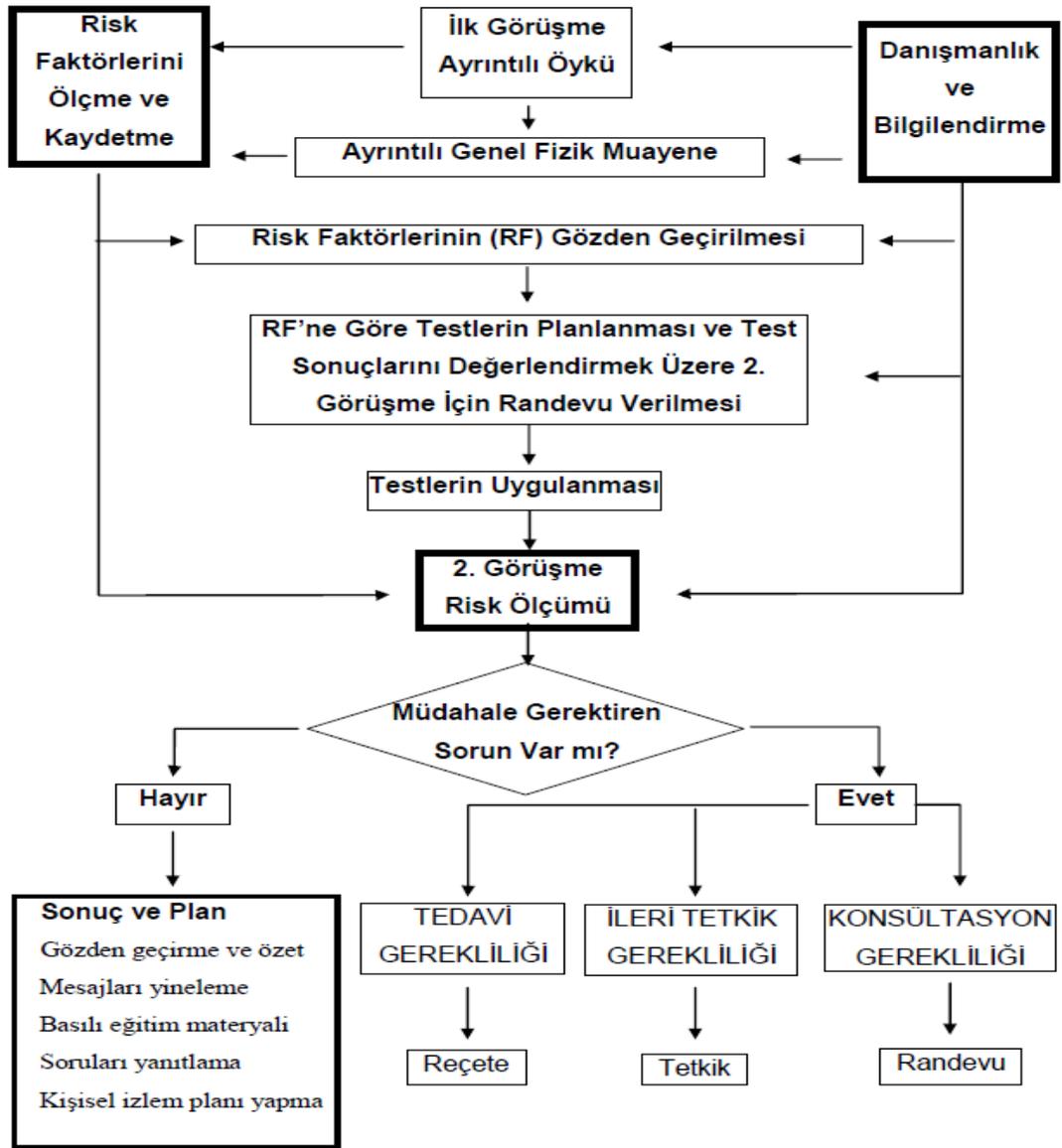
beslenme alışkanlıkları, uyku düzeni) ve iş yaşantısını içermelidir. Öykü sırasında yapılan üç jenerasyonu içeren bir genogram kişinin ve diğer aile üyelerinin sağlık risklerini daha net görmeyi sağlayabilir. Tablo 5 her görüşmede öğrenilmesi gereken bilgileri özetlemektedir (Akdeniz ve diğ., 2010).

Tablo 2. Periyodik Sağlık Muayenesinde Her Görüşmede Öğrenilmesi Gerekl Olan Bilgiler

Yaş • Kilo-boy • Kan basıncı • Meslek • Alıştırma ya da etkinlik derecesi • Diyet ve beslenme • Alkol ve sigara kullanımı	• Aşılama durumu • Yaşam biçimi değişikliği • Aile öyküsü - aile stresi • Emniyet kemeri kullanımı • Uyku düzeni ve sağlığı • İş yaşamı memnuniyeti
---	--

Kaynak: Akdeniz ve diğ., 2010.

Fizik muayene ikinci adımdır. Yaşamsal bulguların değerlendirilmesi ile başlar. Hangi yaşta olursa olsun kan basıncı mutlaka ölçülmelidir. PSM daha sonraki adımları kişinin yaş ve cinsiyetine göre bedensel değerlendirme, kanıta dayalı tarama testlerinin yapılması, riskli davranışlar ve koruyucu önlemlere dair danışmanlık verilmesi, gerekli aşıların yapılması, sağlık eğitimi ve gerekiyorsa kemoproflaksidir (Akdeniz ve diğ., 2010). Erişkinlerde periyodik muayene için örnek bir akış diyagramı Şekil 3’de verilmiştir.



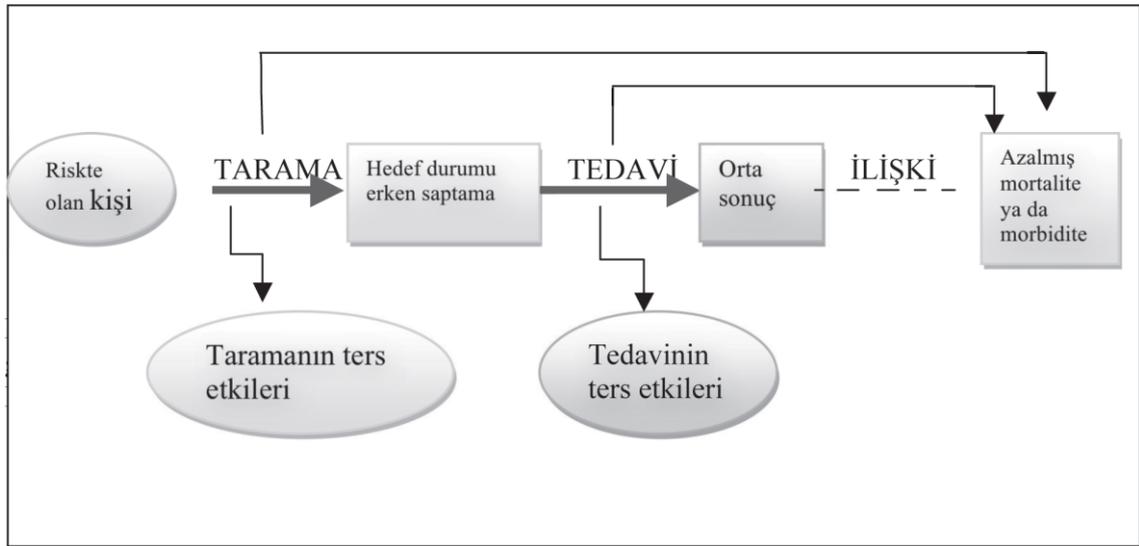
Şekil 1. Sağlıklı Erişkinlerde Periyodik Muayene Akış Diyagramı

Kaynak: Mazıciöğlu ve diğ., 2014.

1.4.3. Taramalar

Periyodik sağlık muayeneleri çeşitli tarama yöntemleri kullanılarak gerçekleştirilir. Taramanın birincil amacı, hastalık riski taşıyanların tedavinin daha etkin ve daha ucuz olduğu dönemde mümkün olduğu kadar doğru bir şekilde tespit ederek, belirtiler gelişmeden önce erken tanı konulmasıdır. Burada altta yatan düşünce hastalık klinik olarak belirti vermeden önce uygulanacak müdahalelerin prognozunun daha geç

dönemlerde tespitine göre daha yüz güldürücü, daha etkili olacaktır. Taramanın ikincil amacı ise, kişilerin yaşa bağlı geliştirmesi olası hastalıkların risk faktörlerini tespit edip, söz konusu hastalıklardan korunma ya da hastalığın mümkün olduğunca hafifletilmesi için risk faktörlerinin modifiye edilmesidir. Hastalık göstergelerinin erken bir aşamada belirlenmesi, kısa sürede topluma yararlı olacak şekilde tedavinin geliştirilmesini sağlayabilir (İğde ve Gürz, 2013). Hekim tarafından tarama kararı alındıktan sonra devam eden süreç ise Şekil 1’de gösterilmektedir.



Şekil 2. Tarama Süreci

Kaynak: Harris ve diğ., 2001.

Bir taramanın toplumda rutin olarak uygulanabilmesi için aşağıdaki kriterlere uygun olması gerekir (Mulley ve Albert, 2000; Harris ve diğ., 2001);

1. Tarama yapılacak hastalık, o toplumda önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olmalıdır ve taramanın mortalite ya da morbiditeyi azalttığına dair doğrudan kanıt olması gerekmektedir.
2. Hastalığın tarama için yeterli prevalansının olması gerekir. Bu kriter çok önemlidir çünkü prevalans bu prosedürdeki herhangi bir tarama testi için yalancı pozitif ve yalancı negatif sayısını belirleyecektir. Tarama testlerinin özellikleri ne olursa olsun yeterince duyarlı ve yanlış teşhis sayısını minimumda tutmak için yeterince spesifik olmalıdır. İdeali yapılan kontrollü çalışmalar ve klinik uygulamalarla etkili bulunmuş olmasıdır.

3. Tarama testi düşük riskli ve kişiler tarafından kabul edilebilir olmalıdır. Tarama için riskler tarama yönteminin direk fiziksel riski ya da pozitif tarama sonucu gerçekleşen yöntemdeki riski (örneğin; pozitif değerlendirilen gaitada gizli kan testi için uygulanan kolonoskopide barsak perforasyonu olma riski gibi) ya da daha az somut riski içerebilir.
4. Durum için etkili bir tarama testi veya yöntemi var olmalıdır.
5. Tespit edilen durum için erken müdahale ve tedavi imkânı olmalıdır. Bunun için en kesin kanıt kontrollü klinik çalışmalarda nedene bağlı mortalite oranlarında anlamlı azalma görülmesidir. Ancak ne yazık ki bu veriler yalnızca birkaç test için vardır (örneğin; 50 yas üstü kişilerde gaitada gizli kan aranması gibi). Bunların dışındaki testlerde hekim çoğu zaman dolaylı verilere, gözlemsel çalışmalara ya da uzman görüşlerine güvenmek zorundadır.
6. Tarama testi ya da yöntemi maddi olarak karşılanabilir ve/veya maliyet etkin olmalıdır.
7. Tarama sonrasında uygulanan tedavi olumsuz etkilere neden olmamalıdır.
8. Tarama ile tanı alan kişilerin klinik olarak tanı alan kişilerden daha iyi sağlık sonuçlarına sahip olup olmadığı önemlidir.

Wilson ve Jungner ise başarılı bir tarama programı için bazı ön şartlara gereksinim olduğunu belirtmiştir. Şuan en iyi bilinen ve geçerliliğini koruyan bu kriterler aşağıda yer alan tabloda 10 madde halinde sıralanmaktadır (Wilson ve Jungner, 1968).

Tablo 3. Tarama Kriterleri

Hastalığın Özellikleri
1. Araştırılan durum önemli bir sağlık sorunu olmalıdır.
2. Saptanan hastalar için kabul edilen bir tedavi yöntemi olmalıdır.
3. Tedavi ve teşhis için olanaklar olmalıdır.
4. Saptanabilen bir latent veya erken semptomatik dönem olmalıdır.
5. Uygun bir test veya muayene yöntemi olmalıdır.
6. Test toplum tarafından kabul edilebilir olmalıdır.
7. Hastalığın doğal gidişi tam olarak anlaşılmış olmalıdır.
8. Kimlerin hasta olarak tedavi edileceği konusunda uzlaşmış bir politika olmalıdır.
9. Yapılacak harcama, medikal bakım harcamasıyla ekonomik açıdan dengede olmalıdır.
10. Olgu saptanması bir kerelik değil, süregelen bir süreç olmalıdır.

Kaynak: Wilson ve Jungner, 1968.

1.4.4. Hasta Eğitimi ve Danışmanlık

Periyodik sağlık muayenelerinin daha ileri hedefi ise kişiyi hastalığa neden olabilecek davranış örüntüleri ve çevresel maruziyetleri konusunda eğitmek ve danışmanlık vermektir. Danışmanlık periyodik sağlık muayenesinin sağlığı geliştirme ve hastalıkları önlemede sağlık risklerine yönelik davranış değişikliği yaratmak için yapılan önemli bir adımdır (Boulware ve diğ., 2006).

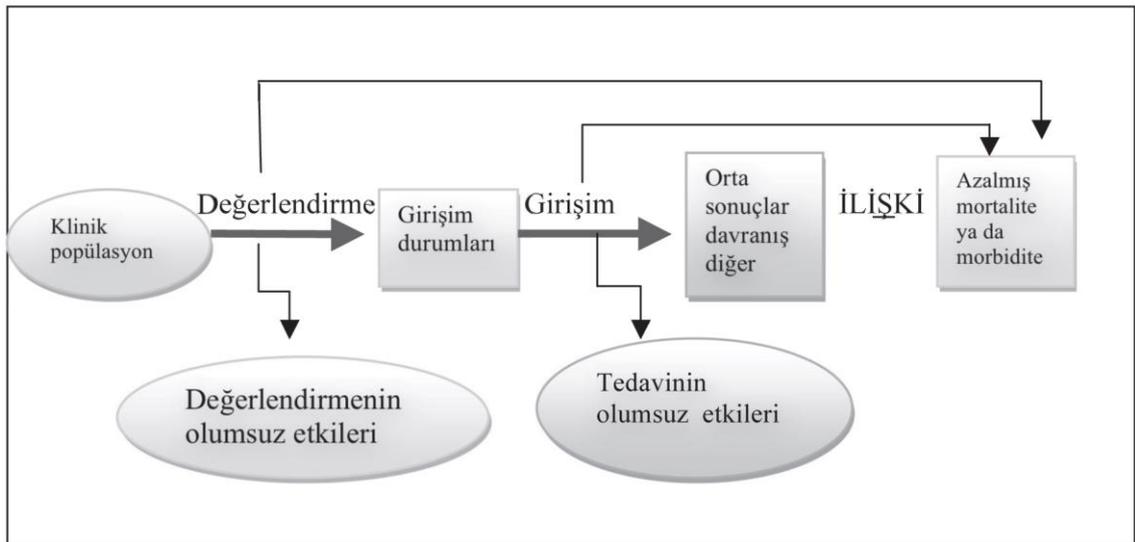
Periyodik muayenede hastanın bilgilendirilmesi ve eğitimi üç aşamada ortaya çıkar: Kişilerin yaşa ve cinsiyete uygun periyodik muayene konusunda bilgilendirilmeleri, muayene sırasında saptanan riskli sağlık davranışları hakkında danışmanlık ve davranış değişikliği, saptanan patolojik bulguların tanı ve izlem süreçleri hakkında bilgilendirme ve eğitim. Günümüzde hastalık bazlı karar verme süreçleri, hastayı kendi bakımına işbirlikçi ve partner olarak katan, sorumluluğu sağlık çalışanı ile paylaşan risk yönetimi süreçlerine dönüşmüş durumdadır. Riskli davranışların ne derece azaltılabileceği büyük ölçüde hastanın riski ve davranış değişikliğinin önemini kavramasına bağlıdır. Bu bağlamda sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazanılması konularında hastaların eğitimi ve desteklenmesi için periyodik muayene erken tanının ötesinde önemli bir fırsat sunar (Dreeben, 2010).

Danışmanlık ve hasta eğitimi hekim ya da başka bir sağlık personeli tarafından yapılabilir. Ancak danışmanlıkta öneri sunulurken dikkate alınacak bazı durumlar vardır Bunlar (Harris ve diğ., 2001);

1. Davranış/danışmanlık girişiminin mortalite ya da morbiditeyi azalttığına dair doğrudan kanıt var mı?
2. Riskli davranışın prevalansı nedir?
 - a. Hedef grupta,
 - b. Farklı girişim stratejilerinin uygulanacağı farklı hasta grupları var mı?
3. Girişime gereksinimi olanları tanımlamak için etkin, uygulanabilir, güvenli değerlendirme enstrümanları var mı?

4. Davranış/danışmanlık girişimi orta derece davranışta ya da diğer sonuçlarda bir değişikliğe neden oluyor mu?
 - a. Etkili girişimin esas elementi nedir?
 - b. Önemli hasta alt gruplarında etkinlikte farklılıklar var mı?
 - c. Girişimin etkinliği ve etkililiği nasıl karşılaştırılıyor?
5. Davranış değişikliği morbidite ve mortalitede azalmaya neden oluyor mu? Diğer orta sonuçlar azalmış mortalite ve morbiditeye neden olan davranış değişikliği ile ilişkili mi?
6. Davranış değişikliği/danışmanlığın hastalarca kabul edilebilirliği değerlendirildi mi? Olumsuz etkilere yol açıyor mu?
7. Davranış değişikliği/danışmanlık girişimi hastalarca kabul ediliyor mu? Olumsuz etkilere yol açıyor mu?

Hasta eğitimi; sağlık bakımına entegredir ve sürekli olmalıdır. Hasta uyum ve memnuniyetinin artırılması, sağlık harcamalarının düşürülmesi, morbidite ve mortalitenin azaltılması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, hastalara yetki verilmesi ve otonomilerinin artırılması için önem arz etmektedir (Özer, 2010). Hasta eğitimi klinik görüşmenin dışında bir süreç değildir; tam tersine klinik görüşme ile bütünleşmeyen eğitimler amaçlarına ulaşmamaktadır (World Health Organization, 1998b).



Şekil 3. Davranış ve Danışmanlık Girişimi

Kaynak: Harris ve diğ., 2001.

Bu çerçevede periyodik sağlık muayeneleri esnasında hekim hastasına sağlıklı yaşam tarzının benimsenmesine yönelik beslenme, egzersiz, alkol, sigara ve madde bağımlılığı gibi sağlıklı yaşamı tehdit eden ve hekimlerinin mutlaka takip etmesi gereken konularda dâhil yaşam tarzı ile ilgili önerilerde bulunmalıdır (Uncu, 2006).

1.4.5. Risk Değerlendirmesi

Sağlık birçok faktör tarafından etkilenir. Rahatsızlık, hastalık, engellilik ve ölüm ile ilişkili olan bu faktörler risk faktörleri olarak bilinir. Toplumdaki bazı risklerde küçük oranda azalma toplum için büyük yarar anlamına gelebilir. Bir veya daha fazla bireyin etkilenmesinin söz konusu olduğu durumlarda gruplarla ilgili risk değerlendirmesi söz konusudur. Belirli bir sürede belirli bir etkenin etkisinde kalan kişilerin ne oranda risk taşıdığının belirlenmesi risk değerlendirmesidir (Güler ve Çobanoğlu, 1997). Periyodik muayeneler sırasında koruyucu hekimliğin en önemli yanlarından birisi tam ve kapsamlı bir klinik veri tabanı oluşturmaktır. Böylece kişiye ait riskler belirlenerek tarama yaklaşımları ve danışmanlık planlanabilir (Uncu, 2006). Bu sayede hekim periyodik sağlık muayeneleri sırasında öykü ve fizik muayeneye ek olarak risk değerlendirmesi sonucu, yaşa ve cinsiyete göre önerilen tarama testlerini, aşılamaları ve danışmanlık hizmetlerini sunabilmektedir (Iglar ve diğ., 2008).

PSM'lerinde her ne kadar yapılacak olan işlemler kişiye özel belirlense de hizmet sunumunda belirli kurallara uyulması bazı girişimlerin atlanma olasılığını azaltır. Cinsiyete ve yaş dönemlerine özel periyodik sağlık muayenesi kartları hazırlanması yapılması gereken işlemlerin hatırlanmasına yardımcı olduğu gibi izlemi de kolaylaştırmaktadır (Iglar ve diğ., 2008). Ayrıca veri toplama aşamasının genellikle zaman alıcı bir uygulama olması nedeniyle, hazırlanan formların bir kısmının hastanın kendisinin ya da yardımcı sağlık personelinin doldurabileceği şekilde hazırlanması ve daha sonra tüm bilgilerin hasta ile birlikte gözden geçirilmeli/onay alınması faydalı olmaktadır (Uncu, 2006).

1.5. PERİYODİK MUAYENE REHBERLERİNİN ÖZELLİKLERİ

1.5.1. Grupların Belirlenmesi

İleri teknolojik tanı ve tedavi yaklaşımlarına eşlik eden tıbbi gelişmeler, oldukça dar çerçevede ve farklı gruplarda, özelleşmiş izlem kriterlerinin oluşmasına yol açmıştır. Bu durum, bireyler arasında farklı yaş grupları ve farklı cinsiyetler için, farklı korunma ve sağlığı geliştirme önlemlerinin alınmasına neden olmaktadır. Yaş gruplarına göre tarama ve takip çizelgesi çıkarmak gerekirse; 0-10, 11-24, 25-64 ile 65 yaş üzeri kişilerin ayrı gruplar halinde incelenmesi önerilmektedir. Daha dar aralıklarda sınıflama yapılırsa; 1-5, 5-12, 12-20, 20-40, 40-65 ve 65 yaş üzeri şeklinde de gruplandırma yapılabilir. Bu yaş gruplarında tarama, danışmanlık ve aşılama konusunda verilecek sağlık hizmetleri farklılık göstermektedir. Örneğin 19 yaşından büyük sağlıklı erişkinlerin izlenmesi için oluşturulmuş bir erişkin izlem kılavuzu, çocukların ve gebelik, kronik hastalık gibi özel durumları olan kişilerin gereksinimlerine yanıt vermeyebilir. Bunlar için benzer özellikte ama bu özel gruplara özgü olarak hazırlanmış rehberlere başvurulmalıdır (Mazırcıoğlu ve diğ., 2014).

1.5.2. Rehberlerin Hazırlanması

Klinik uygulama rehberleri aile hekimliği uygulamasında standartlara ve hizmet kalitesinin artırılmasına yönelik olarak farklı uygulamaları ortadan kaldıran bir yol olarak tanımlanabilmektedir. Aynı zamanda rehberler hesap verebilirliği arttırmakta, kaynakların korunmasına olanak vermekte ve hastalar için şeffaflığı sağlamaktadır (Jones ve diğ., 2000).

Rehberler, çok sayıda bilimsel araştırmanın sağladığı kanıtlara dayanılarak geliştirilen, ulusal ve uluslararası nitelikteki benzer rehberlerden yararlanılarak hazırlanır. Bu kılavuzlarda her bir önerinin dayandığı bilimsel kanıtın düzeyi de belirtilmektedir. İyi ve kuvvetli kanıtlar meta analizler ve randomize kontrollü çalışmaların sonuçlarıdır (Mazırcıoğlu ve diğ., 2014).

Her ülkenin sağlıkla ilgili öncelikleri bir diğerine göre farklılıklar gösterdiği için kendine özgü periyodik sağlık muayenesi rehberleri geliştirmelidir. Bu nedenle her ülke, kendi risk gruplarına göre sağlık izlemlerinde öncelikler belirlemeli, kullanılacak tarama testlerinin güvenilirliğinin yanı sıra ülke ekonomisine uygunluğu da düşünülmelidir. Bu amaçla bir koruyucu hekimlik platformu oluşturulmalı ve mali destek sağlanmalıdır. Bu kurulda koruyucu hekimlik, kanıta dayalı tıp ve birinci basamakla ilgili tecrübesi olan aile hekimleri, pediatristler, dahiliye uzmanları, kadın doğum uzmanları, geriatristler, halk sağlığı uzmanları ve hemşirelerin bulunması kılavuzların daha kapsamlı hazırlanmasına katkıda bulunacaktır. Ayrıca zaman içinde ortaya çıkacak yeni kanıtlar ile kişi ve toplumların sağlık önceliklerine dayalı olarak değişeceğinden belirli aralıklarla ya da önemli bir gelişme olduğunda rehberlerin gözden geçirilerek yapılan değişikliklerin kullanacak olan hekimlere bildirilmesi önemlidir (Mazırcıoğlu ve diğ., 2014).

Rehberlerin hazırlanmasına yönelik USPSTF'nin örnek teşkil eden çalışmaları mevcuttur. USPSTF ilk önerilerini 1989'da Guide to Clinical Preventive Services adı altında yayınlamıştır. Rehberin ikinci baskısı 1996'da yapılmıştır. Bu rehberlerdeki öneriler hastalıkları önleme ve sağlığı geliştirme girişimlerinin dayandığı temeli oluşturmaktadır. USPSTF önerilerini belli kriterler temelinde yapar. Her koruyucu hizmetin yarar ve zararları konusunda ki kanıtları gözden geçirir, her koruyucu hizmetin net yararı konusunda uzlaşmaya varır ve önerilerini yapar. Bu önerileri kanıt gücüne göre derecelendirir (Akdeniz ve diğ., 2010).

Tablo 3 USPSTF'nin öneri kategorilerini göstermektedir. USPSTF ayrıca kanıtları da derecelendirmiştir. Tablo 4'de ise net yarara göre kanıtların kesinlik düzeyleri gösterilmektedir (U.S Preventive Services Task Force, 2013).

Tablo 4. USPSTF Öneri Sınıflandırması

Derece	Tanımlama	Uygulama için Öneri
A	USPSTF hizmeti önerir. Net yararın önemli olduğuna dair yüksek kesinlik var.	Bu hizmeti sunun ya da sağlayın.
B	USPSTF hizmeti önerir. Net yararın orta derecede olduğuna dair yüksek kesinlik var ya da net yararın orta ya da yüksek düzeyde olduğuna dair orta derecede kesinlik var.	Bu hizmeti sunun ya da sağlayın.
C	USPSTF bu hizmetin profesyonelin kanaatine ve hastanın tercihlerine bağlı olarak hastanın bireysel özelliklerine göre seçici olarak sunulmasını ya da sağlanmasını önerir. Net yararın küçük olduğuna dair en azından orta derece kesinlik vardır.	Bireye özgü durumlara bağlı olarak seçilmiş hastalar için bu hizmeti sunun ya da sağlayın.
D	USPSTF hizmetin sunulmasına karşıdır. Hizmetin net yararı olmadığına ya da zararın yarardan fazla olduğuna dair orta ya da yüksek düzeyde kesinlik var.	Bu hizmeti kullanmaktan vazgeçin.
I Durum	USPSTF eldeki kanıtların hizmetin yarar – zarar dengesini değerlendirmek için yetersiz olduğu sonucuna ulaşmıştır. Kanıt yok, zayıf kalitede ya da tartışmalı ve yarar - zarar dengesi belirlenemiyor.	USPSTF'in öneri açıklamasının klinik değerlendirme bölümünü okuyun. Hizmet sağlanacaksa hasta hizmetin yarar ve zarar dengesinin belirsizliğini anlamalıdır.

Kaynak: U.S Preventive Services Task Force, 2013.

Tablo 5. Net Yarara Göre Kesinlik Düzeyleri

Kesinlik* Düzeyi	Tanımlama
Yüksek	Mevcut kanıtlar genellikle iyi tasarlanmış, iyi yürütülmüş, birincil bakım popülasyonunu temsil eden çalışmaların tutarlı sonuçlarını içerir. Bu çalışmalar koruyucu hizmetlerin sağlık sonuçları üzerine etkilerini değerlendirir. Bu sonucun daha sonraki çalışmaların sonuçlarınınca etkilenme olasılığı yoktur.
Orta	Mevcut kanıtlar koruyucu hizmetlerinin sağlık sonuçları üzerine etkisini belirlemede yeterlidir, ancak değerlendirmedeki güvenilirlik bazı etmenlerce kısıtlanmıştır: <ul style="list-style-type: none"> • Bireysel çalışmaların sayısı, büyüklüğü ya da kalitesi • Bulguların bireysel çalışmalar karşısında tutarsızlığı • Bulguların rutin birincil bakım uygulamasına sınırlı yaygınlaştırılması • Kanıt zincirinde tutarlılık olmaması Daha fazla bilgi edinildikçe gözlenen etkinin büyüklüğü ya da yönü değişebilir ve bu değişiklik sonucu değiştirmek için yeterli büyüklükte olabilir.
Düşük	Mevcut kanıtlar sağlık sonuçları üzerine etkileri değerlendirmek için yetersizdir. Kanıt yetersizliğinin nedenleri: <ul style="list-style-type: none"> • Sınırlı sayıda ya da büyüklükte çalışmalar • Çalışma tasarım ve yönteminde önemli hatalar • Kanıt zincirinde eksiklikler. • Bulgular rutin birinci basamak uygulamasına genellenebilir değil • Önemli sağlık sonuçları üzerine bilgi yokluğu Daha fazla bilgi belki sağlık sonuçları üzerine etkinin değerlendirilmesine izin verir.
	* USPSTF kesinliği “Koruyucu hizmetin net yararını USPSTF’nin değerlendirmesinin doğru olması olasılığı” olarak tanımlar. Net yarar genel, birincil bakım alan nüfusa uygulanarak koruyucu hizmetlerin sunumunun eksi yarar zararı olarak tanımlanır. USPSTF koruyucu hizmetin net yararını değerlendirmek için var olan tüm kanıtları değerlendirir.

Kaynak: U.S Preventive Services Task Force, 2013.

1.6. AMERİKAN AİLE HEKİMLERİ AKADEMİSİ'NİN PERİYODİK SAĞLIK MUAYENESİ İÇİN ÖNERİLERİ

Amerika Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu (USPSTF) tarama, danışmanlık ve koruyucu hizmetlerin bilimsel kanıtlarının titiz ve tarafsız bir biçimde değerlendirmesini yapmaktadır. Onun önerileri uluslararası alanda klinik koruyucu hizmetler için altın standart olarak kabul görmektedir. USPSTF bireysel hizmetlerin yararını, hastalıklar için risk faktörlerini, yaş ve cinsiyete dayalı olarak değerlendirir. Hangi koruyucu hizmetlerin birincil bakımda rutin olarak yapılması gerektiğine dair önerilerde bulunur ve klinik koruyucu hizmetler için bir araştırma gündemi tanımlar (Akdeniz ve diğ., 2010).

USPSTF'nin dışında Kanada Koruyucu Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubu (CTFPHC) ve Amerikan Tabipler Birliği (ACP) gibi bazı kurumlar da yayınlanmış çalışmaların ve verilerin metodolojik gözden geçirilmesi ile dönem dönem öneriler ve uygulama rehberleri yayınlamaktadır. Amerikan Kanser Cemiyeti (ACS) gibi bazı kurumlar ise çoğunlukla ortak alınmış kararlara ve uzman görüşlerine yer vermektedir. Bunlardan AAFP önerileri Amerikan Aile Hekimleri Akademisi Komisyonunun halk sağlığı ve bilimsel çalışmaları sonucunda düzenli olarak revize edilen bir dokümandır ve AAFP yönetim kurulu tarafından onaylanmaktadır. AAFP önerilerinin başlangıç noktası USPSTF tarafından oluşturulan ulaşılabilir bilimsel bilginin özenli çalışmalarıdır (American Academy of Family Physicians, 2014).

2007 yılında USPSTF kanıt düzeylerini değiştirerek yeni öneriler yayınlamıştır. Bu yüzden AAFP'de USPSTF ile uyumlu olacak şekilde kanıt düzeyini değiştirmiştir. USPSTF ve AAFP'nin öneriler için kullandıkları iki farklı sınıflama sistemden ilki Mayıs 2007'den önce diğeri ise Mayıs 2007'den sonra oluşturulmuştur.

Aşağıdaki tabloda AAFP'nin periyodik sağlık muayenesi için 2007'den sonra yapılan öneriler göz önünde bulundurularak 2014 Temmuz ayında yapılmış olan revizyonu içeren ve Tablo 6'da yer alan USPSTF kanıt düzeylerini A ve B olarak gösteren önerileri kapsamaktadır (American Academy of Family Physicians, 2014).

Tablo 6. Amerikan Aile Hekimleri Akademisi Özet Önerileri

1) 65 – 75 yaş arası sigara kullanan erkekleri abdominal aort anevrizması yönünden ultrason ile bir defalığına taranmalıdır (B).
2) Doğurganlık çağındaki kadınlar eş şiddeti yönünden taranmalıdır, örneğin aile içi şiddete maruz kalan kadın koruma servislerine yönlendirilmelidir. Bu öneri ayrıca istismar belirtisi göstermeyen kadınlara da uygulanmalıdır (B).
3) 18 yaş üstü erişkinler alkol kötüye kullanımı yönünden taranmalı ve riskli düzeyde alkol tüketen kişilerde alkol tüketimini kötüye kullanımı azaltmak için danışmanlık sağlanmalıdır (B).
4) Gebe kadınlara 12-16. gebelik haftasında, ya da geç başvurularda ilk gebelik ziyaretinde, asemptomatik bakteriüri açısından idrar kültürü yapılmalıdır (A).
5) Cinsel olarak aktif tüm ergenler ve cinsel yolla bulaşan hastalık (CYBH) riski artmış olan yetişkinlere cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından danışmanlık yapılmalıdır (B).
6) 50-74 yaş arası kadınlar 2 yılda bir mamografi ile taranmalıdır (B).
7) Meme kanseri riski yüksek olan kadınlarda riskin azaltılması için kullanılan tedavi konusunda karar verme süreci hakkında klinisyenlerin bilgiyi paylaşmaları önerilir.
8) Birinci basamak sağlık hizmet sunucuları BRCA-1 ve BRCA-2 gen mutasyonu riski artmış olan ve aile öyküsünde göğüs, over, tubal ve peritonal kanser tanısı bulunan kadınları tanımlanmış çeşitli tarama araçlarından biri ile taramasını gerçekleştirmelidir. Test sonuçlarının pozitif gelmesi halinde BRCA gen taraması yapılmalıdır (B).
9) Kadınlar hamilelik döneminde ve doğum sonrasında bebeklerini emzirme konusunda eğitilmeli ve desteklenmelidir (B).
10) 45-79 yaş arası erkek hastalarda miyokard infarktüsüne karşı olan potansiyel yarar GİS (gastrointestinal sistem) kanamasına karşı olan potansiyel zarardan fazla olduğunda aspirin kullanılmalıdır (A).
11) 55-79 yaş arası kadınlarda iskemiye bağlı felç geçirme riskine karşı olan potansiyel yarar GİS kanamasına karşı olan potansiyel zarardan fazla olduğunda aspirin kullanılmalıdır (A).
12) 21-65 yaş arası kadınlarda servikal kanserin taranması için 3 yılda bir PAP Smear Testi ya da 30-65 yaş arası kadınlarda her 5 yılda bir Pap Smear ve Human Papilloma Virus (HPV) testi birlikte yapılmak kaydı ile süre uzatılarak tarama yapılmalıdır.
13) 24 yaşın altındaki tüm gebeler ve 24 yaşın üzerinde artmış risk faktörleri bulunan gebeler klamidya infeksiyonu açısından taranmalıdır (B).

14) 24 yaşın altındaki cinsel olarak aktif tüm kadınlar ve 24 yaşın üzerinde artmış risk taşıyan kadınlar, gebelik olmasa da klamidyaya açısından taranmalıdır (A).
15) 50 yaşında başlanarak 75 yaşına kadar tüm kişiler kolorektal kanser açısından gaitada gizli kan, sigmoidoskopi veya kolonoskopi ile taranmalıdır. Tarama kişiler taramanın yarar ve zararları konusunda aydınlatıldıktan sonra yapılmalıdır (A).
16) Tüm yenidoğanlar konjenital hipotiroidi açısından taranmalıdır (A).
17) Birinci basamak hizmet sunucuları içme suyunda flor eksik olan 6 aydan büyük çocuklarda oral flor takviyesi başlamalıdır (B).
18) Birinci basamak klinisyenler tüm bebeklerin ilk dişlerine ve ilk dişlerin dökülmesinden itibaren çocuklarda flor verniği uygulamalıdır (B).
19) USPTSF doğru tanı, etkili tedavi ve izlem sağlanması için uygun sistemleri olan klinik kurumlarda depresyon için erişkinlerin taranmasını önerir (B).
20) 12-18 yaş arasındaki ergenler major depresif bozukluk açısından taranmalıdır (B).
21) 24 haftanın üstündeki asemptomatik gebe kadınlarda gestasyonel diyabet için tarama önerilir (B).
22) Kan basıncı tedavili veya tedavisiz 135/80 mmHg'nin üzerinde bulunan her hasta asemptomatik dahi olsa, tip-II diyabetes mellitus (DM) açısından taranmalıdır (B).
23) Düşme riski yüksek olan toplum içinde yaşayan 65 yaş ve üstü yaşlılarda vitamin D takviyesi ve fizik tedavi ya da egzersiz önerilir (B).
24) Tüm yenidoğanlar gonokokkal oftalmia neonotorum açısından profilaktik topikal tedavi almalıdır (A).
25) Cinsel olarak aktif ve enfeksiyon riski yüksek gebe kadınlar gonore enfeksiyonu açısından taranmalıdır (B).
26) Hiperlipidemisi veya koroner arter hastalığı açısından bilinen risk faktörü bulunan hastalara beslenme danışmanlığı yapılmalıdır (B).
27) Tüm yenidoğanlar işitme yetersizliği açısından işitme testinden geçirilmelidir (B).
28) Tüm yenidoğanlar fenilketonüri, hemoglenopati ve troid fonksiyon anomalileri açısından taranmalıdır (A).
29) Gebe kadınlar ilk ziyaretlerinde hepatit-B virüsü açısından taranmalıdır (A).
30) Enfeksiyon riski yüksek olan kişiler Hepatit B Virüs enfeksiyonu yönünden taranmalıdır (B).
31) Enfeksiyon riski yüksek olan kişiler Hepatit C Virüs (HCV) enfeksiyonu yönünden taranmalıdır. Ayrıca 1945 ile 1965 yılları arası doğumlu erişkinler HCV enfeksiyonu yönünden sadece bir kez taranmalıdır (B).

32) AAFP 15-65 yaş arası tüm ergen ve erişkinlerin HIV yönünden taranmasını önerir. Daha genç HIV riski yüksek adölesan ya da ergenler ise ayrıca taranmalıdır (A).
33) AAFP tüm gebe kadınların İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü (HIV) yönünden taranmasını önerir (A).
34) 18 yaş ve üzerindeki başvuran herkesin hipertansiyon açısından taranması gereklidir (A).
35) AAFP 0-18 yaş arası tüm çocukların kontrendikasyon olmadığı sürece aşılmasını önerir (A).
36) AAFP erişkinlerin kontrendikasyon olmadığı sürece aşılmasını önerir (A).
37) Asemptomatik gebe kadınlar demir eksikliği anemisi açısından rutin olarak taranmalıdır (B).
38) AAFP 35 yaş ve üzerindeki erkeklerin lipit profilinin taranmasını kuvvetle önermektedir (A).
39) 20-35 yaş arası erkeklerde eğer koroner arter hastalığı açısından risk artmışsa lipit profili taraması yapılmalıdır (B).
40) 20- 45 yaş arası kadınlar eğer koroner arter hastalığı açısından risk artmışsa lipit profili taraması yapılmalıdır (B).
41) Gebelik planlayan ya da gebe olma riski bulunan tüm kadınlara günlük 0,43-0,8 mg (400-800 mikrogram) folik asit takviyesi yapılmalıdır (A).
42) Tüm yetişkinlerde obeziteye yönelik tarama yapılmalıdır. Klinisyenler vücut kitle endeksi 30 kg/m ² ve üstü olan hastalara çok bileşenli davranışsal müdahale önermelidir (B).
43) 6 yaş ve üstü çocuklar obezite yönünden taranmalı ve ağırlıklarını kontrol etmeye teşvik etmek için kapsamlı ve yoğun davranışsal müdahaleler kendilerine önerilmeli ya da bunun için yönlendirilmelidir (B).
44) 65 yaş ve üstü kadınlarda ve ek bir risk faktörü olmayan 65 yaş ve üstü kadınlara eşit ya da yüksek risk taşıyan fraktür riski olan genç kadınlarda osteoporozun taranması önerilir (B).
45) AAFP BRCA-1 ve BRCA-2 gen mutasyonu riski artmış olan ve aile öyküsü bulunan kadınlarda genetik danışmanlık ve BRCA gen taraması önerir (B).
46) Tüm yenidoğanlar fenilketonüri açısından taranmalıdır (A).
47) Gebe kadınlar ilk ziyaretlerinde Rh (D) tipi ve antikor seviyesi açısından taranmalıdır (A).
48) Rh antikoru açısından taranan ve duyarlı bulunmayan hastaların 24-28. gebelik haftalarında tekrar antikor seviyelerine bakılmalıdır. Eğer biyolojik babanın Rh (-) olduğu biliniyorsa test tekrarlanmaz (B).
49) Cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesine yönelik cinsel yönden aktif tüm adölesanlara ve cinsel yolla bulaşan hastalık riski yüksek olan erişkinlere yoğun danışmanlık hizmetleri önerilir (B).

50) Tüm yenidoğanlar orak hücreli anemi açısından taranmalıdır (A).
51) Ultraviyole ışınlarına maruz kalanlarda cilt kanseri riskini azaltmaya yönelik açık tenli 10-24 yaş genç erişkin, adölesan ve çocuklarda danışmanlık önerilir (B).
52) Sifiliz enfeksiyonu açısından risk altında olan kişiler taranmalıdır (A).
53) Tüm gebe kadınlar sifiliz enfeksiyonu açısından taranmalıdır (A).
54) Tüm erişkinler sigara kullanma açısından taranmalıdır. Tütün ve tütün ürünleri kullananlara bırakmaları konusunda danışmanlık verilmelidir (A).
55) Tüm gebeler sigara kullanma açısından taranmalı ve gebelikte sigara kullanmanın etkileri konusunda danışmanlık verilmelidir (A).
56) Birinci basamak klinisyenler adölesanlar ve okul çağı çocuklarında tütün kullanımına başlamayı önlemek için eğitim, danışmanlık içeren müdahalede bulunmalıdır (B).
57) 3-5 yaş arası tüm çocuklar en az bir kez görme keskinliği ve risk faktörlerinin belirlenmesi açısından taranmalıdır (B).

Kaynak: American Academy of Family Physicians, 2014.

PSM'lerinde yapılması önerilmeyen testler de vardır. Bunların bazıları invazif olması, bazıları toplumda daha az görülen hastalıklar için olduğu ve bir kısmı da yapılan testlerin hekimlere verdiği bilgiler sınırlı olduğu için tercih edilmemektedir.

1.7. TÜRKİYE'DE PERİYODİK SAĞLIK MUAYENESİ

Türkiye'de Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin çalışma usul ve esaslarında aile hekimlerinin görev yetki ve sorumlulukları içerisinde "Periyodik Sağlık Muayenesi Yapmak" yer almaktadır. Bu kapsamda kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek, sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermenin yanısıra periyodik sağlık muayenesi yapmak, kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramalarını yapmak ve kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek de bulunmaktadır (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2013).

Ancak aile hekimliği uygulamasının Türkiye’de yeni bir model olması bununla birlikte eski koruyucu hekimlik uygulamalarında periyodik muayene ve rehber kullanımının mevcut olmaması nedeniyle bu konuda Sağlık Bakanlığı çok yeni çalışmalar başlatmıştır. Aile Hekimliği Uygulamasında Periyodik Muayene ve Tarama Rehberi alışması ile ilgili ilk alıştay 01-03 Aralık 2011 tarihleri arasında ilgili uzmanlık dernekleri temsilcileri ve aile hekimliği akademisyenlerinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. alıştay sırasında USPSTF, CTFPHE ve AAFP’nin yayınladığı rehberler ve ülkelerin çalışmaları incelenerek, ulusal ve uluslararası nitelikteki benzer kılavuzlar gözden geçirilmiştir. Sonrasıda elde edilen öneriler ışığında PMR’de yer alması planlanan neriler AAFP’de yer alan ve A kanıt düzeyine karşılık gelen önerilerden başlayarak 5 ile 1 arasında gruplandırma yapılmıştır. Sonrasında belirtilen şekilde düzenlenen alıştay’ın ıktıları 24 Mart 2011 tarihinde <http://www.ailehekimligi.gov.tr> adresinde taslak olarak yayımlanarak hekimlerin görüş ve önerilerine sunulmuştur.

Alınan geri bildirimler doğrultusunda söz konusu taslağa aile hekimlerinden gelen yorumlar incelenmiş ve yapılan incelemelerde rehberde yer alan kanıt düzeyi skorlamalarının tam olarak anlaşılmadığı, özellikle 1-2-3 numaralı derecelendirmelerin kafalarda karışıklığa neden olduğu belirtilmiştir. Bunun dışında, bazı konu başlıklarındaki kanıt referansları açısından bazı akademisyenler arasında fikir birliğine varılmadığı grlmştir. Bu nedenlerden dolayı söz konusu “alıştay Raporunun” bir bilimsel komisyon tarafından tekrar kontrol edilmesi gereği doğmuştur. Bunun zerine 8-10 Ekim 2012 tarihleri arasında aralarında Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği, Türk Tabipleri Birliği temsilcileri, aile hekimliği akademisyenleri ve ilgili uzmanlık dernekleri temsilcilerinin de katıldığı, çocukluk, erişkin ve yaşlılık yaş grupları için ayrı oturumlar gerçekleştirilerek ikinci bir alıştay gerçekleştirilmiştir.

İkinci alıştay sonucunda, 1-2-3 olarak skorlanan kanıt olmayan ve zayıf/orta kanıt olan başlıklar ile kanıt derecesi 4-5 olmasına karşın Türkiye’deki aile hekimliği uygulamasında henüz yürütülemeyecek durumda olan başlıklar çıkartılarak “Aile Hekimliği Uygulamasında nerilen Periyodik Muayene ve Tarama Rehberi”nin nihai şekli oluşturulmuştur.

Bu rehberde yer alan öneriler yalnızca aile hekimliği uygulamasında sağlıklı kişilerin sağlıklarının korunması için tarama, muayene, laboratuvar testleri, kemoproflaksi, danışmanlık ve sağlık eğitimi yoluyla güncel ve verimli bir uygulanabilirliğe sahip olan periyodik muayene ve tarama yöntemlerinin tespitini belirlemektedir. Hâlihazırda yürütülmekte olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda bu hizmetlerin çoğu yürütülmektedir. Dolayısıyla bu rehber ile birinci basamakta çalışan hekim ve hekim dışı sağlık personelinin bu işi yürütürken daha standart bir yaklaşım sergilemeleri sağlanacaktır.

Periyodik muayene rehberinde Türkiye’de en sık görülen ve alanda çalışan hekimlerin böyle bir rehberde olmasını istedikleri sağlık sorunlarını kapsamaları sağlanmıştır. Tüm kliniksel referans kaynaklarında olduğu gibi, bu öneriler yayınlandığı tarih itibarı ile en iyi/geçerli tıp bilimi anlayışını yansıtmaktadır, ancak bu öneriler devam eden araştırmaların neden olabileceği yeni bilgi ve önerileri göz önüne alarak kullanılması ve revize edilmesi planlanmıştır. Rehber oluşturulurken USPSTF, CTFPHE ve AAFP’nin yayınladığı rehberler, ulusal ve uluslararası nitelikteki benzer kılavuzlar ve ülkelerin çalışmalarının incelenmesinin yanı sıra mevcut bilimsel kanıtlar göz önüne alınarak uzmanlardan oluşan katılımcıların koruyucu sağlık hizmetleri ve erken tanı taramaları yapılabilecek sağlık problemlerinin aile hekimliği uygulamasında uygulanabilirlikleri üzerinden değerlendirmeler yapılmıştır. Türkiye’de bu kılavuz rehberin uygulanması ile koruyucu sağlık hizmetlerinin ve sağlıklı hayatın teşviki programlarının daha da geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Bu sayede, sağlıklı görünen ancak önemli sağlık sorunları açısından yüksek risk gruplarında yer alan kişilerin erken dönemde tanı almalarını ve gerekiyorsa tedavi edilmelerinin sağlanması, önceden tanı almış olduğu halde tedavi edilmemiş olanların ya da birinci basamakta tedavisi gerçekleştirilemeyecek olanların da gereken tedavi, danışmanlık, eğitim ve rehabilitasyon hizmetlerine yönlendirilmesi ile aile hekimliği uygulamasının kalitesinin artırılması planlanmaktadır.

Araştırmanın yapıldığı tarihte öneri olarak hazırlanan ve anket sorularının hazırlanmasında kaynağı oluşturan rehber içerikleri Tablo 7’de yer almaktadır. 2015 yılında ise rehber içerisinde yer alan önerilere ilişkin çalışmalar halen devam etmektedir.

Tablo 7. Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri

	ÇOCUKLUK YAŞ GRUBU
1.	Çocukluk Çağı Bağışıklamasının Yapılması
2.	Anne Sütü Ve Emzirme Konusunda Bilgilendirme
3.	Demir Proflaksisi, D vitamini Proflaksisi
4.	İnmemiş Testis Muayenesi
5.	Fenilketonüri Taraması
6.	Konjenital Hipotroidi Taraması
7.	Biotinidaz Eksikliği Taraması
8.	Gelişimsel Kalça Displazisi
9.	Görme Keskinliği Taramaları
10.	Premature Retinopatisi
11.	Lea Sembol Testi ile Görme Keskinliği Taraması
12.	Yenidoğan İşitme Taraması
13.	Bebeklik Ve Çocukluk Çağı Ağız ve Diş Sağlığı
14.	Arteriyel Tansiyon Ölçümü
15.	Sağlıklı Diyet Danışmanlığı
16.	Obezite Taraması
17.	Çocuklarda Pasif ve Aktif Sigara İçiciliği Sorgulaması
18.	Bilişsel Gelişim, Dil Gelişimi, Sosyal Ve Duygusal Gelişim, Kaba-Motor Ve İncemotor Gelişimin Taranması
19.	Yaygın Gelişimsel Bozuklukların Taranması
20.	Çocuk İhmali ve Çocuğa Kötü Muamelenin Sorgulanması
21.	Kan Yolu ile Bulaşan Hastalıklar

ERİŞKİN YAŞ GRUBU	
1.	Kardiyovasküler Olaylardan Korunmada Risk Değerlendirilmesi
2.	Pasif Ve Aktif Sigara İçiciliğinin Sorgulaması
3.	Kardiyovasküler Olaylardan Korunmada Aspirin Kullanımı (Erkek)
4.	İskemik İnmeden Korunmada Aspirin Kullanımı (Kadın)
5.	Arteriyel Tansiyon Takibi
6.	Serum Lipid Profili Taraması (Tg,Hdl, Ldl)
7.	Açlık Kan Şekeri Takibi
8.	Tiroid Fonksiyon Anomalileri
9.	Obezite Taraması
10.	Tüberküloz
11.	Meme Kanseri Taraması (Kadın)
12.	Kolorektal Kanseri Taraması (Kadın/Erkek)
13.	Serviks Kanseri Ve Prekanseroz Lezyonların Taranması (Kadın)
14.	Prostat Kanseri (Erkek)
15.	Kan Ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
16.	Kemik Sağlığının Korunması İçin Bilgilendirme
17.	Sekonder Osteoporoz/Kirik Riski
18.	Gebelerde Ağız Diş Sağlığı Ve Eğitimi
19.	Gebede Kan Grubu Tayini, Demir Eksikliği, Hepatit B Taraması
20.	Gestasyonel Diyabet Taraması
21.	Nöral Tüp Defekti Proflaksisi İçin Folik Asit Önerilmesi
22.	Orak Hücreli Anemi Ve Talasemi Major Taraması
23.	Alkol Kullanımı ve Alkol Bağımlılığı
24.	Depresyon
25.	Erişkinlerde Bağışıklama
26.	Madde Kullanımı Ve Madde Bağımlılığı

YAŞLI YAŞ GRUBU	
1.	Yaşlılarda Kardiyovasküler Olaylarda Aspirin Koruyuculuğu (Kadın/Erkek)
2.	İskemik İnmede Aspirin Koruyuculuğu (Kadın)
3.	Yaşlılarda Osteoporoz/Kirik Riski (Kadın/Erkek)
4.	Çok Yönlü Geriatrik Değerlendirme

Kaynak: Aile Hekimliği Uzaktan Eğitim Platformu, 2014.

Yukarıda yapılan çalışma ile Türkiye’de halen yaş, cinsiyet ve risk grupları yeterince dikkate alınmadan, hekimden hekime değişebilen kriterler ile işlemlerin yürütülmesinin önüne geçilmesi öngörülmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi

alanında odak nokta olan aile hekimlerinin önerilen rehberler çerçevesinde hizmet sunması bu kapsamda da hekimlerin aile fertlerinin gereksinimlerine uygun koruyucu sağlık hizmetlerini, bütüncül ve kapsamlı bir hasta yaklaşımıyla her bir fert için birçok risk faktörünü gözden geçirerek vermesi önem arz etmektedir.

Periyodik muayeneler sadece hastaların düzenli aralıklarla risk faktörleri açısından değerlendirilip, tarama testlerinden geçirilmesi, danışmanlık ve eğitim verme fırsatı yaratmamaktadır aynı zamanda;

- ❖ Her hasta ziyaretinin, koruyucu sağlık hizmetleri, danışmanlık ve eğitim hizmetleri verilmesi için bir fırsat olarak değerlendirilmesi
- ❖ Hasta memnuniyeti sağlanması
- ❖ Bireylerle aile hekimi arasındaki ilişkilerin geliştirilmesi ve daha ayrıntılı öykü alınması
- ❖ Detaylı fizik muayeneye olanak sağlaması
- ❖ Bireyin temel sağlık durumu hakkında bilgi sahibi olunması gibi faydalar da sağlamaktadır (Mazıcıoğlu ve diğ., 2014).

Yukarıda belirtilen faydaların yanı sıra literatürde periyodik muayenelerin ve rehber kullanımının yapılan işlemlerin etkinliği ve maliyeti ile ilgili yeterli çalışma bulunmasa da kaynak israfını önleyeceği ve maliyet etkililiği arttıracığı belirtilmektedir.

Literatürde yer alan farklı çalışmalarda da bu yönde değerlendirmede bulunulmuştur. Kanada da yapılan çalışmada artan talepler doğrultusunda pahalı hizmet sunumunun ve bu talepleri karşılayacak kaynakların azalması nedeniyle sağlık sisteminin zorlandığı belirlenmiştir. Sağlık uygulamaları ile ilgili yapılan incelemeler benzer hastalarla karşılaşan hekimlerin farklı kararlar aldığını ve benzer uygulamalardaki varyasyonların uygulama alanları, hasta tercih ve karakterleri içerisindeki farklılıklarla tutarlı olmadığını göstermiştir (Iscoc ve diğ., 1994; Health Services Research Group, 1992). Bunun ötesinde uygulamadaki varyasyonların yeterli kanıtları bulunan sağlık problemleri ile ilgili olduğu ve bu nedenle klinik uygulama rehberlerinin uygulamadaki varyasyonları azaltarak sağlık harcamalarını kontrol edeceği belirtilmiştir (Hayward ve diğ., 1997).

Ayrıca 2010 yılında yapılan “Edirne şehir merkezindeki erişkinlerde periyodik sağlık muayeneleri ve sonuçları” ve “Edirne şehir merkezinde yaşayan erişkinlerin periyodik sağlık muayeneleri hakkındaki bilgi tutum ve davranışları” konulu uzmanlık tez çalışmalarında “Türkiye’de periyodik sağlık muayenelerinin uygun rehberlerle desteklenme gerekliliği vardır” şeklinde öneride bulunulmuş ve elde edilen bulgular doğrultusunda Türkiye genelinde kişilerin bilgi düzeylerinin yeterli seviyede olmadığı ve periyodik sağlık muayenesi uygulamalarının işlerliğini arttırmak için daha fazla çalışma yapılmasının gerektiği belirtilmiştir (Çevikkalp, 2010; Kutlu, 2012).

Sonuç olarak literatürde yer alan bilgiler ve mevcut durum, aile hekimlerinin toplum sağlığını koruma ve geliştirmede oldukça önemli bir yerde olduğunu ve hem birey için gerekli görülen uygulamaların güvenceye alınması, hem de sık karşılaşılan gereksiz test ve müdahalelerin önüne geçilmesini sağlayan yapılandırılmış, uygulanabilir ve kabul edilebilir kanıta dayalı rehberler ile periyodik muayenelerin uygulanmasının gerekli olduğunu göstermektedir.

2. BÖLÜM: GEREÇ YÖNTEM

2.1. AMAÇ

Bu araştırmada mevzuat ile uygulamaya geçirilmemiş “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberine” yönelik aile hekimlerinin bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi amaçlanmaktadır. Araştırmada aile hekimlerinin ilgili rehberlere ve rehber içerisinde yer alan önerilere yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının yanı sıra cinsiyet, medeni durum, unvan, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, kronik hastalık durumu gibi kişisel, demografik ve sağlık bilgileri incelenmiştir. Araştırmada aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberine” yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının cinsiyet, medeni durum, unvan, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, kronik hastalık durumu gibi değişkenlere göre anlamlı farklılıklar gösterip göstermediğini açıklamak amaçlanmıştır. Ayrıca aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberine” yönelik bilgi ve tutumlarının “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan önerilere yönelik davranışları üzerine etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

Araştırma Türkiye’de aile hekimlerinin periyodik sağlık muayene rehberleri ve ilgili testlere yönelik bilgi, tutum ve davranışlarını inceleyen ilk araştırmalardan birisidir. Araştırma kapsamına Türkiye’de 81 ilde görev yapan aile hekimleri alınmıştır. Türkiye’de görev yapan tüm aile hekimleri üzerine yapılan bir araştırma olması önemli bir üstünlük noktası olabilir.

2.2. HİPOTEZLER

Yukarıda açıklanan araştırma amaçları için aşağıdaki hipotezler kurulmuş ve test edilmiştir.

- H1.** Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkında genel bilgileri kabullenme düzeyleri cinsiyete göre değişmektedir.
- H2.** Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkında tutumları kabullenme düzeyleri cinsiyete göre değişmektedir.
- H3.** Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkında davranışları kabullenme düzeyleri cinsiyete göre değişmektedir.
- H4.** Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkında genel bilgileri kabullenme düzeyleri medeni duruma göre değişmektedir.
- H5.** Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkında tutumları kabullenme düzeyleri medeni duruma göre değişmektedir.
- H6.** Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkında davranışları kabullenme düzeyleri medeni duruma göre değişmektedir.
- H7.** Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkında genel bilgileri kabullenme düzeyleri ünvana göre değişmektedir.

- H8.** Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkında tutumları kabullenme düzeyleri ünvana göre değişmektedir.
- H9.** Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkında davranışları kabullenme düzeyleri ünvana göre değişmektedir.
- H10.** Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkında genel bilgileri kabullenme düzeyleri sigara kullanma durumuna göre değişmektedir.
- H11.** Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkında tutumları kabullenme düzeyleri sigara kullanma durumuna göre değişmektedir.
- H12.** Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkında davranışları kabullenme düzeyleri sigara kullanma durumuna göre değişmektedir.
- H13.** Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkında genel bilgileri kabullenme düzeyleri alkol kullanma durumuna göre değişmektedir.
- H14.** Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkında tutumları kabullenme düzeyleri alkol kullanma durumuna göre değişmektedir.
- H15.** Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkında davranışları kabullenme düzeyleri alkol kullanma durumuna göre değişmektedir.

- H16.** Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkında genel bilgileri kabullenme düzeyleri kronik hastalık durumuna göre değişmektedir.
- H17.** Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkında tutumları kabullenme düzeyleri kronik hastalık durumuna göre değişmektedir.
- H18.** Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkında davranışları kabullenme düzeyleri kronik hastalık durumuna göre değişmektedir.
- H19.** Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkında genel bilgileri kabullenme düzeyleri kanser hastalığı durumuna göre değişmektedir.
- H20.** Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkında tutumları kabullenme düzeyleri kanser hastalığı durumuna göre değişmektedir.
- H21.** Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkında davranışları kabullenme düzeyleri kanser hastalığı durumuna göre değişmektedir.
- H22.** Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkında tutumları ve davranışları arasında anlamlı ilişkiler vardır.
- H23.** Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkında davranış skorları üzerinde periyodik sağlık muayeneleri ve Tarama Rehberi hakkındaki genel bilgi ve tutum düzeylerinin etkisi vardır.

H24. Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkında davranış skorları üzerinde periyodik sağlık muayeneleri ve Tarama Rehberi hakkındaki genel bilgi ifadeleri skorlarının etkisi vardır.

H25. Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkında davranış skorları üzerinde periyodik sağlık muayeneleri ve Tarama Rehberi hakkındaki tutum ifadeleri skorlarının etkisi vardır.

2.3. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evrenini çalışmanın yapıldığı tarihte Aile Hekimliği Uzaktan Eğitim Platformu’na (AHUZEM) kayıtlı 20.518 aile hekimi oluşturmaktadır. Araştırmada herhangi bir örneklem yöntemi kullanılmamıştır. Tüm evrene ulaşmak hedeflenmiştir. Araştırma için geliştirilen soru formu AHUZEM’e online olarak yüklenmiş ve aile hekimlerinin soru formunu doldurması için gerekli bilgiler sunulmuştur. Soru formu AHUZEM üzerinde 23 Ocak 2014-13 Şubat 2014 tarihleri arasında 20 gün süreyle tutulmuştur. Araştırma sonunda 5.183 aile hekimi uzaktan eğitim sisteminde yer alan soru formunu tamamen yanıtlamıştır. Dolayısı ile çalışmada evrenin %25,26’sına ulaşılmıştır.

2.4. VERİ ÖLÇÜM ARACI

Bu araştırma, anket esasına dayalı kantitatif ve tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırmada verisi anket yöntemi ile elde edilmiştir. Araştırmada kullanılan soru formu (Ek 1) henüz mevzuat ile uygulamaya geçirilmemiş “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” ve ilgili literatür incelemesi yapılarak oluşturulmuştur. Soru formu hazırlanırken “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde erişkine yönelik hazırlanmış olan öneriler dikkate alınmıştır. Soru formu 4 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde aile hekimlerinin kişisel, demografik ve sağlık bilgilerine ilişkin açık ve kapalı uçlu sorulara yer verilmiştir. İkinci bölümde aile hekimlerinin “Aile Hekimliği

Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan önerilere yönelik bilgi düzeylerini belirlemek için genel bilgilere ilişkin sorulara ve periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberleri ilişkin görüş sorularına yer verilmiştir. Görüş kısmında 8 soru yer almakta olup 2 soru evet, hayır şeklinde kapalı uçlu soru olarak sorulmuştur. Genel bilgi bölümünde ise 14 soru yer almaktadır. Bu sorulardan 5 soru, hekimlerin bilgilerini test etmek için yanlış (ifadelerde yanlış değerler kullanılmıştır) sorulmuştur (B12, B13, B15, B17 ve B19). Analizleri sırasında ise ters skorlama yapılmıştır. Görüş soruları içerisindeki 2 soru hariç ve genel bilgi sorularıda dahil olmak üzere tüm sorular 5’li Likert ölçeğini (1: Kesinlikle katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Emin değilim, 4: Katılıyorum, 5: Kesinlikle katılıyorum) esas alan kapalı uçlu sorulardan oluşmaktadır. Soru formunun üçüncü bölümünde aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan önerilere yönelik tutumlarını belirlemek üzere 5’li Likert ölçeğine (1: Kesinlikle katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Emin değilim, 4: Katılıyorum, 5: Kesinlikle katılıyorum) göre oluşturulan 15 soru yer almaktadır. Araştırma soru formunun dördüncü ve son bölümü ise aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan önerilere yönelik kendi davranışlarını belirlemek için oluşturulan 15 sorudan oluşmaktadır. Davranışları belirlemek için hazırlanan soruların ölçümünde 5’li Likert ölçeği (1: Hiçbir zaman, 2: Nadiren, 3: Bazen, 4: Sıklıkla, 5: Her zaman) kullanılmıştır. Bilgi düzeyini ölçmeye ilişkin sorularda skor 5 değerine yaklaştıkça bilgi düzeyi yüksek, 1 değerine yaklaştıkça bilgi düzeyi düşük olarak değerlendirilmiştir. Benzer şekilde davranış ve tutumları belirlemeye yönelik sorularda skor 5 değerine yaklaştıkça yüksek tutum ve davranış, 1 değerine yaklaşıp düşük tutum ve davranış olarak ele alınmıştır.

Veri ölçüm aracı sisteme yüklenmeden önce Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’nda görevli 10 hekim üzerinde 13-17 Ocak 2014 tarihleri arasında uygulanmıştır. Hekimlerden ankette yer alan soruları cevaplamaları ve anlaşılmayan ifadeleri belirtmeleri talep edilmiştir. Elde edilen geri bildirimler sonrasında soru formunda gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

Araştırmada 5’li Likert ölçeğinin kullanıldığı ifadeler için iç tutarlılık katsayıları (Cronbach’s Alpha) hesaplanmıştır. Yapılan güvenilirlik analizi sonucunda aile

hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek için oluşturulan soruların güvenilirlik katsayısı 0,862, tutumlarını belirlemek için hazırlanan soruların güvenilirlik katsayısı 0,857 ve davranışlarını belirlemek için hazırlanan sorunların güvenilirlik katsayısı 0,835 olarak hesaplanmıştır.

2.5. VERİ TOPLAMA SÜRECİ

Araştırmanın evrenini çalışmanın yapıldığı tarihte AHUZEM’e kayıtlı 20.518 aile hekimi oluşturmaktadır. Veri toplama sürecinde hekimlere ulaşabilmek için Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) Aile Hekimliği Eğitim ve Geliştirme Daire Başkanlığı bünyesinde bulunan AHUZEM (Aile Hekimleri Uzaktan Eğitim Platformu) kullanılmıştır. Aile hekimlerinin yanıtlarının alınması amacıyla soru formu 23 Ocak 2014-13 Şubat 2014 tarihleri arasında 20 gün süre sistemde yer almıştır. Bu sayede 20 gün boyunca aile hekimlerinin gönüllülük esasına göre katılımı sağlanmıştır. AHUZEM’de yer alan anket görüntüleri ise Ek 2’de yer almaktadır.

AHUZEM “Aile Hekimlerinin Sürekli Mesleki Gelişim Eğitimleri”nin sürdürülmesi ve bu kapsamda aile hekimliği uygulamasına farklı alanlardan gelen hekimlerin benzer klinik bilgiye sahip olmaları amacı ile 01.12.2012 tarihinde Yıldırım Beyazıt Üniversitesi ile protokol imzalanarak saha da aktif olarak aile hekimliği yapan ve 1. Aşama Uyum eğitimini tamamlayan aile hekimlerinin ve aile hekimliği uzmanlarının kullanımına sunulmuş bir sistemdir.

Ulusal Akademik Ağ ve Bilgi Merkezi (ULAKBİM) üzerinden iletişim altyapısı sağlanan AHUZEM’e iletişim araştırmaya özgü oluşturulmuş soru formu yüklenerek sistemde bulunan tüm aile hekimlerinin çalışmaya katılımları talep edilmiştir. Bu nedenle çalışmada örneklem çekilmemiş olup evrenin içerisinde gönüllülük esasına göre katılım sağlanmıştır.

Sahada çalışan aile hekimlerine soru formunun uygulanabilmesi amacıyla AHUZEM’in kullanımını için Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) Aile Hekimliği Eğitim ve Geliştirme Daire Başkanlığı bünyesinde yer alan birinci basamakta yapılacak olan saha

araştırmalarının incelenmesi amacı ile oluşturulmuş olan “Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonunu”na başvuruda bulunulmuş ve komisyon onayı alınmıştır. Araştırmanın THSK tarafından da desteklenmesi nedeniyle verilen onaya, karar tutanağında yer verilmiştir. Etik kurul izni ise T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan alınmıştır (Ek 3).

Tablo 8. İllere Göre Toplam Aile Hekimi Sayısı, Anket Uygulanan Aile Hekimi Sayı ve Yüzdesi

İL ADI	Toplam Aile Hekimi Sayısı	Anket Uygulanan Aile Hekimi Sayısı	Anket Uygulanan Aile Hekimi Yüzdesi	İL ADI	Toplam Aile Hekimi Sayısı	Anket Uygulanan Aile Hekimi Sayısı	Anket Uygulanan Aile Hekimi Yüzdesi
Adana	601	159	26,45	Kahramanmaraş	289	89	30,79
Adıyaman	172	35	20,34	Karabük	67	20	29,85
Afyonkarahisar	203	57	28,07	Karaman	74	24	32,43
Ağrı	116	11	9,48	Kars	70	5	7,142
Aksaray	110	34	30,90	Kastamonu	100	27	27,00
Amasya	97	24	24,74	Kayseri	370	116	31,35
Ankara	1291	375	29,04	Kırkkale	83	21	25,30
Antalya	563	176	31,26	Kırklareli	96	29	30,20
Ardahan	27	7	25,92	Kırşehir	68	21	30,88
Artvin	49	17	34,69	Kilis	36	8	22,22
Aydın	286	111	38,81	Kocaeli	436	113	25,91
Balıkesir	326	110	33,74	Konya	566	166	29,32
Bartın	60	15	25,00	Kütahya	168	44	26,19
Batman	141	20	14,18	Malatya	213	75	35,21
Bayburt	26	4	15,38	Manisa	394	137	34,77
Bilecik	62	16	25,80	Mardin	185	43	23,24
Bingöl	67	8	11,94	Mersin	482	130	26,97
Bitlis	76	13	17,10	Muğla	243	89	36,62
Bolu	85	26	30,58	Muş	90	7	7,77

İL ADI	Toplam Aile Hekimi Sayısı	Anket Uygulanan Aile Hekimi Sayısı	Anket Uygulanan Aile Hekimi Yüzdesi	İL ADI	Toplam Aile Hekimi Sayısı	Anket Uygulanan Aile Hekimi Sayısı	Anket Uygulanan Aile Hekimi Yüzdesi
Burdur	79	28	35,44	Nevşehir	86	28	32,55
Bursa	739	202	27,33	Niğde	100	36	36,00
Çanakkale	135	45	33,33	Ordu	188	46	24,46
Çankırı	46	12	26,08	Osmaniye	144	45	31,25
Çorum	164	50	30,48	Rize	92	20	21,73
Denizli	274	94	34,30	Sakarya	251	62	24,70
Diyarbakır	411	84	20,43	Samsun	355	88	24,78
Düzce	95	16	16,84	Siirt	79	15	18,98
Edirne	113	20	17,69	Sinop	57	18	31,57
Elazığ	165	34	20,60	Sivas	172	24	13,95
Erzincan	65	23	35,38	Şanlıurfa	463	62	13,39
Erzurum	219	39	17,80	Şırnak	111	10	9,00
Eskişehir	221	61	27,60	Tekirdağ	229	74	32,31
Gaziantep	496	141	28,42	Tokat	171	45	26,31
Giresun	122	28	22,95	Trabzon	232	71	30,60
Gümüşhane	38	6	15,78	Tunceli	23	3	13,04
Hakkari	48	5	10,41	Uşak	108	26	24,07
Hatay	421	113	26,84	Van	246	14	5,69
Iğdır	53	13	24,52	Yalova	55	14	25,45
İsparta	129	43	33,33	Yozgat	127	40	31,49
İstanbul	3519	671	19,06	Zonguldak	167	37	22,15
İzmir	1129	295	26,12				
				TOPLAM	20.525	5.183	25,32

Tablo 8’de illerdeki toplam aile hekimi sayıları, araştırmada anket uygulanan aile hekimi sayıları ve yüzdelerini göstermektedir. Araştırma sonucunda 20.518 aile hekiminden 5.183 aile hekimine anket uygulanmıştır. Bu sonuç evrenin % 25,26’sına ulaşıldığını göstermektedir.

Bu veri üzerinden aile hekimlerine ulaşma yüzdeleri hesaplandığında % 5,69 ile % 38,81 arasında değişmektedir. Ülke genelinde ise aile hekimlerinin % 25,25'ine ulaşılmıştır.

2.6. VERİ ANALİZİ

Araştırma sonucunda elde edilen veriler SPSS (Statistical Package Program for Social Science) 22.0 yazılım programında bilgisayar ortamına aktarılmış ve gerekli istatistiksel analizler uygulanmıştır. Soru formunda yer alan ifadelerin ortalama, standart sapma, medyan ve mod gibi tanımlayıcı istatistikleri hesaplanmıştır. Soru formunda açıklandığı üzere aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkındaki genel bilgi, tutum ve davranışlarına ilişkin 5’li Likert ölçeğine göre hazırlanmış sorular yer almaktadır. Yukarıda belirtilen boyutların ortalama skorlarını hesaplamak için ilgili boyut altında yer alan sorulara verilen yanıt değerleri toplanmış ve boyutun altındaki soru sayısına bölünmüştür. Dolayısı ile soru formunda yer alan boyutlar için ortalama boyut skorları üzerinden hareket edilmiştir. Ortalamalar hesaplanırken 2 ve altı değerler düşük, 2,01 ve 2,99 arası orta altı, 3 orta, 3,01 ve 3,99 arası orta üstü, 4 ve üstü değer ise yüksek olarak değerlendirilmiştir. Araştırma hipotezlerini test etmek için “t” testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi, korelasyon analizi ve çok değişkenli regresyon analizi ve çoklu grup karşılaştırmalarında ise post hoc testlerinden LSD testi uygulanmıştır. Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkında davranışlarını etkileyen tutum ve genel bilgi ifadelerini belirlemek için çoklu regresyon analizinden yararlanılmıştır. Regresyon analizinde Enter Yöntemi kullanılmıştır. Veri analizinde ulaşılan kişi sayısının çok olması durumunda normal dağılımın sağlanabileceği (Lumley ve diğ., 2002; Alpar, 2012) olasılığından hareket edilmiştir. Ayrıca regresyon modellerinde elde edilen artık değerlere ilişkin histogram ve p-p grafikleri normal dağılım varsayımını desteklediği görülmüştür.

2.7. SINIRLILIKLAR

Araştırmanın sınırlılıkları aşağıda maddeler halinde özetlenmektedir.

1. Literatür incelemesi sonucunda periyodik sağlık muayenelerine yönelik uluslar arası geçerliliği ve güvenilirliği belirlenmiş bir ölçek bulunamamıştır. Her ülkede periyodik sağlık muayene rehberleri kendi koşullarına göre belirlendiğinden ülkelerin kullandıkları anketler de farklı olmaktadır. Bundan dolayı araştırmada veri ölçüm aracı olan ilgili anket Türkiye'deki periyodik sağlık muayenesine yönelik rehber oluşturma çalışmalarından yararlanılarak oluşturulmuştur. Uluslar arası düzeyde bir veri ölçüm aracının kullanılmamış olması bir sınırlılık olarak değerlendirilebilir.
2. Bu çalışma sadece aile hekimleri üzerine uygulandığından, elde edilen sonuçların Türkiye'deki tüm hekimlere genellenmesi söz konusu değildir.
3. Veri toplama sürecinde internet ortamından yararlanılmıştır. Veri ölçüm aracı internet ortamında 20 gün süreyle tutularak aile hekimlerinin yanıtlamaları sağlanmıştır. Veri ölçüm aracının internet ortamında daha uzun süreli tutulması durumunda araştırmaya katılan aile hekimi sayısının daha fazla olacağı düşünülmektedir.
4. Araştırmada örneklem çekilmemiş, Türkiye'de görev yapan tüm aile hekimlerine ulaşmak hedeflenmiştir. Ancak araştırma sonucunda bazı illerden daha çok bazı illerden ise daha az sayıda aile hekimine anket uygulanmıştır. Bir başka ifade ile illere göre aile hekimlerine ulaşma yüzdesi % 5,69 ile %38,81 arasında değişmiştir. İllere göre ulaşılan aile hekimi oranların birbirine yakın olmaması da bir sınırlılık olarak değerlendirilebilir.

3. BÖLÜM: BULGULAR

Aşağıda yer alan tablolarda aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” ne yönelik bilgi, tutum, davranış, görüşlerinin ve demografik durumlarının değerlendirildiği ayrıca bağımsız değişkenler ile bağımlı değişkenlerin ve bilgi, davranış ve tutum skorlarının birbiriyle karşılaştırıldığı istatistiksel analizler yer almaktadır.

Tablo 9. Aile Hekimlerinin Demografik Özelliklere Göre Dağılımı (N=5183)

Özellik	Sayı	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Erkek	3743	72,21
Kadın	1440	27,79
Medeni Durum		
Evli	4482	86,47
Bekâr	701	13,53
Unvan		
Pratisyen Hekim	5133	99,03
Aile Hekimi Uzmanı	50	0,97
Sigara Kullanma Durumu		
Sigara Kullanmayan	2813	54,27
Sigara Kullanan	1286	24,81
Sigara Kullanmış Olup 1 Yıl veya Daha Öncesinde Bırakmış Olan	1084	20,92
Alkol Kullanma Durumu		
Alkol Kullanmayan	3748	72,31
Alkol Nadiren Kullanan	1292	24,92
Alkolü Düzenli Kullanan	143	2,77
Kronik Hastalık Durumu		
Kronik Hastalığı Olan	1172	77,38
Kronik Hastalığı Olmayan	4011	22,62
Kanser Hastalığı Durumu		
Kanser Hastası Olmayan	5098	98,36
Kanser Hastası Olan	85	1,64

Tablo 9 araştırma kapsamında ulaşılan aile hekimlerinin demografik özelliklere göre sayı ve yüzde dağılımını göstermektedir. Araştırmaya katılan 5183 aile hekimin 3743 (% 72,21)'ü erkek, 1440 (% 27,79)'u kadındır. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %86'47'si evlidir. 5183 aile hekiminin 5133 (% 99,03)'ü pratisyen hekimdir. 50 aile hekimisi ise aile hekimisi uzmanı unvanına sahiptir. Aile hekimlerinin % 54,27'si sigara, % 72,31'i alkol kullanmamaktadır. 1172 aile hekimisi herhangi bir kronik hastalığa sahip olduğunu belirtirken, 85 aile hekimisi ise kanser hastası olduğuna işaret etmiştir.

Tablo 10. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkında Görüşlerinin Görüntüsü

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkında Görüş İfadeleri	Ortalama	Medyan	Mod
G3. Birinci basamakta periyodik sağlık muayenesi hasta açısından önemlidir.	4,12	4,00	5
G4. Birinci basamakta periyodik sağlık muayenesi hekim açısından önemlidir.	4,02	4,00	5
G5. Periyodik sağlık muayenesi hastalıkların erken dönem tespit ve tedavisinde etkilidir.	4,19	5,00	5
G6. Periyodik sağlık muayenesi, aile hekimliği uygulaması içerisinde pozitif performans ile zorunlu hale getirilmelidir.	2,64	3,00	1
G7. Periyodik sağlık muayenesi, aile hekimliği uygulaması içerisinde negatif performans ile zorunlu hale getirilmelidir.	1,94	1,00	1
G8. Ülkemiz için Birinci Basamakta Periyodik Sağlık Muayene Rehberinin kullanılması faydalıdır.	3,81	4,00	4

Tablo 10 aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkındaki görüşlerini belirlemek için hazırlanan ifadelerin tanımlayıcı istatistiklerini göstermektedir. Tablo 10 incelendiğinde, aile hekimlerinin birinci basamakta periyodik sağlık muayenesini hastalar açısından yüksek düzeyde önemli gördüğü saptanmıştır (\bar{x} : 4,12). Hekimlerinin % 78,1’i bu ifadeye katılıyor ve kesinlikle katılıyor şeklinde yanıt vermiştir. “*Birinci basamakta periyodik sağlık muayenesi hastalar açısından önemlidir*” ifadesine yönelik aile hekimlerinin verdikleri yanıtın ortalamasının 5’e yakın olması hekimlerin periyodik sağlık muayenesini hastalar açısından oldukça önemli gördüğüne işaret etmektedir.

Aile hekimleri periyodik sağlık muayenesini hekimler açısından da önemli görmektedir (\bar{x} : 4,02). Hekimlerinin % 74,3’ü bu ifadeye katılıyor ve kesinlikle katılıyor şeklinde yanıt vermiştir. Dolayısı ile aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesini hasta ve hekim açısından önemli gördüğü söylenebilir.

Aile hekimleri “*Periyodik sağlık muayenesi hastalıkların erken dönem tespit ve tedavisinde etkilidir*” ifadesine ise bu araştırmada elde edilen en yüksek ortalama (\bar{x} : 4,19) ile yanıt vermişlerdir. Hekimlerin % 81,3’ünün “*Periyodik sağlık muayenesi hastalıkların erken dönem tespit ve tedavisinde etkilidir*” ifadesine katılıyor ve kesinlikle katılıyor şeklinde yanıt vermiştir.

Periyodik sağlık muayenesinin Türkiye’de pozitif ya da negatif performans ile zorunlu olarak uygulamaya geçirilmesi konusunda hekimlerin düşüncelerini değerlendirilmek için öncelikli olarak aile hekimlerine “*Periyodik sağlık muayenesi, aile hekimliği uygulaması içerisinde pozitif performans ile zorunlu hale getirilmelidir*” Şeklinde ifade yönlendirilmiştir. Aile hekimleri bu ifadeye 2,64 ortalama ile katıldıklarını belirtmişlerdir. Hekimlerin % 68,6’sının pozitif performans ile PSM’nin zorunlu hale getirilmesini istemedikleri saptanmıştır. Hekimlere “*Periyodik sağlık muayenesi, aile hekimliği uygulaması içerisinde negatif performans ile zorunlu hale getirilmelidir*” Şeklindeki ifade yönlendirildiğinde ise verilen yanıtların ortalaması görüş ifadelerine verilen en düşük ortalama sahiptir (\bar{x} : 1,94).

Aile hekimlerinin “*lkemiz için Birinci Basamakta Periyodik Sağlık Muayene Rehberinin kullanılması*” faydalıdır” ifadesini verdikleri yanıtların ortalaması orta üstü olarak bulunmuştur (\bar{x} : 3,81).

Ayrıca araştırma veri ölçüm aracı olarak hazırlanan soru formunda aile hekimlerine Türkiye için önerilen birinci basamakta periyodik sağlık muayene rehberi hakkında bilgi sahibi olup olmadıkları da sorulmuştur. Araştırma sonucunda 2533 (% 48,9) aile hekimi rehber hakkında bilgi sahibi olduğunu, 2650 (% 51,1) aile hekimi ise rehber hakkında bilgi sahibi olmadıklarını belirtmiştir. Böylece araştırma kapsamında ulaşılan 5183 aile hekimin yarısından azının periyodik sağlık muayenesi rehberi hakkında bilgi sahibi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmada aile hekimlerinin dünyanın değişik ülkelerinde yayınlanıp uygulanan birinci basamaktaki periyodik sağlık muayene rehberleri hakkında bilgi sahibi olup olmadıkları da sorgulanmıştır. Araştırma sonucunda 5183 aile hekiminden 1171 (% 26,6)’i bilgi sahibi olduğunu belirtirken, 4012 (% 74,4)’si bilgi sahibi olmadıklarını belirtmiştir. Bu bulgular ışığında her 4 aile hekiminden 1 aile hekiminin diğer ülkelerdeki periyodik sağlık muayene rehberleri hakkında bilgi sahibi olduğu sonucu elde edilmiştir.

Tablo 11. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkında Genel Bilgilerinin Görüntüsü

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkında Genel Bilgi İfadeleri	Ortalama	Medyan	Mod
B9. Periyodik sağlık muayenesi kardiyovasküler hastalıkların erken dönem tanısı ve tedavisinde etkilidir.	3,86	4,00	4
B10. 06-65 yaş grubu bireylerde obezitenin önlenmesi, metabolik sendrom değerlendirilmesi amacıyla yılda bir kez ağırlık, boy, Beden Kitle İndeksi (BKI) ve bel çevresi ölçümleri önemlidir.	3,76	4,00	4
B11. Düzenli fiziksel aktivite obezitenin önlenmesi, kemik sağlığının korunması amacı ile periyodik muayene sırasında sorgulanmalıdır.	3,93	4,00	4
B12. 35-80 yaş grubu erişkinlerde günde 81 mg aspirin alınması önemlidir.	2,51	2,00	2
B13. 25 yaşından büyük yetişkinlerde başvuru sebebinden bağımsız olarak yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçümü önemlidir.	1,95	2,00	1
B14. 18 yaşından büyük tüm kişilerde hiperlipidemi, kardiyovasküler olay, diabetes mellitusun erken tanısı amaçlı beş yılda bir serum lipit profili taramasının yapılması önemlidir.	3,83	4,00	4
B15. 35 yaşın üzerindeki tüm erişkinlere on yılda bir tiroid fonksiyon testlerinin (TFT) yapılması önemlidir.	2,08	2,00	2
B16. Obez veya kilolu ($BKI \geq 25$ kg/m ²) ve özellikle santral obezitesi (bel çevresi kadında >88 cm, erkekte >102 cm) olan kişilerde 45 yaşından itibaren	4,06	4,00	4
B17. 50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinlerde kolorektal kanserin erken tanısı amacıyla iki yılda bir gaitada gizli kan testi yapılması önemlidir.	1,98	2,00	2
B18. 50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinlerde her on yılda bir gaitada gizli kan testinin yanısıra kolonoskopi yapılması önemlidir.	3,87	4,00	4
B19. 40-65 yaş arası kadınlarda her beş yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yapılması önemlidir.	1,97	2,00	2
B20. 20 yaş üstü kadınlarda meme kanserinin erken tanısı amacıyla kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi verilmesi ve ayda bir kez uygulamasının önerilmesi önemlidir.	4,11	4,00	5
B21. 40-69 yaş arası tüm kadınlarda iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yapılması önemlidir.	3,95	4,00	4
B22. Ailesinde prostat kanseri hikayesi olan 40 yaşından büyük erkekler ve aile hikayesi olmayan 50 yaşından büyük erkeklerde prostat kanseri ile ilgili kişinin bilgilendirilmesi ve bir üroloji uzmanına yönlendirilmesi gerekmektedir.	4,07	4,00	4
GENEL BİLGİ SKOR	3,28	3,29	3,29

Tablo 11 aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkındaki genel bilgilerini belirlemek için hazırlanan ifadelerin tanımlayıcı istatistiklerini göstermektedir. Aile hekimlerinin “*Periyodik sağlık muayenesi kardiyovasküler hastalıkların erken dönem tanısı ve tedavisinde etkilidir*” (\bar{x} :

3,86), “06-65 yaş grubu bireylerde obezitenin önlenmesi, metabolik sendrom değerlendirilmesi amacıyla yılda bir kez ağırlık, boy, Beden Kitle İndeksi (BKI) ve bel çevresi ölçümleri önemlidir” (\bar{x} : 3,76) ve “Düzenli fiziksel aktivite obezitenin önlenmesi, kemik sağlığının korunması amacı ile periyodik muayene sırasında sorgulanmalıdır” (\bar{x} : 3,93) ifadelerine verdikleri yanıtların ortalaması orta üstü olarak belirlenmiştir. “35-80 yaş grubu erişkinlerde günde 81 mg aspirin alınmasını” ifadesine yönelik ise aile hekimlerinin verdikleri yanıtların ortalaması orta altı olarak saptanmıştır (\bar{x} : 2,51). Aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesi rehberinde yer alan önerilere ilişkin bilgi düzeyleri ölçülürken bazı ifadelerin yanlış sunulduğu gereç yöntemde belirtilmiştir. Bu ifadenin yanlış olarak düzenlenmesinden dolayı ortalamanın 2,51 olarak çıkması anlamlı olarak değerlendirilmiştir. “45-80 yaş grubu erişkinlerde günde 81 mg aspirin alınmasını önemlidir” ifadesi ise doğru bilgidir. “25 yaşından büyük yetişkinlerde başvuru sebebinden bağımsız olarak yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçümü önemlidir” ifadesine hekimlerin verdikleri yanıtların ortalaması düşük olarak bulunmuştur (Ortalama: 1,95). Aspirin kullanımı için sorulan soruda olduğu gibi bu ifadede de yanlış bilgi sunulmuştur. İfadenin doğrusu “18 yaşından büyük yetişkinlerde başvuru sebebinden bağımsız olarak yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçümü önemlidir” şeklindedir. “18 yaşından büyük tüm kişilerde hiperlipidemi, kardiyovasküler olay, diabetes mellitusun erken tanısı amaçlı beş yılda bir serum lipit profili taramasının yapılması önemlidir” ifadesine aile hekimlerinin verdikleri yanıtların ortalaması orta üstü olarak saptanmıştır (\bar{x} : 3,83). “35 yaşın üzerindeki tüm erişkinlere on yılda bir tiroid fonksiyon testlerinin (TFT) yapılması önemlidir” ifadesine hekimlerin verdikleri yanıtların orta altı olarak saptanması (\bar{x} : 2,08) olumlu olarak değerlendirilmektedir. İfadenin doğrusu “35 yaşın üzerindeki tüm erişkinlere beş yılda bir tiroid fonksiyon testlerinin (TFT) yapılması önemlidir” şeklindedir. “Obez veya kilolu ($BKI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) ve özellikle santral obezitesi (bel çevresi kadında $>88 \text{ cm}$, erkekte $>102 \text{ cm}$) olan kişilerde 45 yaşından itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yapılması önemlidir” ifadesine aile hekimlerinin verdikleri yanıtların ortalaması yüksek bulunmuştur (\bar{x} : 4,06). “50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinlerde kolorektal kanserin erken tanısı amacıyla iki yılda bir gaitada gizli kan testi yapılması önemlidir” ifadesine hekimlerin verdikleri yanıtların düşük olarak saptanması (\bar{x} : 1,98) olumlu olarak değerlendirilmektedir. İfadenin doğrusu “50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinlerde kolorektal kanserin erken

tanısı amacıyla yılda bir gaitada gizli kan testi yapılması önemlidir” şeklindedir. “50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinlerde her on yılda bir gaitada gizli kan testinin yanısıra kolonoskopi yapılması önemlidir” ifadesine hekimlerin verdikleri yanıtların ortalaması orta üstü olarak belirlenmiştir (\bar{x} : 3,87). “40-65 yaş arası kadınlarda her beş yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yapılması önemlidir” ifadesine hekimlerin verdikleri yanıtların düşük olarak saptanması (\bar{x} : 1,97) olumlu olarak değerlendirilmektedir. Aile hekimlerine yanlış bilgi olarak sunulan ifadenin doğrusu “30-65 yaş arası kadınlarda her beş yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yapılması önemlidir” şeklindedir. “20 yaş üstü kadınlarda meme kanserinin erken tanısı amacıyla kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi verilmesi ve ayda bir kez uygulamasının önerilmesi önemlidir” ifadesine verilen yanıtların ortalaması yüksek bulunmuştur (\bar{x} : 4,11). “40-69 yaş arası tüm kadınlarda iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yapılması önemlidir” ifadesine verilen yanıtların ortalaması orta üstü olarak saptanmıştır (\bar{x} : 3,95). Son olarak “Ailesinde prostat kanseri hikâyesi olan 40 yaşından büyük erkekler ve aile hikâyesi olmayan 50 yaşından büyük erkeklerde prostat kanseri ile ilgili kişinin bilgilendirilmesi ve bir üroloji uzmanına yönlendirilmesi gerekmektedir” ifadesine yönelik verilen yanıtların ortalaması ise yüksek bulunmuştur (\bar{x} : 4,07). Aile hekimlerinin bilgilerini değerlendirmek üzere sorgulanan ifadelerden en yüksek ortalamaya “20 yaş üstü kadınlarda meme kanserinin erken tanısı amacıyla kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi verilmesi ve ayda bir kez uygulamasının önerilmesi önemlidir” ifadesi sahiptir.

Yukarıda yer alan ifadelere verilen yanıtlardan hareketle aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesi rehberlerine ilişkin genel bilgi düzeyleri saptanmıştır. Genel bilgi skoru 3,28 olarak hesaplanmıştır. Bu bulgu aile hekimlerinin genel bilgi düzeylerinin orta düzeyde olduğunu gösterebilir. Ayrıca medyan ve mod istatistiklerinin ortalamaya yakın olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 12. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkında Tutumlarının Görüntüsü

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkında Tutumları	Ortalama	Medyan	Mod
T1. Ailesel öyküsü olan 40 yaş altı bireylerde ailesel öyküsü olmayan 40 yaş üstü bireylerde ise düzenli olarak kardiovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	3,80	4,00	4
T2. 06-65 yaş grubu bireylerde ağırlık, boy, (BKI) Beden Kitle İndeksi ölçümleri yılda bir yapılmalıdır.	3,77	4,00	4
T3. 06-65 yaş grubu bireylerde yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlerini yapılmalıdır.	3,68	4,00	4
T4. Düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (30 dakika tempolu yürüyüş) yapılmalıdır.	3,77	4,00	5
T5. 45-80 yaş grubu bireyler her gün düzenli olarak aspirin almalıdır.	3,07	3,00	3
T6. 18 yaşından büyük tüm bireyler yılda en az 1 (bir) kez tansiyon arteriyel ölçümü yaptırmalıdır.	3,96	4,00	5
T7. 35 yaşından büyük tüm bireylerde serum lipit düzeyine bakılmalıdır.	3,88	4,00	5
T8. 35 yaşın üzerindeki tüm erişkinler beş yılda bir tiroid fonksiyon testi (TFT) yaptırmalıdır.	3,84	4,00	5
T9. Obez veya kilolu olan kişiler 45 yaşın itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yaptırmalıdır.	3,98	4,00	5
T10. 50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinler yılda bir gaitada gizli kan testi yaptırmalıdır.	3,23	4,00	5
T11. 50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinler her on yılda bir kolonoskopi yaptırmalıdır.	3,08	3,00	1
T12. 30-65 yaş arası kadınlar her beş yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırmalıdır.*	4,06	4,00	5
T13. 20 yaş üstü kadınlar kendi kendine meme muayenesini ayda bir kez uygulamalıdır.*	4,15	5,00	5
T14. 40-69 yaş arası tüm kadınlar yılda bir hekim tarafından rutin klinik muayene yaptırmalı ve iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi çektirmelidir.*	3,97	4,00	5
T15. 40 yaşın üstündeki erkekler prostat kanserinin erken tanısı amacıyla yönelik üroloji uzmanına başvurmalıdır.**	3,50	4,00	5
TUTUM SKOR	3,47	3,20	4,00

*: Sadece kadınların yanıtlaması gerekmektedir (1440 kadın aile hekimi)

** : Sadece erkeklerin yanıtlanması gerekmektedir (3743 erkek aile hekimi)

Tablo 12 aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkındaki tutumlarını belirlemek için hazırlanan ifadelerin tanımlayıcı istatistiklerini göstermektedir. Daha öncede belirtildiği üzere soru formunda tutumları belirlemek için kullanılan 5’li Likert ölçeğinde 5 değeri kesinlikle

katılıyorum, 1 değeri kesinlikle katılmıyorumu temsil etmektedir. Dolayısı ile bu bölümde skorlar, 5 değerine yaklaştıkça periyodik muayene ve ülkemize özgü hazırlanmış rehberde yer alan bilgileri tutumlarına da yansıtma yönünde olduklarını, 1 değerine yaklaştıkça ise tam tersi olarak daha az tutum sahibi oldukları yani mevcut koşullar altında yukarıdaki kararları seçme eğilimlerinin düşük olduğunu göstermiştir. Tablo 12 incelendiğinde, aile hekimlerinin *“Ailesel öyküsü olan 40 yaş altı bireylerde ailesel öyküsü olmayan 40 yaş üstü bireylerde ise düzenli olarak kardiovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi yapılmalıdır”* *“06-65 yaş grubu bireylerde ağırlık, boy, (BKI) Beden Kitle İndeksi ölçümleri yılda bir yapılmalıdır, “06-65 yaş grubu bireylerde yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlerimi yapılmalıdır”, “Düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (30 dakika tempolu yürüyüş) yapılmalıdır”, “18 yaşından büyük tüm bireyler yılda en az 1 (bir) kez tansiyon arteriyel ölçümü yaptırmalıdır”, “35 yaşından büyük tüm bireylerde serum lipit düzeyine bakılmalıdır”, “Obez veya kilolu olan kişiler 45 yaşın itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yaptırmalıdır”, “40-69 yaş arası tüm kadınlar yılda bir hekim tarafından rutin klinik muayene yaptırmalı ve iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi çektirmelidir (sadece kadın aile hekimleri için geçerlidir)” ve “40 yaşın üstündeki erkekler prostat kanserinin erken tanısı amacıyla yönelik üroloji uzmanına başvurmalıdır (sadece erkek aile hekimleri için geçerlidir)” ifadelerine verdikleri yanıtların ortalaması orta üstü olarak belirlenmiştir. “30-65 yaş arası kadınlar her beş yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırmalıdır” (\bar{x} : 4,06) ve “20 yaş üstü kadınlar kendi kendine meme muayenesini ayda bir kez uygulamalıdır” (\bar{x} : 4,15) ifadesine yönelik kadın aile hekimlerinin verdikleri yanıtların ortalaması ise yüksek bulunmuştur. Hekimlerin “50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinler yılda bir gaitada gizli kan testi yaptırmalıdır” (\bar{x} : 3,23) ve “50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinler her on yılda bir kolonoskopi yaptırmalıdır” (\bar{x} : 3,08) ifadelerine verdikleri yanıtların ortalaması ise orta üstü olarak saptanmakla birlikte orta değere daha yakındır. Hekimlerin tutum ifadeleri arasında en düşük yanıt ortalaması “45-80 yaş grubu bireyler her gün düzenli olarak aspirin almalıdır” (\bar{x} : 3,07) ifadesidir.*

Aile hekimlerinin yukarıda açıklanan ifadelere yönelik genel tutum ortalaması ise 3,47 olarak hesaplanmıştır. Bu ortalama davranışlara ait ortalamadan daha yüksek olarak saptanmıştır.

Tablo 13. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkında Davranışlarının Görüntüsü

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkında Davranışları	Ortalama	Medyan	Mod
D1.Kardiovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi yaptırım.	3,38	3,00	4
D2.Yılda en az bir kez ağırlık, boy ve (BKI) Beden Kitle İndeksi ölçümlerimi yaptırım.	3,57	4,00	4
D3.Yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlerimi yaptırım.	3,39	3,00	3
D4.Düzenli olarak günlük fiziksel aktivitede (tempolu yürüyüş vb.) yaparım.	3,39	3,00	3
D5.Günde 81 mg aspirin düzenli olarak kullanırım.	2,27	2,00	1
D6.Arteriyel tansiyonumu son 1 yıl içinde en az 1 kez olmak üzere düzenli olarak ölçtürürüm.	3,70	4,00	5
D7.5 yılda bir serum lipit düzeyime baktırım.	3,75	4,00	5
D8.5 yılda bir troid fonksiyon testlerini yaptırım.	3,60	4,00	5
D9.3 yılda bir açlık kan şekere (AKŞ) baktırım.	3,76	4,00	5
D10.Her yıl gaitada gizli kan testi yaptırım.	2,16	2,00	1
D11.10 yılda 1 kolonoskopi yaptırım.	2,01	1,00	1
D12.5 yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırım.*	2,81	3,00	1
D13.Ayda 1 kez kendi kendime meme muayenesi yaparım (20 yaş üstü iseniz).*	3,43	4,00	5
D14.2 yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yaptırım (40-69 yaş arası).*	2,57	2,00	1
D15.Prostat kanserinin erken tanısı amaçlı üroloji uzmanına başvururum (40 yaş üstü iseniz).**	2,27	2,00	1
DAVRANIŞ SKOR	2,65	2,66	2,40

*: Sadece kadınların yanıtlaması gerekmektedir (1440 kadın aile hekimi)

** : Sadece erkeklerin yanıtlaması gerekmektedir (3743 erkek aile hekimi)

Tablo 13 aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkındaki davranışlarını belirlemek için hazırlanan ifadelerin tanımlayıcı istatistiklerini göstermektedir. Daha öncede belirtildiği üzere soru

formunda davranışları belirlemek için kullanılan 5’li Likert ölçeğinde 5 değeri her zamanı, 1 değeri hiçbir zamanı temsil etmektedir. Dolayısı bu bölümde skorlar 5 değerine yaklaştıkça davranışın yapılma sıklığının yükseldiğini, 1 değerine yaklaşıp azaldığını göstermektedir. Tablo 13 incelendiğinde, aile hekimlerinin “*Yılda en az bir kez ağırlık, boy ve (BKI) Beden Kitle İndeksi ölçümlerimi yaptırırım*” (\bar{x} : 3,57), “*Arteriyel tansiyonumu son 1 yıl içinde en az 1 kez olmak üzere düzenli olarak ölçtürürüm*” (\bar{x} : 3,70), “*5 yılda bir serum lipit düzeyime baktırırım*” (\bar{x} : 3,60) ve “*3 yılda bir açlık kan şekere (AKŞ) baktırırım*” (\bar{x} : 3,76) ifadelerine yönelik hekimlerin verdikleri yanıtların ortalaması orta üstü olarak saptanmıştır. “*Kardiovasküler hastalıkların erken dönem tanısı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi yaptırırım*” (\bar{x} : 3,38), “*Yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlerimi yaptırırım*” (\bar{x} : 3,39), “*Düzenli olarak günlük fiziksel aktivitede (tempolu yürüyüş vb.) yaparım*” (\bar{x} : 3,39) ve “*Ayda 1 kez kendi kendime meme muayenesi yaparım*” (\bar{x} : 3,43) şeklindeki ifadelerle yönelik verdikleri yanıtların ortalaması ise orta üstü olarak belirlenmiş olmakla birlikte orta değere daha yakındır. Rehberde yer alan “*Günde 81 mg aspirin düzenli olarak kullanırım*” (\bar{x} : 2,27), “*Her yıl gaitada gizli kan testi yaptırırım*” (\bar{x} : 2,16), “*10 yılda 1 kolonoskopi yaptırırım*” (\bar{x} : 2,01), “*5 yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırırım (sadece kadın aile hekimleri için geçerlidir)*” (\bar{x} : 2,81), “*2 yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yaptırırım (40-69 yaş arası ve sadece kadın aile hekimleri için geçerlidir)*” (\bar{x} : 2,57) ve “*Prostat kanserinin erken tanısı amaçlı üroloji uzmanına başvururum (40 yaş üstü ve sadece erkek aile hekimleri için geçerlidir)*” (\bar{x} : 2,27) ifadelerle yönelik hekimlerin ortalaması ise orta altı olarak saptanmıştır.

Elde edilen bulgular incelendiğinde aile hekimlerinin en sık “*3 yılda bir açlık kan şekere (AKŞ) baktırma*” yönünde davranışta bulunacaklarını (\bar{x} : 3,76), en az sıklıkla ise “*10 yılda 1 kolonoskopi yaptırma*” şeklinde davranışta bulunacaklarını (\bar{x} : 2,01) ifade ettikleri söylenebilir. Aile hekimlerinin yukarıda davranışa yönelik yer alan ifadelerin tamamının ortalaması (davranış skoru) ise 2,65 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 14. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkında Genel Bilgilerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkında Genel Bilgi İfadeleri	Erkek (n= 3743)		Kadın (n= 1440)		t	p
	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma		
B9. Periyodik sağlık muayenesi kardiyovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisinde etkilidir.	3,86	1,09	3,88	1,00	-,719	,472
B10. 06-65 yaş grubu bireylerde obezitenin önlenmesi, metabolik sendrom değerlendirilmesi amacıyla yılda bir kez ağırlık, boy, (BKİ) Beden Kitle İndeksi ve bel çevresi ölçümleri önemlidir.	3,73	1,15	3,82	1,05	-2,762	,006*
B11. Düzenli fiziksel aktivite obezitenin önlenmesi, kemik sağlığının korunması amacı ile periyodik muayene sırasında sorgulanmalıdır.	3,91	1,08	3,98	,98	-2,181	,029*
B12. 35-80 yaş grubu erişkinlerde günde 81 mg aspirin alınması önemlidir.	2,51	1,11	2,51	1,01	-,021	,984
B13. 25 yaşından büyük yetişkinlerde başvuru sebebinden bağımsız olarak yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçümü önemlidir.	1,95	1,04	1,94	,97	,264	,792
B14. 18 yaşından büyük tüm kişilerde hiperlipidemi, kardiyovasküler olay, diabetes mellitusun erken tanısı amaçlı beş yılda bir serum lipit profili taramasının yapılması önemlidir.	3,83	1,13	3,85	1,05	-,587	,558
B15. 35 yaşın üzerindeki tüm erişkinlere on yılda bir tiroid fonksiyon testlerinin (TFT) yapılması önemlidir.	2,08	1,06	2,07	,98	,252	,801
B16. Obez veya kilolu (BKİ \geq 25 kg/m ²) ve özellikle santral obezitesi (bel çevresi kadında >88 cm, erkekte >102 cm) olan kişilerde 45 yaşından itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yapılması önemlidir.	4,06	1,02	4,05	,96	,149	,881
B17. 50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinlerde kolorektal kanserin erken tanısı amacıyla iki yılda bir gaitada gizli kan testi yapılması önemlidir.	1,99	1,06	1,95	,96	1,427	,154
B18. 50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinlerde her on yılda bir gaitada gizli kan testinin yanısıra kolonoskopi yapılması önemlidir.	3,86	1,11	3,90	1,01	-1,256	,209
B19. 40-65 yaş arası kadınlarda her beş yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yapılması önemlidir.	1,98	1,03	1,95	,97	1,172	,241
B20. 20 yaş üstü kadınlarda meme kanserinin erken tanısı amacıyla kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi verilmesi ve ayda bir kez uygulamasının önerilmesi önemlidir.	4,11	0,76	4,12	,79	-,281	,779

B21. 40-69 yaş arası tüm kadınlarda iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yapılması önemlidir.	3,95	1,05	3,97	1,01	-,542	,588
B22. Ailesinde prostat kanseri hikayesi olan 40 yaşından büyük erkekler ve aile hikayesi olmayan 50 yaşından büyük erkeklerde prostat kanseri ile ilgili kişinin bilgilendirilmesi ve bir üroloji uzmanına yönlendirilmesi gerekmektedir.	4,06	0,91	4,10	,88	-1,282	,200
GENEL BİLGİ SKOR	3,27	,30	3,29	,28	-1,643	,101

*: p<0,05 anlamlı farklılık

Tablo 14 aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelere ilişkin genel bilgilerinin cinsiyete göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberi hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek için oluşturulan ifadelere verdikleri yanıtların ortalaması (genel bilgi skoru) cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($t=-1,1643$; $p>0,05$). Erkek aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberi hakkındaki genel bilgi skoru 3,27, kadınlarınki ise 3,29 olarak hesaplanmıştır.

“06-65 yaş grubu bireylerde obezitenin önlenmesi, metabolik sendrom değerlendirilmesi amacıyla yılda bir kez ağırlık, boy, (BKI) Beden Kitle İndeksi ve bel çevresi ölçümleri önemlidir” ve “Düzenli fiziksel aktivite obezitenin önlenmesi, kemik sağlığının korunması amacı ile periyodik muayene sırasında sorgulanmalıdır” ifadelerine yönelik aile hekimlerinin verdikleri yanıtların ortalaması cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Dolayısı ile genel bilgiler kısmında aile hekimlerine yöneltilen 14 ifadenin 2’si cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterirken, 12 ifade anlamlı farklılık göstermemektedir. Ayrıca Tablo 14 incelendiğinde kadın aile hekimlerinin verdikleri yanıtların ortalamalarının erkek aile hekimlerinkinden çoğunlukla daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak Hipotez 1 yukarıda belirtilen 2 genel bilgi ifadesi için kabul edilmiş, buna karşılık genel bilgi skoru için reddedilmiştir.

Tablo 15. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkındaki Tutumlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkında Tutum İfadeleri	Erkek (n= 3743)		Kadın (n= 1440)		t	p
	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma		
T1. Ailesel öyküsü olan 40 yaş altı bireylerde ailesel öyküsü olmayan 40 yaş üstü bireylerde ise düzenli olarak kardiyovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	3,79	1,14	3,84	1,14	-1,317	,188
T2. 06-65 yaş grubu bireylerde ağırlık, boy, (BKI) Beden Kitle İndeksi ölçümleri yılda bir yapılmalıdır.	3,73	1,19	3,88	1,12	-4,240	,000*
T3. 06-65 yaş grubu bireylerde yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlerini yapılmalıdır.	3,64	1,22	3,80	1,14	-4,249	,000*
T4. Düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (30 dakika tempolu yürüyüş) yapılmalıdır.	3,76	1,22	3,78	1,19	-,418	,676
T5. 45-80 yaş grubu bireyler her gün düzenli olarak aspirin almalıdır.	3,08	1,39	3,06	1,35	,479	,632
T6. 18 yaşından büyük tüm bireyler yılda en az 1 (bir) kez tansiyon arteriyel ölçümü yaptırmalıdır.	3,94	1,17	3,99	1,01	-1,427	,154
T7. 35 yaşından büyük tüm bireylerde serum lipit düzeyine bakılmalıdır.	3,84	1,20	3,99	0,88	-4,278	,000*
T8. 35 yaşın üzerindeki tüm erişkinler beş yılda bir tiroid fonksiyon testi (TFT) yaptırmalıdır.	3,78	1,23	4,00	0,97	-5,925	,000*
T9. Obez veya kilolu olan kişiler 45 yaşın itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yaptırmalıdır.	3,94	1,20	4,10	,081	-4,202	,000*
T10. 50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinler yılda bir gaitada gizli kan testi yaptırmalıdır.	3,21	1,48	3,30	1,47	-1,990	,047*
T11. 50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinler her on yılda bir kolonoskopi yaptırmalıdır.	3,05	1,50	3,15	1,49	-2,137	,033*
TUTUM SKOR	3,02	0,83	3,58	0,84	-21,548	,000*

*: p<0,05 anlamlı farklılık

Tablo 15 aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelere ilişkin tutumlarının cinsiyete göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberi hakkındaki tutumlarını belirlemek için oluşturulan ifadelere yönelik verdikleri yanıtların ortalaması (tutum skoru) cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir (t=-21,548; p<0,05). Erkek aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesi

ve tarama rehberi hakkındaki tutum ortalaması 3,02, kadınlarınki ise 3,58 olarak hesaplanmıştır.

Periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberi hakkındaki 11 tutum ifadesinden 7 ifadeye yönelik aile hekimlerinin verdikleri yanıtlar cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Bu ifadeler “06-65 yaş grubu bireylerde ağırlık, boy, (BKI) *Beden Kitle İndeksi ölçümleri yılda bir yapılmalıdır*”, “06-65 yaş grubu bireylerde yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlerini yapılmalıdır”, “35 yaşından büyük tüm bireylerde serum lipit düzeyine bakılmalıdır”, “35 yaşın üzerindeki tüm erişkinler beş yılda bir tiroid fonksiyon testi (TFT) yaptırmalıdır”, “Obez veya kilolu olan kişiler 45 yaşın itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yaptırmalıdır”, “50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinler yılda bir gaitada gizli kan testi yaptırmalıdır”, “50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinler her on yılda bir kolonoskopi yaptırmalıdır” şeklinde sıralanmaktadır. Farklılık bulunan ifadelerde kadın aile hekimlerinin skorlarının erkeklerinkinden yüksek olduğu belirlenmiştir. Dolayısı ile tutum kısmında aile hekimlerine yöneltilen 11 ifadenin 7’si cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterirken, 4 ifade anlamlı farklılık göstermemektedir. Elde edilen bulgular periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberine ilişkin aile hekimlerinin tutumlarını, cinsiyetin anlamlı olarak etkilediğini göstermektedir.

Sonuç olarak Hipotez 2 tutum skoru ve yukarıda belirtilen 7 tutum ifadesi için kabul edilmiştir.

Tablo 16. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkındaki Davranışlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkında Davranış İfadeleri	Erkek (n= 3743)		Kadın (n= 1440)		t	p
	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma		
D1. Kardiyovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi yaptırım.	3,42	1,140	3,27	1,146	4,332	,000*
D2. Yılda en az bir kez ağırlık, boy ve Beden Kitle İndeksi (BKI) ölçümlerimi yaptırım.	3,55	1,190	3,62	1,190	-1,981	,048*
D3. Yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlerimi yaptırım.	3,38	1,237	3,43	1,230	-1,140	,255
D4. Düzenli olarak günlük fiziksel aktivitede (tempolu yürüyüş vb.) yaparım.	3,38	1,237	3,43	1,230	-1,140	,254
D5. Günde 81 mg aspirin düzenli olarak kullanırım.	2,38	1,446	1,98	1,311	9,413	,000*
D6. Arteriyel tansiyonumu son 1 yıl içinde en az 1 kez olmak üzere düzenli olarak ölçtürürüm.	3,72	1,294	3,66	1,303	1,571	,116
D7. 5 yılda bir serum lipit düzeyime baktırım.	3,72	1,327	3,82	1,259	-2,426	,015*
D8. 5 yılda bir troid fonksiyon testlerini yaptırım.	3,53	1,378	3,78	1,289	-6,167	,000*
D9. 3 yılda bir açlık kan şekerime (AKŞ) baktırım	3,73	1,328	3,84	1,276	-2,603	,009*
D10. Her yıl gaitada gizli kan testi yaptırım.	2,23	1,370	1,98	1,337	6,113	,000*
D11. 10 yılda 1 kolonoskopi yaptırım.	2,07	1,411	1,86	1,347	5,031	,000*
DAVRANIŞ SKOR	2,55	,754	2,91	,756	-15,352	,000*

*: p<0,05 anlamlı farklılık

Tablo 16 aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelere ilişkin davranışlarının cinsiyete göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Araştırma veri ölçüm aracını açıklarken belirtildiği üzere soru formunda davranışlara ilişkin 3 soru sadece kadın aile hekimleri ve 1 soru sadece erkek aile hekimleri tarafından doldurulması gerektiğinden davranış soruları 15 olmasına rağmen, burada 11 davranış sorusu üzerinden cinsiyete göre karşılaştırma yapılmıştır. Davranış skoru ise 15 davranış sorusu esas alınarak hesaplanmıştır. Aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberi dikkate

alınarak hazırlanmış davranışlara yönelik verdikleri yanıtlar (davranış skoru) cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir ($t=-15,352$; $p<0,05$). Erkek aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberi dikkate alınarak hazırlanmış davranış ifadelerini gerçekleştirme sıklığına ilişkin beyanlarının ortalaması 2,55; kadınlarıki ise 2,91 olarak hesaplanmıştır.

Aile hekimlerinin “*Kardiovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi yaptırım*”, “*Yılda en az bir kez ağırlık, boy ve (BKI) Beden Kitle İndeksi ölçümlerimi yaptırım*”, “*Günde 81 mg aspirin düzenli olarak kullanırım*”, “*5 yılda bir serum lipit düzeyime baktırım*”, “*5 yılda bir troid fonksiyon testlerini yaptırım*”, “*3 yılda bir açlık kan şekere (AKŞ) baktırım*”, “*Her yıl gaitada gizli kan testi yaptırım*”, “*10 yılda 1 kolonoskopi yaptırım*” ifadelerine yönelik verdikleri yanıtların ortalaması cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$). 11 davranış ifadesi içerisinde 8 davranış gerçekleştirme sıklığı cinsiyete göre değişmektedir. Dolayısı ile bu araştırmada periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberine ilişkin aile hekimlerine sorulmuş olan davranışları gerçekleştirme sıklığını cinsiyetin anlamlı olarak etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Sonuç olarak Hipotez 3 davranış skoru ve yukarıda belirtilen 8 davranış ifadesi için kabul edilmiştir.

Tablo 17. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkında Genel Bilgilerinin Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkında Genel Bilgi İfadeleri	Evli (n= 4482)		Bekar (n= 701)		t	p
	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma		
B9. Periyodik sağlık muayenesi kardiovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisinde etkilidir.	3,86	1,07	3,85	1,07	,269	,788
B10. 06-65 yaş grubu bireylerde obezitenin önlenmesi, metabolik sendrom değerlendirilmesi amacıyla yılda bir kez ağırlık, boy, (BKI) Beden Kitle İndeksi ve bel çevresi ölçümleri önemlidir.	3,76	1,12	3,75	1,13	,233	,816

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkında Genel Bilgi İfadeleri	Evli (n= 4482)		Bekar (n= 701)		t	p
	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma		
B11. Düzenli fiziksel aktivite obezitenin önlenmesi, kemik sağlığının korunması amacı ile periyodik muayene sırasında sorgulanmalıdır.	3,93	1,05	3,90	1,08	,817	,414
B12. 35-80 yaş grubu erişkinlerde günde 81 mg aspirin alınması önemlidir.	2,51	1,09	2,52	1,05	-,393	,695
B13. 25 yaşından büyük yetişkinlerde başvuru sebebinden bağımsız olarak yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçümü önemlidir.	1,93	1,01	2,04	1,08	-2,562	,010*
B14. 18 yaşından büyük tüm kişilerde hiperlipidemi, kardiyovasküler olay, diabetes mellitusun erken tanısı amaçlı beş yılda bir serum lipit profili taramasının yapılması önemlidir.	3,85	1,10	3,74	1,13	2,271	,023*
B15. 35 yaşın üzerindeki tüm erişkinlere on yılda bir tiroid fonksiyon testlerinin (TFT) yapılması önemlidir.	2,06	1,03	2,18	1,06	-2,894	,004*
B16. Obez veya kilolu (BKİ≥25 kg/m ²) ve özellikle santral obezitesi (bel çevresi kadında >88 cm, erkekte >102 cm) olan kişilerde 45 yaşından itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yapılması önemlidir.	4,07	,78	3,95	1,07	3,087	,002*
B17. 50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinlerde kolorektal kanserin erken tanısı amacıyla iki yılda bir gaitada gizli kan testi yapılması önemlidir.	1,97	1,03	2,05	1,07	-1,944	,052
B18. 50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinlerde her on yılda bir gaitada gizli kan testinin yanısıra kolonoskopi yapılması önemlidir.	3,87	1,07	3,83	1,11	,860	,390
B19. 40-65 yaş arası kadınlarda her beş yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yapılması önemlidir.	1,97	1,01	2,01	1,06	-1,004	,315
B20. 20 yaş üstü kadınlarda meme kanserinin erken tanısı amacıyla kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi verilmesi ve ayda bir kez uygulamasının önerilmesi önemlidir.	4,12	,66	4,07	,83	1,217	,224
B21. 40-69 yaş arası tüm kadınlarda iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yapılması önemlidir.	3,96	1,01	3,94	1,07	,285	,776
B22. Ailesinde prostat kanseri hikâyesi olan 40 yaşından büyük erkekler ve aile hikâyesi olmayan 50 yaşından büyük erkeklerde prostat kanseri ile ilgili kişinin bilgilendirilmesi ve bir üroloji uzmanına yönlendirilmesi gerekmektedir.	4,08	,99	4,02	0,89	1,270	,204

GENEL BİLGİ SKOR	3,28	,30	3,27	,31	0,407	,684
-------------------------	------	-----	------	-----	-------	------

*: $p < 0,05$ anlamlı farklılık

Tablo 17 aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelere ilişkin genel bilgilerinin medeni duruma göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberi hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek için oluşturulan ifadelere verdikleri yanıtların ortalaması (genel bilgi skoru) medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($t = -,407$; $p > 0,05$). Evli ve bekar aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberine ilişkin hazırlanmış olan ifadelere yönelik genel bilgi skorları tabloda görüldüğü üzere birbirine çok yakın değerlerdir.

İfadeler incelendiğinde, “*Obez veya kilolu ($BKİ \geq 25 \text{ kg/m}^2$) ve özellikle santral obezitesi (bel çevresi kadında $> 88 \text{ cm}$, erkekte $> 102 \text{ cm}$) olan kişilerde 45 yaşından itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yapılması önemlidir*”, “*25 yaşından büyük yetişkinlerde başvuru sebebinden bağımsız olarak yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçümü önemlidir*”, “*18 yaşından büyük tüm kişilerde hiperlipidemi, kardiyovasküler olay, diabetes mellitusun erken tanısı amaçlı beş yılda bir serum lipit profili taramasının yapılması önemlidir*”, “*35 yaşın üzerindeki tüm erişkinlere on yılda bir tiroid fonksiyon testlerinin (TFT) yapılması önemlidir*” yönündeki bilgi durumlarını değerlendiren ifadelere ilişkin aile hekimlerinin vermiş oldukları yanıtların ortalaması medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermektedir. Dolayısı ile genel bilgiler kısmında aile hekimlerine yöneltilen 14 ifadenin 4’ü medeni duruma göre anlamlı farklılık gösterirken, 10 tanesi anlamlı farklılık göstermemektedir. Ayrıca Tablo 17 incelendiğinde evli aile hekimlerinin ifadelere yönelik verdikleri yanıtların ortalamalarının bekâr aile hekimlerinkinden çoğunlukla daha yüksek olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak Hipotez 4 genel bilgi skoru için reddedilmiştir, yukarıda belirtilen 4 bilgi ifadesi için ise kabul edilmiştir.

Tablo 18. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkındaki Tutumlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkında Tutum İfadeleri	Evli (n= 4482)		Bekar (n= 701)		t	p
	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma		
T1. Ailesel öyküsü olan 40 yaş altı bireylerde ailesel öyküsü olmayan 40 yaş üstü bireylerde ise düzenli olarak kardiyovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	3,81	1,13	3,75	1,20	1,334	,182
T2. 06-65 yaş grubu bireylerde ağırlık, boy, (BKI) Beden Kitle İndeksi ölçümleri yılda bir yapılmalıdır.	3,77	1,17	3,78	1,20	-,313	,754
T3. 06-65 yaş grubu bireylerde yılda en az bir kez bel çevresi ölçümleri yapılmalıdır.	3,68	1,20	3,70	1,22	-,389	,697
T4. Düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (30 dakika tempolu yürüyüş) yapılmalıdır.	3,76	1,21	3,81	1,22	-,911	,362
T5. 45-80 yaş grubu bireyler her gün düzenli olarak aspirin almalıdır.	3,07	1,38	3,07	1,37	,039	,969
T6. 18 yaşından büyük tüm bireyler yılda en az 1 (bir) kez tansiyon arteriyel ölçümü yaptırmalıdır.	3,97	1,15	3,89	1,17	1,604	,109
T7. 35 yaşından büyük tüm bireylerde serum lipit düzeyine bakılmalıdır.	3,90	1,17	3,77	1,22	2,537	,011*
T8. 35 yaşın üzerindeki tüm erişkinler beş yılda bir tiroid fonksiyon testi (TFT) yaptırmalıdır.	3,85	1,20	3,77	1,22	1,623	,105
T9. Obez veya kilolu olan kişiler 45 yaşın itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yaptırmalıdır.	4,00	1,16	3,88	1,22	2,432	,015*
T10. 50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinler yılda bir gaitada gizli kan testi yaptırmalıdır.	3,22	1,48	3,29	1,46	-1,080	,280
T11. 50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinler her on yılda bir kolonoskopi yaptırmalıdır.	3,07	1,50	3,12	1,51	-,819	,413
T12. 30-65 yaş arası kadınlar her beş yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırmalıdır.#	3,35	,91	3,48	1,11	-3,346	,001*
T13. 20 yaş üstü kadınlar kendi kendine meme muayenesini ayda bir kez uygulamalıdır.#	3,38	,92	3,56	1,06	-4,816	,000*
T14. 40-69 yaş arası tüm kadınlar yılda bir hekim tarafından rutin klinik muayene yaptırmalı ve iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi çektirmelidir.#	3,32	,89	3,47	1,08	-3,941	,000*
T15. 40 yaşın üstündeki erkekler prostat kanserinin erken tanısı amacıyla yönelik üroloji uzmanına başvurmalıdır.##	3,50	1,18	3,40	1,11	2,165	,030*
TUTUM SKOR	3,16	,86	3,24	,95	-2,019	,044*

*: p<0,05 anlamlı farklılık

#: Sadece kadınların yanıtlaması gerekmektedir (1440 kadın aile hekimi)

##: Sadece erkeklerin yanıtlaması gerekmektedir (3743 erkek aile hekimi)

Tablo 18 aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelerle ilişkin tutumlarının medeni duruma göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberi hakkındaki tutumlarını belirlemek için oluşturulan ifadelerle yönelik verdikleri yanıtların ortalaması (tutum skoru) medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermektedir ($t=-2,019$; $p<0,05$). Tablo 18 incelendiğinde evli aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberi hakkındaki tutum skorunun 3,16, bekar aile hekimlerinininkinin ise 3,24 olduğu görülmektedir.

Periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberi hakkındaki 15 tutum ifadesinden 6 ifadeye yönelik aile hekimlerinin verdikleri yanıtlar medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermektedir. Bu ifadeler “35 yaşından büyük tüm bireylerde serum lipit düzeyine bakılmalıdır”, “Obez veya kilolu olan kişiler 45 yaşın itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yaptırmalıdır”, “30-65 yaş arası kadınlar her beş yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırmalıdır”, “20 yaş üstü kadınlar kendi kendine meme muayenesini ayda bir kez uygulamalıdır”, “40-69 yaş arası tüm kadınlar yılda bir hekim tarafından rutin klinik muayene yaptırmalı ve iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi çektirmelidir” ve “40 yaşın üstündeki erkekler prostat kanserinin erken tanısı amacıyla yönelik üroloji uzmanına başvurmalıdır” şeklinde sıralanmaktadır. Farklılık bulunan ifadelerde bekâr aile hekimlerinin yanıtlarının ortalamasının evli aile hekimlerinkinden çoğunlukla yüksek olduğu belirlenmiştir. Dolayısı ile tutum kısmında aile hekimlerine yöneltilen 15 ifadenin 6’sı medeni duruma göre anlamlı farklılık gösterirken, 9 tanesi anlamlı farklılık göstermemektedir. Sonuç olarak bu araştırmada periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberine ilişkin olumlu yönde tutum sergileyeceğini ifade eden hekimlerin tutuma ilişkin zihinsel durumlarını medeni durumun kısmen anlamlı olarak değiştirebildiği sonucuna ulaşılmıştır.

Sonuç olarak Hipotez 5 tutum skoru ve yukarıda belirtilen 6 tutum ifadesi için kabul edilmiştir.

Tablo 19. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkındaki Davranışlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkında Davranış İfadeleri	Evli (n= 4482)		Bekar (n= 701)		t	p
	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma		
D1. Kardiyovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi yaptırırım.	3,40	1,12	3,22	1,23	3,692	,000*
D2. Yılda en az bir kez ağırlık, boy ve (BKI) Beden Kitle İndeksi ölçümlerimi yaptırırım.	3,58	1,17	3,50	1,27	1,557	,120
D3. Yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlerimi yaptırırım.	3,41	1,22	3,31	1,29	1,778	,076
D4. Düzenli olarak günlük fiziksel aktivitede (tempolu yürüyüş vb.) yaparım.	3,41	1,22	3,31	1,29	1,778	,076
D5. Günde 81 mg aspirin düzenli olarak kullanırım.	2,29	1,42	2,14	1,40	2,577	,010*
D6. Arteriyel tansiyonumu son 1 yıl içinde en az 1 kez olmak üzere düzenli olarak ölçtürürüm.	3,74	1,28	3,49	1,36	4,461	,000*
D7. 5 yılda bir serum lipit düzeyime baktırırım.	3,78	1,29	3,51	1,40	4,853	,000*
D8. 5 yılda bir troid fonksiyon testlerini yaptırırım.	3,63	1,34	3,44	1,43	3,181	,002*
D9. 3 yılda bir açlık kan şekere (AKŞ) baktırırım	3,80	1,30	3,56	1,38	4,307	,000*
D10. Her yıl gaitada gizli kan testi yaptırırım.	2,17	1,35	2,10	1,40	1,264	,206
D11. 10 yılda 1 kolonoskopi yaptırırım.	2,02	1,39	1,97	1,39	,943	,346
D12. 5 yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırırım.#	2,92	,92	2,70	1,23	4,633	,000*
D13. Ayda 1 kez kendi kendime meme muayenesi yaparım (20 yaş üstü iseniz).#	3,06	,85	3,14	1,08	-1,888	,059
D14. 2 yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yaptırırım (40-69 yaş arası).#	2,85	,92	2,69	1,20	3,262	,001*
D15. Prostat kanserinin erken tanısı amaçlı üroloji uzmanına başvururum (40 yaş üstü iseniz).##	2,69	1,25	2,73	1,06	-,871	,384
DAVRANIŞ SKOR	2,65	,75	2,60	,85	1,627	,104

*: p<0,05 anlamlı farklılık

#: Sadece kadınların yanıtlanması gerekmektedir (1440 kadın aile hekimi)

##: Sadece erkeklerin yanıtlanması gerekmektedir (3743 erkek aile hekimi)

Tablo 19 aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelerle ilişkin davranışlarının medeni duruma göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Aile hekimlerinin periyodik

sağlık muayenesi ve tarama rehberinde yer alan ifadelere yönelik davranışları gerçekleştirme sıklığı (davranış skoru) medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($t=1,627$; $p>0,05$). Ayrıca evli ve bekar aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelere yönelik davranış skoru birbirine oldukça yakın değerler olarak belirlenmiştir.

Aile hekimlerinin “*Kardiovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi yaptırım*”, “*Günde 81 mg aspirin düzenli olarak kullanırım*”, “*Arteriyel tansiyonumu son 1 yıl içinde en az 1 kez olmak üzere düzenli olarak ölçtürürüm*”, “*5 yılda bir serum lipit düzeyime baktırım*”, “*5 yılda bir troid fonksiyon testlerini yaptırım*”, “*3 yılda bir açlık kan şekere (AKŞ) baktırım*”, “*5 yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırım*” ve “*2 yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yaptırım (40-69 yaş arası)*” ifadelerine yönelik verdikleri yanıtların ortalaması ise medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Hekimlerin 15 davranış içerisinde 8 davranışa yönelik verdikleri yanıtlar medeni duruma göre değişmektedir. Elde edilen bulgular periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberinde yer alan 8 ifadeye ilişkin davranışları medeni durumun anlamlı olarak etkilediğini göstermektedir.

Sonuç olarak Hipotez 6 davranış skoru için reddedilmiştir, yukarıda belirtilen 8 davranış ifadesi için ise kabul edilmiştir.

Tablo 20. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkında Genel Bilgilerinin Unvana Göre Karşılaştırılması

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkında Genel Bilgi İfadeleri	Pratisyen Hekim (n= 5133)		Aile Hekimi Uzmanı (n= 50)		t	p
	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma		
B9. Periyodik sağlık muayenesi kardiyovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisinde etkilidir.	3,87	1,07	3,52	1,21	2,271	,023*
B10. 06-65 yaş grubu bireylerde obezitenin önlenmesi, metabolik sendrom değerlendirilmesi amacıyla yılda bir kez ağırlık, boy, (BKI) Beden Kitle İndeksi ve bel çevresi ölçümleri önemlidir.	3,76	1,12	3,46	1,32	1,873	,061
B11. Düzenli fiziksel aktivite obezitenin önlenmesi, kemik sağlığının korunması amacı ile periyodik muayene sırasında sorgulanmalıdır.	3,93	1,05	3,64	1,29	1,946	,052
B12. 35-80 yaş grubu erişkinlerde günde 81 mg aspirin alınması önemlidir.	2,51	1,08	2,50	1,18	,065	,948
B13. 25 yaşından büyük yetişkinlerde başvuru sebebinden bağımsız olarak yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçümü önemlidir.	1,95	1,02	1,96	1,16	-,096	,924
B14. 18 yaşından büyük tüm kişilerde hiperlipidemi, kardiyovasküler olay, diabetes mellitusun erken tanısı amaçlı beş yılda bir serum lipit profili taramasının yapılması önemlidir.	3,83	1,10	3,68	1,30	,981	,327
B15. 35 yaşın üzerindeki tüm erişkinlere on yılda bir tiroid fonksiyon testlerinin (TFT) yapılması önemlidir.	2,08	1,03	2,06	1,11	,118	,906
B16. Obez veya kilolu ($BKI \geq 25$ kg/m ²) ve özellikle santral obezitesi (bel çevresi kadında >88 cm, erkekte >102 cm) olan kişilerde 45 yaşından itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yapılması önemlidir.	4,06	1,01	3,98	1,16	,529	,597
B17. 50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinlerde kolorektal kanserin erken tanısı amacıyla iki yılda bir gaitada gizli kan testi yapılması önemlidir.	1,98	1,03	2,06	1,18	-,534	,593
B18. 50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinlerde her on yılda bir gaitada gizli kan testinin yanısıra kolonoskopi yapılması önemlidir.	3,87	1,08	3,64	1,27	1,490	,136
B19. 40-65 yaş arası kadınlarda her beş yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yapılması önemlidir.	1,97	1,01	2,06	1,21	-,609	,542

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkında Genel Bilgi İfadeleri	Pratisyen Hekim (n= 5133)		Aile Hekimi Uzmanı (n= 50)		t	p
	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma		
B20.20 yaş üstü kadınlarda meme kanserinin erken tanısı amacıyla kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi verilmesi ve ayda bir kez uygulamasının önerilmesi önemlidir.	4,12	1,04	3,90	1,18	1,452	,147
B21.40-69 yaş arası tüm kadınlarda iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yapılması önemlidir.	3,96	1,04	3,84	1,18	,779	,436
B22.Ailesinde prostat kanseri hikayesi olan 40 yaşından büyük erkekler ve aile hikayesi olmayan 50 yaşından büyük erkeklerde prostat kanseri ile ilgili kişinin bilgilendirilmesi ve bir üroloji uzmanına yönlendirilmesi gerekmektedir.	4,07	1,00	3,92	1,19	1,054	,292
GENEL BİLGİ SKOR	3,28	,30	3,15	,38	2,257	,028*

*: p<0,05 anlamlı farklılık

Tablo 20 aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelerle ilişkin genel bilgilerinin ünvana göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberi içerisinde yer alan ifadelerle ilişkin bilgi düzeyleri ortalaması (genel bilgi skoru) ünvana göre anlamlı farklılık göstermektedir (t=2,257; p<0,05). Pratisyen hekimlerin genel bilgi skoru (\bar{x} : 3,28) aile hekimi uzmanlarından (\bar{x} : 3,15) yüksek bulunmuştur.

Aile hekimlerinin “*Periyodik sağlık muayenesi kardiyovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisinde etkilidir*” ifadesine verdikleri yanıtların ortalaması ünvana göre anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05). Dolayısı ile genel bilgiler kısmında aile hekimlerine yöneltilen 14 ifadenin 1’i ünvana göre anlamlı farklılık gösterirken, 13 ifade anlamlı farklılık göstermemektedir. Ayrıca Tablo 20 incelendiğinde, pratisyen hekimlerin ifadelerle verdikleri yanıtların ortalamasının aile hekimi uzmanlarından çoğunlukla yüksek olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak Hipotez 7 genel bilgi skoru ve 1 genel bilgi ifadesi için kabul edilmiştir.

Tablo 21. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkındaki Tutumlarının Unvana Göre Karşılaştırılması

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkında Tutum İfadeleri	Pratisyen Hekim (n= 5133)		Aile Hekimi Uzmanı (n= 50)		t	p
	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma		
T1. Ailesel öyküsü olan 40 yaş altı bireylerde ailesel öyküsü olmayan 40 yaş üstü bireylerde ise düzenli olarak kardiovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	3,81	1,13	3,52	1,43	1,760	,079
T2. 06-65 yaş grubu bireylerde ağırlık, boy, Beden Kitle İndeksi (BKI) ölçümleri yılda bir yapılmalıdır.	3,77	1,17	3,52	1,40	1,509	,131
T3. 06-65 yaş grubu bireylerde yılda en az bir kez bel çevresi ölçümleri yapılmalıdır.	3,68	1,20	3,38	1,46	1,771	,077
T4. Düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (30 dakika tempolu yürüyüş) yapılmalıdır.	3,77	1,21	3,70	1,28	,400	,689
T5. 45-80 yaş grubu bireyler her gün düzenli olarak aspirin almalıdır.	3,07	1,38	3,08	1,55	-,042	,966
T6. 18 yaşından büyük tüm bireyler yılda en az 1 (bir) kez tansiyon arteriyel ölçümü yaptırmalıdır.	3,96	1,15	3,98	1,22	-,143	,887
T7. 35 yaşından büyük tüm bireylerde serum lipit düzeyine bakılmalıdır.	3,88	1,17	3,76	1,39	,721	,471
T8. 35 yaşın üzerindeki tüm erişkinler beş yılda bir tiroid fonksiyon testi (TFT) yaptırmalıdır.	3,84	1,20	3,68	1,43	,937	,349
T9. Obez veya kilolu olan kişiler 45 yaşın itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yaptırmalıdır.	3,99	1,17	3,90	1,32	,513	,608
T10. 50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinler yılda bir gaitada gizli kan testi yaptırmalıdır.	3,23	1,47	2,94	1,60	1,394	,163
T11. 50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinler her on yılda bir kolonoskopi yaptırmalıdır.	3,08	1,50	2,74	1,65	1,594	,111
T12. 30-65 yaş arası kadınlar her beş yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırmalıdır.#	3,37	,94	3,06	,74	2,335	,020*
T13. 20 yaş üstü kadınlar kendi kendine meme muayenesini ayda bir kez uygulamalıdır.#	3,41	,94	3,02	,79	2,909	,004*
T14. 40-69 yaş arası tüm kadınlar yılda bir hekim tarafından rutin klinik muayene yaptırmalı ve iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi çektirmelidir.#	3,35	,92	3,02	,79	2,482	,013*
T15. 40 yaşın üstündeki erkekler prostat kanserinin erken tanısı amacıyla yönelik üroloji uzmanına başvurmalıdır.##	3,49	1,17	3,28	1,47	1,236	,216
TUTUM SKOR	3,17	,87	2,95	,87	1,829	,067

*: p<0,05 anlamlı farklılık

#: Sadece kadınların yanıtlaması gerekmektedir (1440 kadın aile hekimi)

##: Sadece erkeklerin yanıtlaması gerekmektedir (3743 erkek aile hekimi)

Tablo 21 aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelere yönelik tutumlarının unvana göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberi hakkındaki tutumlarını belirlemek için oluşturulan ifadelere yönelik verdikleri yanıtların ortalaması (tutum skoru) unvana göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($t=1,829$; $p>0,05$). Pratisyen hekimlerin periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberi içerisinde yer alan ifadelere yönelik tutum skoru 3,17, aile hekimi uzmanlarınıninki ise 2,95 olarak hesaplanmıştır.

Aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberi içerisinde yer alan 15 tutum ifadesinden sadece 3 ifadeye yönelik verdikleri yanıtların ortalaması unvana göre anlamlı farklılık göstermektedir. Bu ifadeler “30-65 yaş arası kadınlar her beş yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırmalıdır”, “20 yaş üstü kadınlar kendi kendine meme muayenesini ayda bir kez uygulamalıdır” ve “40-69 yaş arası tüm kadınlar yılda bir hekim tarafından rutin klinik muayene yaptırmalı ve iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi çektirmelidir” şeklinde sıralanmaktadır. Farklılık bulunan ifadelerde pratisyen hekimlerin verdikleri yanıtların ortalamasının çoğunlukla aile hekimi uzmanlarındakinden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Tablo 21 incelendiğinde aile hekimlerine yöneltilen 15 ifadenin 3’ünün unvana göre anlamlı farklılık gösterdiği, 12 ifadenin ise anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberine ilişkin tutum ifadelerini unvanın kısmen anlamlı olarak değiştirebildiği sonucuna ulaşılmıştır.

Sonuç olarak Hipotez 8 tutum skoru için reddedilmiştir, yukarıda belirtilen 3 tutum ifadesi için ise kabul edilmiştir.

Tablo 22. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkındaki Davranışlarının Unvana Göre Karşılaştırılması

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkında Davranış İfadeleri	Pratisyen Hekim (n= 5133)		Aile Hekimi Uzmanı (n= 50)		t	p
	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapa		
D1.Kardiyovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi yaptırım.	3,38	1,14	3,40	1,32	-,127	,899
D2.Yılda en az bir kez ağırlık, boy ve (BKI) Beden Kitle İndeksi ölçümlemlerimi yaptırım.	3,57	1,18	3,46	1,43	,637	,524
D3.Yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlemlerimi yaptırım.	3,39	1,23	3,56	1,48	-,954	,340
D4.Düzenli olarak günlük fiziksel aktivitede (tempolu yürüyüş vb.) yaparım.	3,39	1,23	3,56	1,48	-,954	,340
D5.Günde 81 mg aspirin düzenli olarak kullanırım.	2,26	1,41	2,68	1,58	-2,065	,039*
D6.Arteriyel tansiyonumu son 1 yıl içinde en az 1 kez olmak üzere düzenli olarak ölçtürürüm.	3,70	1,29	3,64	1,45	,347	,729
D7.5 yılda bir serum lipit düzeyime baktırım.	3,75	1,30	3,84	1,41	-,503	,615
D8.5 yılda bir troid fonksiyon testlerini yaptırım.	3,60	1,35	3,80	1,38	-1,033	,302
D9.3 yılda bir açlık kan şekerime (AKŞ) baktırım	3,76	1,31	3,90	1,40	-,737	,461
D10.Her yıl gaitada gizli kan testi yaptırım.	2,16	1,36	2,30	1,54	-,718	,473
D11.10 yılda 1 kolonoskopi yaptırım.	2,01	1,39	2,28	1,61	-1,356	,175
D12.5 yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırım.#	2,89	,97	3,18	,82	-2,093	,036*
D13.Ayda 1 kez kendi kendime meme muayenesi yaparım (20 yaş üstü iseniz).#	3,07	,88	3,02	,84	,409	,682
D14.2 yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yaptırım (40-69 yaş arası).#	2,82	,97	3,10	,83	-2,006	,045*
D15.Prostat kanserinin erken tanısı amaçlı üroloji uzmanına başvururum (40 yaş üstü iseniz).##	2,70	1,22	2,60	1,59	,551	,581
DAVRANIŞ SKOR	2,65	,76	2,75	,98	-,970	,332

*: p<0,05 anlamlı farklılık

#: Sadece kadınların yanıtlanması gerekmektedir (1440 kadın aile hekimi)

##: Sadece erkeklerin yanıtlanması gerekmektedir (3743 erkek aile hekimi)

Tablo 22 aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelere ilişkin davranışlarının unvana göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberinde yer alan ifadelere yönelik davranışları gerçekleştirme sıklığı (davranış skoru) unvana göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($t=-,970$; $p>0,05$).

Ancak hekimlerin “Günde 81 mg aspirin düzenli olarak kullanırım”, “5 yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırırım” ve “2 yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yaptırırım (40-69 yaş arası)” ifadelerine yönelik verdikleri yanıtların ortalaması unvana göre anlamlı farklılık göstermektedir. Dolayısı ile bu araştırmada periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberine içerisinde yer alan ifadelere ilişkin hekimlerin davranışları gerçekleştirme sıklığını unvanın kısmen anlamlı olarak etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Sonuç olarak Hipotez 9 davranış skoru için reddedilmiştir, yukarıda belirtilen 3 davranış ifadesi için ise kabul edilmiştir.

Tablo 23. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkında Genel Bilgilerinin Sigara Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkında Genel Bilgi İfadeleri	Sigara Kullanma yanlar (n= 2813)		Sigara Kullananlar (n= 1286)		Sigara Kullanıp, 1 Yıl veya Daha Öncesinde Bırakanlar (n= 1084)		F	p
	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma		
B9. Periyodik sağlık muayenesi kardiovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisinde etkilidir.	3,86	1,06	3,91	1,10	3,83	1,07	1,718	,180
B10. 06-65 yaş grubu bireylerde obezitenin önlenmesi, metabolik sendrom değerlendirilmesi amacıyla yılda bir kez ağırlık, boy, (BKI) Beden Kitle İndeksi ve bel çevresi ölçümleri önemlidir.	3,77	1,09	3,72	1,17	3,76	1,14	,793	,453

B11. Düzenli fiziksel aktivite obezitenin önlenmesi, kemik sağlığının korunması amacı ile periyodik muayene sırasında sorgulanmalıdır.	3,92	1,03	3,93	1,09	3,96	1,05	,747	,474
B12. 35-80 yaş grubu erişkinlerde günde 81 mg aspirin alınması önemlidir.	2,53	1,07	2,46	1,10	2,51	1,11	2,039	,130
B13. 25 yaşından büyük yetişkinlerde başvuru sebebinden bağımsız olarak yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçümü önemlidir.	1,98	1,01	1,90	1,05	1,91	1,02	3,044	,048*
B14. 18 yaşından büyük tüm kişilerde hiperlipidemi, kardiyovasküler olay, diabetes mellitusun erken tanısı amaçlı beş yılda bir serum lipit profili taramasının	3,82	1,08	3,84	1,14	3,86	1,13	,621	,538
B15. 35 yaşın üzerindeki tüm erişkinlere on yılda bir tiroid fonksiyon testlerinin (TFT) yapılması önemlidir.	2,10	1,02	2,06	1,07	2,06	1,04	,935	,393
B16. Obez veya kilolu ($BKİ \geq 25$ kg/m ²) ve özellikle santral obezitesi (bel çevresi kadında >88 cm, erkekte >102 cm) olan kişilerde 45 yaşından itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yapılması önemlidir.	4,02	1,00	4,09	1,01	4,09	1,00	3,068	,047*
B17. 50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinlerde kolorektal kanserin erken tanısı amacıyla iki yılda bir gaitada gizli kan testi yapılması önemlidir.	2,01	1,03	1,95	1,05	1,95	1,04	2,030	,131
B18. 50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinlerde her on yılda bir gaitada gizli kan testinin yanısıra kolonoskopi yapılması önemlidir.	3,84	1,06	3,88	1,11	3,91	1,08	1,520	,219
B19. 40-65 yaş arası kadınlarda her beş yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yapılması önemlidir.	2,00	1,01	1,93	1,03	1,96	1,01	2,026	,132
B20. 20 yaş üstü kadınlarda meme kanserinin erken tanısı amacıyla kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi verilmesi ve ayda bir kez uygulamasının önerilmesi önemlidir.	4,08	1,04	4,16	1,06	4,15	1,01	3,448	,032*
B21. 40-69 yaş arası tüm kadınlarda iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yapılması önemlidir.	3,93	1,03	4,00	1,05	3,96	1,06	1,582	,206
B22. Ailesinde prostat kanseri hikâyesi olan 40 yaşından büyük erkekler ve aile hikâyesi olmayan 50 yaşından büyük erkeklerde prostat kanseri ile ilgili kişinin bilgilendirilmesi ve bir üroloji uzmanına yönlendirilmesi gerekmektedir.	4,04	1,00	4,11	1,00	4,09	,99	2,477	,084
GENEL BİLGİ SKOR	3,27	,29	3,28	,31	3,28	,30	,289	,749

*: p<0,05 anlamlı farklılık

Tablo 23 aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelerle ilişkin genel bilgilerinin sigara kullanma durumuna göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberi içerisinde yer alan ifadelerle ilişkin bilgi düzeyleri ortalaması (genel bilgi skoru) sigara kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($t=0,289$; $p>0,05$). Sigara kullanan, sigara kullanmayan ve daha önce kullanıp 1 yıl veya daha uzun bir süre önce sigara kullanmayı bırakanların genel bilgi skorları birbirine oldukça yakın bulunmuştur.

Aile hekimlerinin “25 yaşından büyük yetişkinlerde başvuru sebebinden bağımsız olarak yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçümü önemlidir”, “Obez veya kilolu ($BKİ \geq 25$ kg/m^2) ve özellikle santral obezitesi (bel çevresi kadında >88 cm, erkekte >102 cm) olan kişilerde 45 yaşından itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yapılması önemlidir” ve “20 yaş üstü kadınlarda meme kanserinin erken tanısı amacıyla kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi verilmesi ve ayda bir kez uygulamasının önerilmesi önemlidir” ifadelerine ilişkin verdikleri yanıtların ortalaması ise sigara kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir. Dolayısı ile genel bilgiler kısmında aile hekimlerine yöneltilen 14 ifadenin 3’ü sigara kullanma durumuna göre anlamlı farklılık gösterirken, 11 tanesi anlamlı farklılık göstermemektedir. Yapılan çoklu karşılaştırma analizi (Post Hoc Tets: LSD testi) bu ifadelerde farklılığı yaratan grupların sigara kullanan ve kullanmayanlardan kaynaklandığını belirlemiştir.

Sonuç olarak Hipotez 10 genel bilgi skoru için reddedilmiştir, yukarıda belirtilen 3 genel bilgi ifadesi için ise kabul edilmiştir.

Tablo 24. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkındaki Tutumlarının Sigara Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkında Tutum İfadeleri	Sigara Kullanma yanlar (n= 2813)		Sigara Kullananlar (n= 1286)		Sigara Kullamp, 1 Yıl veya Daha Öncesinde Bırakanlar (n= 1084)		F	p
	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma		
T1. Ailesel öyküsü olan 40 yaş altı bireylerde ailesel öyküsü olmayan 40 yaş üstü bireylerde ise düzenli olarak kardiyovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	3,81	1,12	3,77	1,18	3,82	1,11	,592	,553
T2. 06-65 yaş grubu bireylerde ağırlık, boy, (BKI) Beden Kitle İndeksi ölçümleri yılda bir yapılmalıdır.	3,82	1,15	3,67	1,23	3,77	1,16	7,281	,001*
T3. 06-65 yaş grubu bireylerde yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlerini yapılmalıdır.	3,72	1,17	3,60	1,27	3,67	1,20	4,862	,008*
T4. Düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (30 dakika tempolu yürüyüş) yapılmalıdır.	3,81	1,20	3,68	1,26	3,77	1,19	4,715	,009*
T5. 45-80 yaş grubu bireyler her gün düzenli olarak aspirin almalıdır.	3,08	1,38	3,05	1,39	3,07	1,36	,200	,819
T6. 18 yaşından büyük tüm bireyler yılda en az 1 (bir) kez tansiyon arteriyel ölçümü yaptırmalıdır.	3,96	1,14	3,90	1,21	4,01	1,12	2,864	,057
T7. 35 yaşından büyük tüm bireylerde serum lipit düzeyine bakılmalıdır.	3,91	1,15	3,76	1,25	3,95	1,14	8,703	,000*
T8. 35 yaşın üzerindeki tüm erişkinler beş yılda bir tiroid fonksiyon testi (TFT) yaptırmalıdır.	3,88	1,18	3,73	1,25	3,87	1,20	6,826	,001*
T9. Obez veya kilolu olan kişiler 45 yaşın itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yaptırmalıdır.	4,01	1,14	3,89	1,24	4,03	1,16	5,303	,005*
T10. 50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinler yılda bir gaitada gizli kan testi yaptırmalıdır.	3,25	1,47	3,24	1,50	3,17	1,47	1,020	,361
T11. 50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinler her on yılda bir kolonoskopi yaptırmalıdır.	3,10	1,49	3,09	1,52	3,02	1,51	1,132	,323
T12. 30-65 yaş arası kadınlar her beş yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırmalıdır.#	3,44	1,00	3,30	,90	3,28	,83	16,554	,000*

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkında Tutum İfadeleri	Sigara Kullanma yanlar (n= 2813)		Sigara Kullananlar (n= 1286)		Sigara Kullandı, 1 Yıl veya Daha Öncesinde Bırakanlar (n= 1084)		F	p
	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma		
T13.20 yaş üstü kadınlar kendi kendine meme muayenesini ayda bir kez uygulamalıdır.#	3,48	,99	3,34	,90	3,30	,83	17,902	,000*
T14.40-69 yaş arası tüm kadınlar yılda bir hekim tarafından rutin klinik muayene yaptırmalı ve iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi çektirmelidir.#	3,41	,97	3,27	,87	3,26	,81	14,780	,000*
T15.40 yaşın üstündeki erkekler prostat kanserinin erken tanısı amacıyla yönelik üroloji uzmanına başvurmalıdır.##	3,47	1,11	3,50	1,25	3,51	1,22	,578	,561
TUTUM SKOR	3,23	,87	3,09	,89	3,12	,82	13,533	,000*

*: p<0,05 anlamlı farklılık

#: Sadece kadınların yanıtlanması gerekmektedir (1440 kadın aile hekimi)

##: Sadece erkeklerin yanıtlanması gerekmektedir (3743 erkek aile hekimi)

Tablo 24 aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelere ilişkin tutumlarının sigara kullanma durumuna göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberi hakkındaki tutumlarını belirlemek için oluşturulan ifadelere yönelik verdikleri yanıtların ortalaması (tutum skoru) sigara kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir (t=13,533; p<0,05). Sigara kullanmayan aile hekimlerinin tutum skoru (\bar{x} : 3,23), sigara kullanan (\bar{x} : 3,09) ve daha önce kullanmış olup artık kullanmayan (\bar{x} : 3,12) aile hekimlerine göre yüksek bulunmuştur.

Tablo 24 incelendiğinde aile hekimlerinin “06-65 yaş grubu bireylerde ağırlık, boy, (BKI) Beden Kitle İndeksi ölçümleri yılda bir yapılmalıdır”, “06-65 yaş grubu bireylerde yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlerini yapılmalıdır”, “Düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (30 dakika tempolu yürüyüş) yapılmalıdır”, “35 yaşından büyük tüm bireylerde serum lipit düzeyine bakılmalıdır”, “35 yaşın üzerindeki tüm erişkinler beş yılda bir tiroid fonksiyon testi (TFT) yaptırmalıdır”, “Obez veya kilolu olan kişiler 45 yaşın itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yaptırmalıdır”, “30-65 yaş arası kadınlar her beş yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi

(HPV testi) yaptırmalıdır”, “20 yaş üstü kadınlar kendi kendine meme muayenesini ayda bir kez uygulamalıdır”, “40-69 yaş arası tüm kadınlar yılda bir hekim tarafından rutin klinik muayene yaptırmalı ve iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi çektirmelidir” ve “40-69 yaş arası tüm kadınlar yılda bir hekim tarafından rutin klinik muayene yaptırmalı ve iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi çektirmelidir” ifadelerine yönelik verdikleri yanıtların ortalamasının sigara kullanma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği görülmektedir. Sigara kullanma durumuna göre yukarıda belirtilen ve gruplar arasında farklılıkların bulunduğu ifadelerde çoğunlukla sigara kullanmayanların verdikleri yanıtların ortalamasının diğer iki gruba göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca sigara kullananların tutum ifadelerine verdikleri yanıtların ortalaması diğer gruplardan çoğunlukla düşüktür. Yapılan çoklu karşılaştırma analizinde (Post Hoc Tests: LSD testi) farklılığın sigara kullanmayanlar grubundan kaynaklandığını belirlenmiştir.

Sonuç olarak Hipotez 11 tutum skoru ve yukarıda belirtilen 9 tutum ifadesi için kabul edilmiştir.

Tablo 25. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkındaki Davranışlarının Sigara Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkında Davranış İfadeleri	Sigara Kullanmayanlar (n= 2813)		Sigara Kullananlar (n= 1286)		Sigara Kullanıp, 1 Yıl veya Daha Öncesinde Bırakanlar (n= 1084)		F	p
	Ort.	Std. Sapm	Ort.	Std. Sapm	Ort.	Std. Sapma		
D1.Kardiovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi yaptırırım.	3,38	1,12	3,32	1,20	3,44	1,11	3,300	,037
D2.Yılda en az bir kez ağırlık, boy ve Beden Kitle İndeksi (BKI) ölçümlerimi yaptırırım.	3,62	1,16	3,42	1,26	3,61	1,16	12,260	,000*
D3.Yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlerimi yaptırırım.	3,43	1,20	3,25	1,31	3,47	1,21	12,193	,000*
D4.Düzenli olarak günlük fiziksel aktivitede (tempolu yürüyüş vb.) yaparım.	3,43	1,20	3,25	1,31	3,47	1,21	12,052	,000*
D5.Günde 81 mg aspirin düzenli olarak kullanırım.	2,22	1,39	2,27	1,43	2,39	1,45	5,461	,004*

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkında Davranış İfadeleri	Sigara Kullanma yanlar (n= 2813)		Sigara Kullananlar (n= 1286)		Sigara Kullanıp, 1 Yıl veya Daha Öncesinde Bırakanlar (n= 1084)		F	p
	Ort.	Std. Sapm	Ort.	Std. Sapm	Ort.	Std. Sapma		
D6.Arteriyel tansiyonumu son 1 yıl içinde en az 1 kez olmak üzere düzenli olarak ölçtürürüm.	3,69	1,28	3,60	1,36	3,85	1,24	11,238	,000*
D7.5 yılda bir serum lipit düzeyime baktırırım.	3,76	1,29	3,61	1,36	3,88	1,25	13,005	,000*
D8.5 yılda bir troid fonksiyon testlerini yaptırırım.	3,64	1,34	3,46	1,40	3,67	1,31	9,975	,000*
D9.3 yılda bir açlık kan şekerime (AKŞ) baktırırım	3,77	1,30	3,63	1,36	3,90	1,25	12,255	,000*
D10.Her yıl gaitada gizli kan testi yaptırırım.	2,16	1,37	2,15	1,36	2,17	1,35	,042	,959
D11.10 yılda 1 kolonoskopi yaptırırım.	2,00	1,39	2,01	1,40	2,05	1,39	,498	,608
D12.5 yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırırım.#	2,89	1,06	2,90	,90	2,89	,80	,092	,912
D13.Ayda 1 kez kendi kendime meme muayenesi yaparım (20 yaş üstü iseniz).#	3,12	,96	3,04	,80	2,98	,77	10,747	,000*
D14.2 yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yaptırırım (40-69 yaş arası).#	2,81	1,05	2,83	,89	2,87	,81	1,483	,227
D15.Prostat kanserinin erken tanısı amaçlı üroloji uzmanına başvururum (40 yaş üstü iseniz).##	2,75	1,16	2,64	1,29	2,63	1,32	5,415	,004*
DAVRANIŞ SKOR	2,69	,77	2,55	,80	2,66	,72	15,208	,000*

*: p<0,05 anlamlı farklılık

#: Sadece kadınların yanıtlanması gerekmektedir (1440 kadın aile hekimi)

##: Sadece erkeklerin yanıtlanması gerekmektedir (3743 erkek aile hekimi)

Tablo 25 aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelerle ilişkin davranışlarının sigara kullanma durumuna göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberinde yer alan ifadelerle yönelik davranışları gerçekleştirme sıklığı (davranış skoru) sigara kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir (t=15,208; p<0,05). Sigara kullanmayan aile hekimlerinin davranış skoru (\bar{x} : 2,69), sigara kullanan (\bar{x} : 2,55) ve daha önce kullanmış olup artık kullanmayan (\bar{x} :

2,66) aile hekimlerine göre yüksek bulunmuştur. Ayrıca sigara kullananların davranış ifadelerine verdikleri yanıtların ortalaması diğer gruplardan çoğunlukla düşüktür.

Tablo 25 incelendiğinde 15 davranış ifadesinden 10 tanesinde sigara kullanma durumuna göre anlamlı farklılıkların belirlendiği görülmektedir. Bu ifadeler “*Yılda en az bir kez ağırlık, boy ve (BKI) Beden Kitle İndeksi ölçümlerimi yaptırırım*”, “*Yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlerimi yaptırırım*”, “*Düzenli olarak günlük fiziksel aktivitede (tempolu yürüyüş vb.) yaparım*”, “*Günde 81 mg aspirin düzenli olarak kullanırım*”, “*Arteriyel tansiyonumu son 1 yıl içinde en az 1 kez olmak üzere düzenli olarak ölçtürürüm*”, “*5 yılda bir serum lipit düzeyime baktırırım*”, “*5 yılda bir troid fonksiyon testlerini yaptırırım*”, “*3 yılda bir açlık kan şekere (AKŞ) baktırırım*”, “*Ayda 1 kez kendi kendime meme muayenesi yaparım (20 yaş üstü iseniz)*” ve “*Prostat kanserinin erken tanısı amaçlı üroloji uzmanına başvururum (40 yaş üstü iseniz)*” şeklinde sıralanmaktadır. Sigara kullanma durumuna göre gruplar arasında farklılıkların bulunduğu ifadelerde sigara kullanmayanların ya da kullanıp bırakanların yanıt ortalamalarının sigara kullananlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan çoklu karşılaştırma analizi (Post Hoc Tests: LSD testi) farklılığın sigara kullanmayanlar grubundan kaynaklandığını belirlemiştir. Ayrıca D2, D13 ve D15 ifadeleri dışında kalan diğer bütün davranış ifadelerine yönelik hekimlerin verdikleri yanıtların ortalaması sigara kullanıp, 1 yıl veya daha öncesinde bırakan grupta diğer iki gruba göre daha yüksektir.

Sonuç olarak Hipotez 12 davranış skoru ve yukarıda belirtilen 10 davranış ifadesi için kabul edilmiştir.

Tablo 26. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkında Genel Bilgilerinin Alkol Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkında Genel Bilgi İfadeleri	Alkol Kullanmayan (n= 3748)		Alkol Nadiren Kullanan (n= 1292)		Alkolü Düzenli Kullanan (n= 143)		F	p
	Ort.	Std. Sapm	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma		
B9. Periyodik sağlık muayenesi kardiyovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisinde etkilidir.	3,87	1,07	3,85	1,05	3,73	1,20	1,489	,226
B10. 06-65 yaş grubu bireylerde obezitenin önlenmesi, metabolik sendrom değerlendirilmesi amacıyla yılda bir kez ağırlık, boy, (BKI) Beden Kitle İndeksi ve bel çevresi ölçümleri önemlidir.	3,79	1,11	3,68	1,13	3,61	1,23	5,317	,005*
B11. Düzenli fiziksel aktivite obezitenin önlenmesi, kemik sağlığının korunması amacı ile periyodik muayene sırasında sorgulanmalıdır.	3,94	1,05	3,90	1,04	3,85	1,15	,987	,373
B12. 35-80 yaş grubu erişkinlerde günde 81 mg aspirin alınması önemlidir.	2,50	1,08	2,54	1,09	2,60	1,19	1,310	,270
B13. 25 yaşından büyük yetişkinlerde başvuru sebebinden bağımsız olarak yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçümü önemlidir.	1,95	1,02	1,94	1,02	2,06	1,19	,876	,417
B14. 18 yaşından büyük tüm kişilerde hiperlipidemi, kardiyovasküler olay, diabetes mellitusun erken tanısı amaçlı beş yılda bir serum lipit profili taramasının yapılması önemlidir.	3,85	1,08	3,81	1,15	3,71	1,25	1,605	,201
B15. 35 yaşın üzerindeki tüm erişkinlere on yılda bir tiroid fonksiyon testlerinin (TFT) yapılması önemlidir.	2,07	1,02	2,09	1,05	2,22	1,18	1,694	,184
B16. Obez veya kilolu (BKİ \geq 25 kg/m ²) ve özellikle santral obezitesi (bel çevresi kadında >88 cm, erkekte >102 cm) olan kişilerde 45 yaşından itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yapılması önemlidir.	4,06	1,00	4,07	1,00	3,90	1,14	1,713	,180
B17. 50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinlerde kolorektal kanserin erken tanısı amacıyla iki yılda bir gaitada gizli kan testi yapılması önemlidir.	1,96	1,02	2,03	1,06	2,10	1,16	2,694	,068
B18. 50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinlerde her on yılda bir gaitada gizli kan testinin yanı sıra kolonoskopi yapılması önemlidir.	3,89	1,06	3,83	1,11	3,69	1,18	3,236	,039*

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkında Genel Bilgi İfadeleri	Alkol Kullanmayan (n= 3748)		Alkol Nadiren Kullanan (n= 1292)		Alkolü Düzenli Kullanan (n= 143)		F	p
	Ort.	Std. Sapm	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma		
B19. 40-65 yaş arası kadınlarda her beş yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yapılması önemlidir.	1,96	1,01	2,00	1,03	2,08	1,14	1,438	,238
B20. 20 yaş üstü kadınlarda meme kanserinin erken tanısı amacıyla kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi verilmesi ve ayda bir kez uygulamasının önerilmesi önemlidir.	4,11	1,03	4,12	1,05	3,99	1,22	1,142	,319
B21. 40-69 yaş arası tüm kadınlarda iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yapılması önemlidir.	3,96	1,04	3,96	1,04	3,88	1,20	,370	,691
B22. Ailesinde prostat kanseri hikayesi olan 40 yaşından büyük erkekler ve aile hikayesi olmayan 50 yaşından büyük erkeklerde prostat kanseri ile ilgili kişinin bilgilendirilmesi ve bir üroloji uzmanına yönlendirilmesi gerekmektedir.	4,08	,99	4,05	1,01	3,87	1,17	3,666	,026*
GENEL BİLGİ SKOR	3,28	,30	3,27	,30	3,23	,33	2,129	,119

*: p<0,05 anlamlı farklılık

Tablo 26 aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelerle ilişkin genel bilgilerinin alkol kullanma durumuna göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberi içerisinde yer alan ifadelerle ilişkin bilgi düzeyleri ortalaması (genel bilgi skoru) alkol kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir (t=2,129; p>0,05). Alkol kullanmayan ve nadiren kullanan aile hekimlerinin genel bilgi skorları birbirine oldukça yakın bulunurken (\bar{x} : 3,28; 3,27) düzenli olarak alkol kullanan aile hekimlerinin genel bilgi skorları daha düşük (\bar{x} : 3,23) olarak saptanmıştır.

“06-65 yaş grubu bireylerde obezitenin önlenmesi, metabolik sendrom değerlendirilmesi amacıyla yılda bir kez ağırlık, boy, (BKI) Beden Kitle İndeksi ve bel çevresi ölçümleri önemlidir”, “50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinlerde her on yılda bir gaitada gizli kan

testinin yanısıra kolonoskopi yapılması önemlidir” ve “Ailesinde prostat kanseri hikayesi olan 40 yaşından büyük erkekler ve aile hikayesi olmayan 50 yaşından büyük erkeklerde prostat kanseri ile ilgili kişinin bilgilendirilmesi ve bir üroloji uzmanına yönlendirilmesi gerekmektedir” ifadelerine ilişkin aile hekimlerinin verdikleri yanıtların ortalaması ise alkol kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir. Dolayısı ile genel bilgiler kısmında aile hekimlerine yöneltilen 14 ifadenin 3’ü alkol kullanma durumuna göre anlamlı farklılık gösterirken, 11 tanesi anlamlı farklılık göstermemektedir. Yapılan çoklu karşılaştırma analizi (Post Hoc Tets: LSD testi) bu ifadelerde farklılığı yaratan grubun düzenli olarak alkol kullanan aile hekimlerinden kaynaklandığını belirlemiştir.

Sonuç olarak Hipotez 13 genel bilgi skoru için reddedilmiştir, yukarıda belirtilen 3 genel bilgi ifadesi için ise kabul edilmiştir.

Tablo 27. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkındaki Tutumlarının Alkol Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkında Tutum İfadeleri	Alkol Kullanmayan (n= 3748)		Alkol Nadiren Kullanan (n= 1292)		Alkolü Düzenli Kullanan		F	p
	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma		
T1. Ailesel öyküsü olan 40 yaş altı bireylerde ailesel öyküsü olmayan 40 yaş üstü bireylerde ise düzenli olarak kardiyovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	3,81	1,13	3,79	1,12	3,66	1,27	1,333	,264
T2. 06-65 yaş grubu bireylerde ağırlık, boy, Beden Kitle İndeksi (BKI) ölçümleri yılda bir yapılmalıdır.	3,80	1,16	3,71	1,19	3,56	1,35	5,055	,006*
T3. 06-65 yaş grubu bireylerde yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlerini yapılmalıdır.	3,71	1,19	3,60	1,22	3,52	1,39	5,379	,005*
T4. Düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (30 dakika tempolu yürüyüş) yapılmalıdır.	3,79	1,21	3,73	1,22	3,65	1,32	1,966	,140
T5. 45-80 yaş grubu bireyler her gün düzenli olarak aspirin almalıdır.	3,10	1,38	2,99	1,37	3,15	1,45	3,422	,033*
T6. 18 yaşından büyük tüm bireyler yılda en az 1 (bir) kez tansiyon arteriyel ölçümü yaptırmalıdır.	3,96	1,15	3,97	1,13	3,86	1,27	,546	,579

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkında Tutum İfadeleri	Alkol Kullanmayan (n= 3748)		Alkol Nadiren Kullanan (n= 1292)		Alkolü Düzenli Kullanan (n= 143)		F	p
	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma		
T7.35 yaşından büyük tüm bireylerde serum lipit düzeyine bakılmalıdır.	3,88	1,17	3,88	1,17	3,78	1,30	,501	,606
T8.35 yaşın üzerindeki tüm erişkinler beş yılda bir tiroid fonksiyon testi (TFT) yaptırmalıdır.	3,85	1,20	3,83	1,20	3,77	1,28	,346	,708
T9.Obez veya kilolu olan kişiler 45 yaşın itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yaptırmalıdır.	3,99	1,16	3,99	1,18	3,81	1,34	1,613	,199
T10.50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinler yılda bir gaitada gizli kan testi yaptırmalıdır.	3,27	1,47	3,13	1,47	3,26	1,53	4,348	,013*
T11.50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinler her on yılda bir kolonoskopi yaptırmalıdır.	3,11	1,50	2,99	1,49	3,16	1,54	3,034	,048*
T12.30-65 yaş arası kadınlar her beş yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırmalıdır.#	3,41	,97	3,29	,85	3,16	,81	11,087	,000*
T13.20 yaş üstü kadınlar kendi kendine meme muayenesini ayda bir kez uygulamalıdır.#	3,45	,96	3,31	,87	3,19	,83	14,346	,000*
T14.40-69 yaş arası tüm kadınlar yılda bir hekim tarafından rutin klinik muayene yaptırmalı ve iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi çektirmelidir.#	3,38	,94	3,26	,84	3,17	,79	10,773	,000*
T15.40 yaşın üstündeki erkekler prostat kanserinin erken tanısı amacıyla yönelik üroloji uzmanına başvurmalıdır.##	3,50	1,15	3,44	1,22	3,57	1,24	1,351	,259
TUTUM SKOR	3,21	,88	3,08	,83	3,01	,95	12,461	,000*

*: p<0,05 anlamlı farklılık

#: Sadece kadınların yanıtlanması gerekmektedir (1440 kadın aile hekimi)

##: Sadece erkeklerin yanıtlanması gerekmektedir (3743 erkek aile hekimi)

Tablo 27 aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelerle ilişkin tutumlarının alkol kullanma durumuna göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberi hakkındaki tutumlarını belirlemek için oluşturulan ifadelerle yönelik verdikleri yanıtların ortalaması (tutum skoru) alkol kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir (t=12,461; p<0,05). Alkol kullanmayan aile hekimlerinin tutum skoru (\bar{x} : 3,21), alkolü nadiren kullanan (\bar{x} : 3,08) ve düzenli kullanan (\bar{x} : 3,01) aile hekimlerinkine göre daha yüksek olarak saptanmıştır.

Tablo 27 incelendiğinde 15 tutum ifadesinden 8 tanesinde alkol kullanma durumuna göre anlamlı farklılıkların belirlendiği görülmektedir. Bu ifadeler “06-65 yaş grubu bireylerde ağırlık, boy, Beden Kitle İndeksi ölçümleri (BKI) yılda bir yapılmalıdır”, “06-65 yaş grubu bireylerde yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlerimi yapılmalıdır”, “45-80 yaş grubu bireyler her gün düzenli olarak aspirin almalıdır”, “50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinler yılda bir gaitada gizli kan testi yaptırmalıdır”, “50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinler her on yılda bir kolonoskopi yaptırmalıdır”, “30-65 yaş arası kadınlar her beş yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırmalıdır”, “20 yaş üstü kadınlar kendi kendine meme muayenesini ayda bir kez uygulamalıdır” ve “40-69 yaş arası tüm kadınlar yılda bir hekim tarafından rutin klinik muayene yaptırmalı ve iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi çektirmelidir” şeklinde sıralanmaktadır. Alkol kullanma durumuna göre gruplar arasında farklılıkların bulunduğu ifadelerde çoğunlukla alkol kullanmayanların ortalamalarının diğer iki gruba göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan çoklu karşılaştırma analizi (Post Hoc Tests: LSD testi) farklılığın alkol kullanmayan aile hekimleri grubundan kaynaklandığını belirlemiştir.

Sonuç olarak Hipotez 14 tutum skoru ve yukarıda belirtilen 8 tutum ifadesi için kabul edilmiştir.

Tablo 28. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkındaki Davranışlarının Alkol Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkında Davranış İfadeleri	Alkol Kullanmayan (n= 3748)		Alkol Nadiren Kullanan (n= 1292)		Alkolü Düzenli Kullanan		F	p
	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma		
D1.Kardiyovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi yaptırım.	3,37	1,14	3,43	1,12	3,21	1,34	2,758	,063
D2.Yılda en az bir kez ağırlık, boy ve Beden Kitle İndeksi (BKI) ölçümlerimi yaptırım.	3,59	1,18	3,54	1,18	3,29	1,36	4,970	,007*
D3.Yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlerimi yaptırım.	3,42	1,22	3,36	1,24	3,07	1,37	5,971	,003*
D4.Düzenli olarak günlük fiziksel aktivitede (tempolu yürüyüş vb.) yaparım.	3,42	1,22	3,36	1,24	3,07	1,37	5,973	,003*
D5.Günde 81 mg aspirin düzenli olarak kullanırım.	2,27	1,41	2,22	1,40	2,59	1,62	4,532	,011*
D6.Arteriyel tansiyonumu son 1 yıl içinde en az 1 kez olmak üzere düzenli olarak ölçtürürüm.	3,68	1,30	3,79	1,27	3,59	1,41	4,279	,014*
D7.5 yılda bir serum lipit düzeyime baktırım.	3,73	1,31	3,82	1,27	3,63	1,37	3,355	,035*
D8.5 yılda bir troid fonksiyon testlerini yaptırım.	3,59	1,36	3,65	1,33	3,50	1,39	1,418	,242
D9.3 yılda bir açlık kan şekere (AKŞ) baktırım	3,75	1,31	3,84	1,28	3,58	1,43	3,747	,024*
D10.Her yıl gaitada gizli kan testi yaptırım.	2,18	1,37	2,09	1,33	2,29	1,47	2,924	,054
D11.10 yılda 1 kolonoskopi yaptırım.	2,02	1,40	1,98	1,37	2,20	1,51	1,810	,164
D12.5 yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV Testi) yaptırım.#	2,88	1,01	2,94	,85	2,84	,80	1,929	,145
D13.Ayda 1 kez kendi kendime meme muayenesi yaparım (20 yaş üstü iseniz).#	3,09	,92	3,03	,80	2,94	,78	4,203	,015*
D14.2 yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yaptırım (40-69 yaş arası).#	2,80	1,01	2,88	,85	2,92	,76	3,945	,019*
D15.Prostat kanserinin erken tanısı amaçlı üroloji uzmanına başvururum (40 yaş üstü iseniz).##	2,73	1,19	2,61	1,29	2,56	1,42	5,499	,004*
DAVRANIŞ SKOR	2,66	,77	2,61	,74	2,50	,86	4,478	,011*

*: p<0,05 anlamlı farklılık

#: Sadece kadınların yanıtlanması gerekmektedir (1440 kadın aile hekimi).

##: Sadece erkeklerin yanıtlanması gerekmektedir (3743 erkek aile hekimi)

Tablo 28 aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelerle ilişkin davranışlarının alkol kullanma durumuna göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberinde yer alan ifadelerle yönelik davranışları gerçekleştirme sıklığı (davranış skoru) alkol kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($t=15,208$; $p<0,05$). Alkol kullanmayan aile hekimlerinin davranış skor ortalaması (\bar{x} : 2,66), alkolü nadiren kullanan (\bar{x} : 2,61) ve düzenli kullanan (\bar{x} : 2,50) aile hekimlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca düzenli alkol kullanan aile hekimlerinin davranış ifadelerine verdikleri yanıtların ortalaması nadiren kullanan ve hiç kullanmayan aile hekimlerinin yanıt ortalamalarına göre D5, D10, D11 ve D14 ifadeleri hariç daha düşüktür.

Tablo 28 incelendiğinde aile hekimlerinin 15 davranış ifadesinden 10 tanesine verdikleri yanıtların ortalamasının alkol kullanıp kullanmamaya bağlı olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmektedir. Bu ifadeler “*Yılda en az bir kez ağırlık, boy ve (BKI) Beden Kitle İndeksi ölçümlerimi yaptırırım*”, “*Yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlerimi yaptırırım*”, “*Düzenli olarak günlük fiziksel aktivitede (tempolu yürüyüş vb.) yaparım*”, “*Günde 81 mg aspirin düzenli olarak kullanırım*”, “*Arteriyel tansiyonumu son 1 yıl içinde en az 1 kez olmak üzere düzenli olarak ölçtürürüm*”, “*5 yılda bir serum lipit düzeyime baktırırım*”, “*3 yılda bir açlık kan şekere (AKŞ) baktırırım*”, “*Ayda 1 kez kendi kendime meme muayenesi yaparım (20 yaş üstü iseniz)*”, “*2 yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yaptırırım (40-69 yaş arası)*” ve “*Prostat kanserinin erken tanısı amaçlı üroloji uzmanına başvururum (40 yaş üstü iseniz)*” şeklinde sıralanmaktadır. Alkol kullanma durumuna göre gruplar arasında farklılıkların bulunduğu ifadelerde D5 ve D14 ifadeleri dışında alkol kullanmayan ve alkolü nadir kullanan hekimlerin verdikleri yanıtların ortalaması alkolü düzenli kullanan hekimlerin yanıt ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Yapılan çoklu karşılaştırma analizi (Post Hoc Tests: LSD testi) farklılığın alkolü düzenli kullanan aile hekimleri grubundan kaynaklandığını göstermiştir.

Sonuç olarak Hipotez 15 davranış skoru ve yukarıda belirtilen 10 davranış ifadesi için kabul edilmiştir.

Tablo 29. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkında Genel Bilgilerinin Kronik Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılması

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkında Genel Bilgi İfadeleri	Kronik Hastalığı Olmayan (n= 4011)		Kronik Hastalığı Olan (n= 1172)		t	p
	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma		
B9. Periyodik sağlık muayenesi kardiyovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisinde etkilidir.	3,85	1,07	3,90	1,06	-1,247	,213
B10. 06-65 yaş grubu bireylerde obezitenin önlenmesi, metabolik sendrom değerlendirilmesi amacıyla yılda bir kez ağırlık, boy, Beden Kitle İndeksi (BKI) ve bel çevresi ölçümleri önemlidir.	3,76	1,12	3,76	1,14	-,004	,997
B11. Düzenli fiziksel aktivite obezitenin önlenmesi, kemik sağlığının korunması amacı ile periyodik muayene sırasında sorgulanmalıdır.	3,93	1,05	3,94	1,06	-,290	,772
B12. 35-80 yaş grubu erişkinlerde günde 81 mg aspirin alınması önemlidir.	2,53	1,08	2,45	1,10	2,092	,036*
B13. 25 yaşından büyük yetişkinlerde başvuru sebebinden bağımsız olarak yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçümü önemlidir.	1,95	1,02	1,92	1,04	,967	,333
B14. 18 yaşından büyük tüm kişilerde hiperlipidemi, kardiyovasküler olay, diabetes mellitusun erken tanısı amaçlı beş yılda bir serum lipit profili taramasının yapılması önemlidir.	3,82	1,11	3,87	1,10	-1,455	,146
B15. 35 yaşın üzerindeki tüm erişkinlere on yılda bir tiroid fonksiyon testlerinin (TFT) yapılması önemlidir.	2,09	1,04	2,04	1,03	1,358	,175
B16. Obez veya kilolu (BKİ \geq 25 kg/m ²) ve özellikle santral obezitesi (bel çevresi kadında >88 cm, erkekte >102 cm) olan kişilerde 45 yaşından itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yapılması önemlidir.	4,05	1,01	4,08	1,00	-1,021	,307
B17. 50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinlerde kolorektal kanserin erken tanısı amacıyla iki yılda bir gaitada gizli kan testi yapılması önemlidir.	1,99	1,03	1,97	1,04	,567	,571
B18. 50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinlerde her on yılda bir gaitada gizli kan testinin yanısıra kolonoskopi yapılması önemlidir.	3,86	1,08	3,90	1,09	-,998	,318
B19. 40-65 yaş arası kadınlarda her beş yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yapılması önemlidir.	1,97	1,01	1,97	1,02	,127	,899

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkında Genel Bilgi İfadeleri	Kronik Hastalığı Olmayan (n= 4011)		Kronik Hastalığı Olan (n= 1172)		t	p
	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma		
B20. 20 yaş üstü kadınlarda meme kanserinin erken tanısı amacıyla kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi verilmesi ve ayda bir kez uygulamasının önerilmesi önemlidir.	4,11	1,04	4,14	1,04	-,939	,348
B21. 40-69 yaş arası tüm kadınlarda iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yapılması önemlidir.	3,95	1,04	3,97	1,04	-,631	,528
B22. Ailesinde prostat kanseri hikayesi olan 40 yaşından büyük erkekler ve aile hikayesi olmayan 50 yaşından büyük erkeklerde prostat kanseri ile ilgili kişinin bilgilendirilmesi ve bir üroloji uzmanına yönlendirilmesi gerekmektedir.	4,07	1,00	4,06	1,00	,197	,844
GENEL BİLGİ SKOR	3,27	,303	3,28	,301	-,335	,738

*: p<0,05 anlamlı farklılık

Tablo 29 aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelerle ilişkin genel bilgilerinin kronik hastalığı olup olmama durumuna göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberi içerisinde yer alan ifadelerle ilişkin bilgi düzeyleri ortalaması (genel bilgi skoru) kronik hastalık durumuna göre farklılık göstermemektedir ($t=-0,335$; $p>0,05$). Kronik hastalığı olan (\bar{x} : 3,28) ve olmayan (\bar{x} : 3,27) aile hekimlerinin genel bilgi skorları birbirine yakın olarak hesaplanmıştır. Ayrıca kronik hastalığı olan aile hekimlerinin genel bilgi ifadelerine verdikleri yanıtların ortalaması birbirine oldukça yakın olmakla birlikte kronik hastalığı olmayan gruba göre daha yüksektir.

Aile hekimlerinin sadece “35-80 yaş grubu erişkinlerde günde 81 mg aspirin alınması önemlidir” ifadesini verdikleri yanıt ortalaması herhangi bir kronik hastalığın var olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir. Dolayısı ile genel bilgiler kısmında aile hekimlerine yöneltilen 14 ifadenin sadece biri kronik hastalık durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir. Araştırma açısından elde edilen sonuç aile hekimlerinin herhangi

bir kronik hastalığının olup olmamasının “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkındaki genel bilgi düzeylerini etkilemediğini göstermiştir.

Sonuç olarak Hipotez 16 genel bilgi skoru için reddedilmiştir, yukarıda belirtilen sadece bir genel bilgi ifadesi için kabul edilmiştir.

Tablo 30. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkındaki Tutumlarının Kronik Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılması

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkında Tutum İfadeleri	Kronik Hastalığı Olmayan (n= 4011)		Kronik Hastalığı Olan (n= 1172)		t	p
	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma		
T1. Ailesel öyküsü olan 40 yaş altı bireylerde ailesel öyküsü olmayan 40 yaş üstü bireylerde ise düzenli olarak kardiyovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	3,77	1,14	3,91	1,11	-3,688	,000*
T2. 06-65 yaş grubu bireylerde ağırlık, boy, Beden Kitle İndeksi (BKI) ölçümleri yılda bir yapılmalıdır.	3,75	1,18	3,85	1,15	-2,602	,009*
T3. 06-65 yaş grubu bireylerde yılda en az bir kez bel çevresi ölçümleri yapılmalıdır.	3,66	1,21	3,75	1,19	-2,359	,018*
T4. Düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (30 dakika tempolu yürüyüş) yapılmalıdır.	3,78	1,20	3,74	1,25	,863	,388
T5. 45-80 yaş grubu bireyler her gün düzenli olarak aspirin almalıdır.	3,03	1,37	3,23	1,39	-4,497	,000*
T6. 18 yaşından büyük tüm bireyler yılda en az 1 (bir) kez tansiyon arteriyel ölçümü yaptırmalıdır.	3,91	1,16	4,13	1,10	-5,805	,000*
T7. 35 yaşından büyük tüm bireylerde serum lipit düzeyine bakılmalıdır.	3,83	1,19	4,04	1,12	-5,340	,000*
T8. 35 yaşın üzerindeki tüm erişkinler beş yılda bir tiroid fonksiyon testi (TFT) yaptırmalıdır.	3,80	1,21	3,96	1,17	-4,041	,000*
T9. Obez veya kilolu olan kişiler 45 yaşın itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yaptırmalıdır.	3,94	1,18	4,13	1,12	-4,896	,000*
T10. 50-70 yaş grubundaki yetişkinler yılda bir gaitada gizli kan testi yaptırmalıdır.	3,22	1,47	3,26	1,48	-,690	,490
T11. 50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinler her on yılda bir kolonoskopi yaptırmalıdır.	3,06	1,50	3,12	1,51	-1,161	,246

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkında Tutum İfadeleri	Kronik Hastalığı Olmayan (n= 4011)		Kronik Hastalığı Olan (n= 1172)		t	p
	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma		
T12. 30-65 yaş arası kadınlar her beş yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırmalıdır.#	3,39	,95	3,31	,92	2,626	,009*
T13. 20 yaş üstü kadınlar kendi kendine meme muayenesini ayda bir kez uygulamalıdır.#	3,43	,94	3,34	,92	2,803	,005*
T14. 40-69 yaş arası tüm kadınlar yılda bir hekim tarafından rutin klinik muayene yaptırmalı ve iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi çektirmelidir.#	3,36	,92	3,29	,89	2,331	,020*
T15. 40 yaşın üstündeki erkekler prostat kanserinin erken tanısı amacıyla yönelik üroloji uzmanına başvurmalıdır.##	3,47	1,16	3,54	1,19	-1,701	,089
TUTUM SKOR	3,16	,88	3,22	,83	-2,230	,026*

*: p<0,05 anlamlı farklılık

#: Sadece kadınların yanıtlanması gerekmektedir (1440 kadın aile hekimi)

##: Sadece erkeklerin yanıtlanması gerekmektedir (3743 erkek aile hekimi)

Tablo 30 aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelerle ilişkin tutumlarının kronik hastalık durumuna göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberi hakkındaki tutumlarını belirlemek için oluşturulan ifadelerle yönelik verdikleri yanıtların ortalaması (tutum skoru) kronik bir hastalığın mevcut olup olmamasına göre anlamlı farklılık göstermektedir (t=-2,230; p<0,05). Kronik hastalığı olan aile hekimlerinin tutum skoru (\bar{x} : 3,22), kronik hastalığı olmayan aile hekimlerinkinden (\bar{x} : 3,16) daha yüksek olarak saptanmıştır. Ayrıca kronik hastalığı olan aile hekimlerinin tutum ifadelerine verdikleri yanıtların ortalaması kronik hastalığı olmayan gruba göre daha yüksektir.

Aile hekimlerinin 15 tutum ifadesinden 11’ine verdikleri yanıtların ortalaması kronik hastalığa sahip olup olmama durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir Dolayısı ile aile hekimlerinin kronik hastalığa sahip olup olmamaları “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkındaki tutumlarını anlamı olarak değiştirebilmektedir.

Sonuç olarak Hipotez 17 tutum skoru ve yukarıda belirtilen 11 tutum ifadesi için kabul edilmiştir.

Tablo 31. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkındaki Davranışlarının Kronik Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılması

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkında Davranış İfadeleri	Kronik Hastalığı Olmayan (n= 4011)		Kronik Hastalığı Olan (n= 1172)		t	p
	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma		
D1. Kardiyovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi yaptırım.	3,33	1,14	3,56	1,11	-6,125	,000*
D2. Yılda en az bir kez ağırlık, boy ve Beden Kitle İndeksi (BKI) ölçümlemlerimi yaptırım.	3,54	1,19	3,67	1,16	-3,543	,000*
D3. Yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlemlerimi yaptırım.	3,36	1,24	3,51	1,20	-3,634	,000*
D4. Düzenli olarak günlük fiziksel aktivitede (tempolu yürüyüş vb.) yaparım.	3,36	1,24	3,51	1,20	-3,635	,000*
D5. Günde 81 mg aspirin düzenli olarak kullanırım.	2,14	1,36	2,71	1,53	-12,302	,000*
D6. Arteriyel tansiyonumu son 1 yıl içinde en az 1 kez olmak üzere düzenli olarak ölçtürürüm.	3,60	1,30	4,06	1,21	-10,896	,000*
D7. 5 yılda bir serum lipit düzeyime baktırım.	3,65	1,31	4,07	1,22	-9,577	,000*
D8. 5 yılda bir troid fonksiyon testlerini yaptırım.	3,52	1,36	3,90	1,29	-8,562	,000*
D9. 3 yılda bir açlık kan şekerime (AKŞ) baktırım	3,67	1,31	4,09	1,24	-9,868	,000*
D10. Her yıl gaitada gizli kan testi yaptırım.	2,13	1,35	2,27	1,40	-2,994	,003*
D11. 10 yılda 1 kolonoskopi yaptırım.	1,98	1,38	2,12	1,42	-2,882	,004*
D12. 5 yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırım.#	2,88	,99	2,93	,89	-1,393	,164
D13. Ayda 1 kez kendi kendime meme muayenesi yaparım (20 yaş üstü iseniz).#	3,07	,89	3,06	,85	,353	,724
D14. 2 yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yaptırım (40-69 yaş arası).#	2,80	,99	2,91	,89	-3,497	,000*
D15. Prostat kanserinin erken tanısı amaçlı üroloji uzmanına başvururum (40 yaş üstü iseniz).##	2,69	1,20	2,73	1,30	-1,101	,271

DAVRANIŞ SKOR	2,60	,78	2,80	,71	-7,940	,000*
----------------------	------	-----	------	-----	--------	-------

*: $p < 0,05$ anlamlı farklılık

#: Sadece kadınların yanıtlanması gerekmektedir (1440 kadın aile hekimi)

##: Sadece erkeklerin yanıtlanması gerekmektedir (3743 erkek aile hekimi)

Tablo 31 aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelere ilişkin davranışlarının kronik hastalık durumuna göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberinde yer alan ifadelere yönelik davranışları gerçekleştirme sıklığı (davranış skoru) kronik bir hastalığa sahip olup olmamalarına göre farklılık göstermektedir ($t = -7,940$; $p < 0,05$). Kronik hastalığı olan aile hekimlerinin davranış skorları (\bar{x} : 2,80) kronik hastalığı olmayan aile hekimlerinkinden (\bar{x} : 2,60) daha yüksek olarak saptanmıştır. Ayrıca kronik hastalığı olan aile hekimlerinin davranış ifadelerine verdikleri yanıtların ortalaması kronik hastalığı olmayan gruba göre daha yüksektir.

Tablo 31 aile hekimlerinin 15 davranış ifadesinden 12’sine verdikleri yanıtların ortalamasının kronik hastalığa sahip olup olmamalarına göre anlamlı farklılığa sahip olduğunu göstermektedir. Bu araştırma açısından aile hekimlerinin kronik hastalığa sahip olup olmamaları “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkındaki davranışlarını anlamı olarak değiştirebilmektedir.

Sonuç olarak Hipotez 18 davranış skoru ve yukarıda belirtilen 12 davranış ifadesi için kabul edilmiştir.

Tablo 32. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkında Genel Bilgilerinin Kansere Hastalığı Durumuna Göre Karşılaştırılması

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkında Genel Bilgi İfadeleri	Kansere Hastalığı Olmayan (n= 5098)		Kansere Hastalığı Olan (n= 85)		t	p
	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma		
B9. Periyodik sağlık muayenesi kardiyovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisinde etkilidir.	3,86	1,07	3,89	1,20	-,268	,789
B10. 06-65 yaş grubu bireylerde obezitenin önlenmesi, metabolik sendrom değerlendirilmesi amacıyla yılda bir kez ağırlık, boy, Beden Kitle İndeksi (BKI) ve bel çevresi ölçümleri önemlidir.	3,76	1,12	3,85	1,24	-,746	,456
B11. Düzenli fiziksel aktivite obezitenin önlenmesi, kemik sağlığının korunması amacı ile periyodik muayene sırasında sorgulanmalıdır.	3,93	1,05	3,91	1,24	,204	,839
B12. 35-80 yaş grubu erişkinlerde günde 81 mg aspirin alınması önemlidir.	2,51	1,08	2,48	1,14	,235	,814
B13. 25 yaşından büyük yetişkinlerde başvuru sebebinden bağımsız olarak yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçümü önemlidir.	1,95	1,02	1,74	,97	1,857	,063
B14. 18 yaşından büyük tüm kişilerde hiperlipidemi, kardiyovasküler olay, diabetes mellitusun erken tanısı amaçlı beş yılda bir serum lipit profili taramasının yapılması önemlidir.	3,83	1,10	3,81	1,19	,179	,858
B15. 35 yaşın üzerindeki tüm erişkinlere on yılda bir tiroid fonksiyon testlerinin (TFT) yapılması önemlidir.	2,08	1,03	1,92	1,01	1,429	,153
B16. Obez veya kilolu ($BKI \geq 25$ kg/m ²) ve özellikle santral obezitesi (bel çevresi kadında >88 cm, erkekte >102 cm) olan kişilerde 45 yaşından itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yapılması önemlidir.	4,05	1,01	4,08	1,09	-,248	,804
B17. 50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinlerde kolorektal kanserin erken tanısı amacıyla iki yılda bir gaitada gizli kan testi yapılması önemlidir.	1,98	1,03	1,85	1,09	1,206	,228
B18. 50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinlerde her on yılda bir gaitada gizli kan testinin yanısıra kolonoskopi yapılması önemlidir.	3,87	1,08	3,95	1,14	-,735	,462
B19. 40-65 yaş arası kadınlarda her beş yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yapılması önemlidir.	1,97	1,01	1,86	1,04	1,037	,300

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkında Genel Bilgi İfadeleri	Kanser Hastalığı Olmayan (n= 5098)		Kanser Hastalığı Olan (n= 85)		t	p
	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma		
B20. 20 yaş üstü kadınlarda meme kanserinin erken tanısı amacıyla kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi verilmesi ve ayda bir kez uygulamasının önerilmesi önemlidir.	4,11	1,04	4,31	1,09	-1,719	,086
B21. 40-69 yaş arası tüm kadınlarda iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yapılması önemlidir.	3,95	1,04	4,08	1,13	-1,131	,258
B22. Ailesinde prostat kanseri hikayesi olan 40 yaşından büyük erkekler ve aile hikayesi olmayan 50 yaşından büyük erkeklerde prostat kanseri ile ilgili kişinin bilgilendirilmesi ve bir üroloji uzmanına yönlendirilmesi gerekmektedir.	4,07	1,00	4,19	1,05	-1,103	,270
GENEL BİLGİ SKOR	3,28	,30	3,27	,32	,026	,979

*: p<0,05 anlamlı farklılık

Tablo 32 aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelerle ilişkin genel bilgilerinin kanser hastalığı durumuna göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberi içerisinde yer alan ifadelerle ilişkin bilgi düzeyleri ortalaması (genel bilgi skoru) kanser hastalığı durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir (t=0,026; p>0,05). Kanser hastalığı olan (\bar{x} : 3,28) ve olmayan aile hekimlerinin (\bar{x} : 3,27) genel bilgi skorları birbirine yakın olarak hesaplanmıştır. Ayrıca kanser hastalığı olan aile hekimlerinin genel bilgi ifadelerine verdikleri yanıtların ortalaması kanser hastalığı olmayan gruba göre daha yüksektir.

Genel bilgiler kısmında aile hekimlerine yöneltilen 14 ifadenin tamamına verilen yanıtlar hekimlerin kanser hastalığı durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Araştırma açısından değerlendirildiğinde, aile hekimlerinin kanser hastası olup olmaması “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan önerilere yönelik genel bilgi düzeylerini etkilememektedir.

Sonuç olarak Hipotez 19 genel bilgi skoru ve tüm genel bilgi ifadeleri için reddedilmiştir.

Tablo 33. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkındaki Tutumlarının Kansere Hastalığı Durumuna Göre Karşılaştırılması

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkında Tutum İfadeleri	Kansere Hastalığı Olmayan (n= 5098)		Kansere Hastalığı Olan (n= 85)		t	p
	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma		
T1. Ailesel öyküsü olan 40 yaş altı bireylerde ailesel öyküsü olmayan 40 yaş üstü bireylerde ise düzenli olarak kardiyovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	3,80	1,14	4,05	1,09	-1,981	,048*
T2. 06-65 yaş grubu bireylerde ağırlık, boy, Beden Kitle İndeksi (BKI) ölçümleri yılda bir yapılmalıdır.	3,77	1,17	3,88	1,25	-,884	,377
T3. 06-65 yaş grubu bireylerde yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlerini yapılmalıdır.	3,68	1,20	3,82	1,25	-1,096	,273
T4. Düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (30 dakika tempolu yürüyüş) yapılmalıdır.	3,77	1,21	3,94	1,23	-1,319	,187
T5. 45-80 yaş grubu bireyler her gün düzenli olarak aspirin almalıdır.	3,07	1,38	3,16	1,46	-,625	,532
T6. 18 yaşından büyük tüm bireyler yılda en az 1 (bir) kez tansiyon arteriyel ölçümü yaptırmalıdır.	3,95	1,15	4,12	1,16	-1,292	,196
T7. 35 yaşından büyük tüm bireylerde serum lipit düzeyine bakılmalıdır.	3,87	1,18	4,20	1,04	-2,528	,012*
T8. 35 yaşın üzerindeki tüm erişkinler beş yılda bir tiroid fonksiyon testi (TFT) yaptırmalıdır.	3,83	1,20	4,14	1,09	-2,329	,020*
T9. Obez veya kilolu olan kişiler 45 yaşın itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yaptırmalıdır.	3,98	1,17	4,20	1,13	-1,703	,089
T10. 50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinler yılda bir gaitada gizli kan testi yaptırmalıdır.	3,23	1,48	3,45	1,53	-1,359	,174
T11. 50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinler her on yılda bir kolonoskopi yaptırmalıdır.	3,07	1,50	3,38	1,52	-1,843	,065
T12. 30-65 yaş arası kadınlar her beş yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırmalıdır.#	3,37	,94	3,73	1,14	-3,523	,000*
T13. 20 yaş üstü kadınlar kendi kendine meme muayenesini ayda bir kez uygulamalıdır.#	3,40	,93	3,81	1,07	-4,008	,000*
T14. 40-69 yaş arası tüm kadınlar yılda bir hekim tarafından rutin klinik muayene yaptırmalı ve iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi çektirmelidir.#	3,34	,91	3,72	1,08	-3,794	,000*
T15. 40 yaşın üstündeki erkekler prostat kanserinin erken tanısı amacıyla yönelik üroloji uzmanına başvurmalıdır.##	3,48	1,17	3,56	1,09	-,635	,526

TUTUM SKOR	3,17	,87	3,49	,89	-3,342	,001*
-------------------	------	-----	------	-----	--------	-------

*: $p < 0,05$ anlamlı farklılık

#: Sadece kadınların yanıtlanması gerekmektedir (1440 kadın aile hekimi)

##: Sadece erkeklerin yanıtlanması gerekmektedir (3743 erkek aile hekimi)

Tablo 33 aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelere ilişkin tutumlarının kanser hastalığı durumuna göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberi hakkındaki tutumlarını belirlemek için oluşturulan ifadelere yönelik verdikleri yanıtların ortalaması (tutum skoru) herhangi bir kanser hastalığının var olup olmasına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($t = -3,342$; $p < 0,05$). Kanser hastalığı olan aile hekimlerinin tutum skoru (\bar{x} : 3,49) kanser hastalığı olmayan aile hekimlerinkinden (\bar{x} : 3,17) yüksek olarak saptanmıştır. Ayrıca kanser hastalığı olan aile hekimlerinin tutum ifadelerine verdikleri yanıtların ortalaması kanser hastalığı olmayan gruba göre daha yüksektir.

Tablo 33 aile hekimlerinin 15 tutum ifadesinden 6’sına yönelik verdikleri yanıtların kanser tanısı alma durumuna göre anlamlı farklılığa sahip olduğunu göstermektedir. Bu ifadeler “*Ailesel öyküsü olan 40 yaş altı bireylerde ailesel öyküsü olmayan 40 yaş üstü bireylerde ise düzenli olarak kardiovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi yapılmalıdır*”, “*35 yaşından büyük tüm bireylerde serum lipit düzeyine bakılmalıdır*”, “*35 yaşın üzerindeki tüm erişkinler beş yılda bir tiroid fonksiyon testi (TFT) yaptırmalıdır*”, “*30-65 yaş arası kadınlar her beş yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırmalıdır*”, “*20 yaş üstü kadınlar kendi kendine meme muayenesini ayda bir kez uygulamalıdır*”, “*40-69 yaş arası tüm kadınlar yılda bir hekim tarafından rutin klinik muayene yaptırmalı ve iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi çektirmelidir*” şeklinde sıralanmaktadır. Araştırma açısından elde edilen sonuç aile hekimlerinin kanser hastası olup olmasının “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan önerilere yönelik tutumlarını anlamı olarak kısmen değiştirdiğini göstermektedir.

Sonuç olarak Hipotez 20 tutum skoru ve yukarıda belirtilen 6 tutum ifadesi için kabul edilmiştir.

Tablo 34. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkındaki Davranışlarının Kansere Hastalığı Durumuna Göre Karşılaştırılması

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkında Davranış İfadeleri	Kansere Hastalığı Olmayan (n= 5098)		Kansere Hastalığı Olan (n= 85)		t	p
	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma		
D1. Kardiyovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi yaptırım.	3,38	1,14	3,47	1,25	-,740	,459
D2. Yılda en az bir kez ağırlık, boy ve Beden Kitle İndeksi (BKI) ölçümlerimi yaptırım.	3,57	1,18	3,58	1,25	-,077	,939
D3. Yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlerimi yaptırım.	3,39	1,23	3,58	1,31	-1,372	,170
D4. Düzenli olarak günlük fiziksel aktivitede (tempolu yürüyüş vb.) yaparım.	3,39	1,23	3,58	1,30	-1,372	,170
D5. Günde 81 mg aspirin düzenli olarak kullanırım.	2,27	1,41	2,40	1,49	-,869	,385
D6. Arteriyel tansiyonumu son 1 yıl içinde en az 1 kez olmak üzere düzenli olarak ölçtürürüm.	3,70	1,29	3,76	1,42	-,440	,660
D7. 5 yılda bir serum lipit düzeyime baktırım.	3,74	1,31	4,13	1,12	-2,716	,007*
D8. 5 yılda bir troid fonksiyon testlerini yaptırım.	3,59	1,35	4,08	1,20	-3,287	,001*
D9. 3 yılda bir açlık kan şekere (AKŞ) baktırım.	3,76	1,31	4,15	1,18	-2,755	,006*
D10. Her yıl gaitada gizli kan testi yaptırım.	2,16	1,36	2,58	1,62	-2,823	,005*
D11. 10 yılda 1 kolonoskopi yaptırım.	2,01	1,39	2,32	1,61	-2,025	,043
D12. 5 yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırım.#	2,89	,96	2,98	1,38	-,793	,428
D13. Ayda 1 kez kendi kendime meme muayenesi yaparım (20 yaş üstü iseniz).#	3,07	,88	3,35	1,19	-2,949	,003*
D14. 2 yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yaptırım (40-69 yaş arası).#	2,82	,96	3,22	1,33	-3,811	,000*
D15. Prostat kanserinin erken tanısı amaçlı üroloji uzmanına başvururum (40 yaş üstü iseniz).##	2,69	1,23	2,92	1,20	-1,677	,094
DAVRANIŞ SKOR	2,64	,77	2,97	,82	-3,951	,000*

*: p<0,05 anlamlı farklılık

#: Sadece kadınların yanıtlanması gerekmektedir (1440 kadın aile hekimi)

##: Sadece erkeklerin yanıtlanması gerekmektedir (3743 erkek aile hekimi)

Tablo 34 aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelerle ilişkin davranışlarının

kanser hastalığı durumuna göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberinde yer alan ifadelere yönelik davranışları gerçekleştirme sıklığı (davranış skoru) her hangi bir kanser hastalığının var olmasına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($t=-3,951$; $p<0,05$). Kanser hastalığı olan aile hekimlerinin davranış skor ortalaması (\bar{x} : 2,97), kanser hastalığı olmayan aile hekimlerinkinden (\bar{x} : 2,64) yüksek olarak saptanmıştır. Ayrıca kanser hastalığı olan aile hekimlerinin davranış ifadelerine verdikleri yanıtların ortalaması kanser hastalığı olmayan gruba göre daha yüksektir.

Tablo 34 aile hekimlerinin 15 davranış ifadesinden 6'sına yönelik verdikleri yanıtların kanser tanısı alma durumuna göre anlamlı farklılığa sahip olduğunu göstermektedir. Bu ifadeler “5 yılda bir serum lipit düzeyime baktırırım”, “5 yılda bir troid fonksiyon testlerini yaptırırım”, “3 yılda bir açlık kan şekere (AKŞ) baktırırım”, “Her yıl gaitada gizli kan testi yaptırırım” “Ayda 1 kez kendi kendime meme muayenesi yaparım (20 yaş üstü kadınlar)”ve “2 yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yaptırırım (40-69 yaş arası kadınlar)” şeklinde sıralanmaktadır. Araştırma açısından elde edilen sonuç aile hekimlerinin kanser hastası olup olmamasının “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan önerilere yönelik davranışlarını anlamı olarak kısmen değiştirdiğini göstermektedir.

Sonuç olarak Hipotez 21 davranış skoru ve yukarıda belirtilen 6 davranış ifadesi için kabul edilmiştir.

Tablo 35. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkındaki Davranışları ve Tutumları Arasındaki İlişkiler

		T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12	T13	T14	T15
D1	r	,499**	,419**	,408**	,270**	,207**	,379**	,395**	,371**	,364**	,220**	,192**	,110**	,110**	,119**	,257**
	p	0,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D2	r	,475**	,627**	,589**	,354**	,181**	,471**	,450**	,435**	,436**	,241**	,205**	,185**	,194**	,183**	,282**
	p	,000	0,000	0,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D3	r	,423**	,561**	,595**	,317**	,197**	,424**	,405**	,393**	,375**	,244**	,210**	,163**	,165**	,167**	,254**
	p	,000	0,000	0,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D4	r	,424**	,561**	,595**	,317**	,197**	,425**	,404**	,393**	,375**	,244**	,210**	,162**	,165**	,167**	,255**
	p	,000	0,000	0,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D5	r	,086**	,066**	,101**	,056**	,440**	,037**	,056**	,051**	,000	,183**	,190**	-,081**	-,099**	-,053**	,119**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,007	,000	,000	,974	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D6	r	,449**	,482**	,458**	,334**	,191**	,621**	,502**	,466**	,508**	,215**	,172**	,180**	,182**	,178**	,245**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	0,000	0,000	,000	0,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D7	r	,437**	,478**	,455**	,308**	,183**	,560**	,636**	,584**	,596**	,198**	,163**	,220**	,226**	,211**	,239**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	0,000	0,000	0,000	0,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D8	r	,412**	,452**	,436**	,290**	,192**	,508**	,582**	,643**	,550**	,224**	,198**	,235**	,237**	,232**	,231**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	0,000	0,000	0,000	0,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D9	r	,424**	,461**	,432**	,301**	,162**	,548**	,598**	,571**	,622**	,188**	,150**	,212**	,218**	,207**	,238**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	0,000	0,000	0,000	0,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D10	r	,087**	,088**	,129**	,047**	,241**	,025	,057**	,067**	,000	,311**	,287**	-,042**	-,067**	-,021	,155**
	p	,000	,000	,000	,001	,000	,075	,000	,000	,978	,000	,000	,003	,000	,133	,000
D11	r	,038**	,027	,064**	,012	,197**	-,038**	-,001	,012	-,060**	,222**	,328**	-,053**	-,075**	-,020	,103**
	p	,006	,055	,000	,399	,000	,007	,936	,381	,000	,000	,000	,000	,000	,143	,000
D12	r	,120**	,106**	,097**	,073**	,078**	,104**	,097**	,094**	,087**	,090**	,093**	,171**	,075**	,131**	,055**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
D13	r	,175**	,197**	,193**	,126**	,062**	,174**	,163**	,160**	,163**	,093**	,091**	,329**	,397**	,325**	,006
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,659
D14	r	,083**	,070**	,069**	,069**	,079**	,078**	,063**	,060**	,061**	,090**	,099**	,057**	,003	,116**	,072**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,804	,000	,000
D15	r	,191**	,186**	,194**	,114**	,173**	,127**	,151**	,169**	,137**	,222**	,218**	,116**	,114**	,127**	,288**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

** Pearson korelasyon katsayısı 0.01 yanılma payında (2-yönlü) anlamıdır

* Pearson korelasyon katsayısı 0.05 yanılma payında (2-yönlü) anlamıdır

Tablo 35 aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkındaki tutum ve davranışları arasındaki korelasyonları göstermektedir. Tablo incelendiğinde tutumlar ve davranışlar arasında

anlamli iliskiler saptanmistir. Tutum ifadeleri ile davranis ifadeleri arasında yuksek oranda pozitif anlamli iliskiler söz konusudur. Iliskilerin özellikle 0,01 yanilma payinda anlamli olduğu hesaplanmistir. Sonuç olarak Hipotez 22 kabul edilmiştir.

Tablo 36. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimligi Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkında Davranış Skorları Üzerinde Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkındaki Genel Bilgi ve Tutum Düzeylerinin Etkisi

	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Katsayılar	t	p	VIF
	Beta	Standart Hata	Beta			
(Sabit)	,773	,095		8,098	,000*	
GENEL BİLGİ SKOR	,089	,032	,035	2,795	,005*	1,226
TUTUM SKOR	,499	,011	,566	45,265	,000*	1,226
Regresyon Modeli Özet:						
R= 0,582						
R2= 0,339						
F= 1327,897						
p= <0,001						
Durbin Watson: 1,891						

a. Bağımlı değişken: Davranış skoru

*: p<0,05 önemli belirleyici

Aile hekimlerinin “Aile Hekimligi Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkındaki davranış skorlarını genel bilgi düzeyi ve tutum skorlarının anlamli olarak etkileyip etkilemediğini test etmek için davranış skoru bağımlı değişken, genel bilgi skoru ile tutum skoru bağımsız değişkenler olarak regresyon modelinde kullanılmıştır (Tablo 36). Uygulanan çoklu regresyon modeli sonuçları incelendiğinde, çok değişkenli regresyon modelinin anlamli olduğu görülmektedir (F=1327,897; p=0,000; p<0,01). Modeldeki genel bilgi skoru ve tutum skoru aile hekimlerinin davranış skorlarındaki toplam değişimin (varyansın) % 39,9’unu açıklayabilmektedir. Ayrıca kurulan regresyon modelinin Durbin-Watson katsayısı 1,891

olması ve varyans şişkinlik değerlerinin (VIF: variance inflation factors) 1,226 olması, bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantının (multicollinearity) ve otokorelasyonun olmadığını göstermiştir.

Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkındaki davranış skorlarını genel bilgi skoru (std. B = 0,035; t=2,795; p<0,01) ve tutum skorunun (std. B = 0,566; t=45,265; p<0,01) anlamı olarak etkilediği belirlenmiştir. Araştırmada davranış skorunu tutum skorunun bilgi skoruna göre daha yüksek düzeyde etkilediği sonucuna varılmıştır. Sonuç olarak Hipotez 23 kabul edilmiştir.

Tablo 37. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkında Davranış Skorları Üzerinde Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkındaki Genel Bilgi İfadeleri Skorlarının Etkisi

	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Katsayılar	t	p	VIF
	Beta	Standart Hata	Beta			
(Sabit)	2,382	,198		12,027	,000*	
Periyodik sağlık muayenesi kardiyovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisinde etkilidir.	,018	,013	,025	1,350	,177	2,098
06-65 yaş grubu bireylerde obezitenin önlenmesi, metabolik sendrom değerlendirilmesi amacıyla yılda bir kez ağırlık, boy, Beden Kitle İndeksi (BKI) ve bel çevresi ölçümleri önemlidir.	,069	,014	,100	4,820	,000*	2,570
Düzenli fiziksel aktivite obezitenin önlenmesi, kemik sağlığının korunması amacı ile periyodik muayene sırasında sorgulanmalıdır.	,020	,017	,027	1,160	,246	3,320
35-80 yaş grubu erişkinlerde günde 81 mg aspirin alınması önemlidir.	-,060	,011	-,084	-5,565	,000*	1,359
25 yaşından büyük yetişkinlerde başvuru sebebinden bağımsız olarak yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçümü önemlidir.	-,002	,017	-,002	-,106	,916	3,082
18 yaşından büyük tüm kişilerde hiperlipidemi, kardiyovasküler olay, diabetes mellitusun erken tanısı amaçlı beş yılda bir serum lipit profili taramasının yapılması önemlidir.	,073	,015	,105	4,978	,000*	2,653
35 yaşın üzerindeki tüm erişkinlere on yılda bir tiroid fonksiyon testlerinin (TFT) yapılması önemlidir.	-,057	,018	-,076	-3,166	,002*	3,446
Obez veya kilolu ($BKI \geq 25$ kg/m ²) ve özellikle santral obezitesi (bel çevresi kadında >88 cm, erkekte >102 cm) olan kişilerde 45 yaşından itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yapılması önemlidir.	-,067	,020	-,088	-3,402	,001*	3,992

	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Katsayılar	t	p	VIF
	Beta	Standart Hata	Beta			
50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinlerde kolorektal kanserin erken tanısı amacıyla iki yılda bir gaitada gizli kan testi yapılması önemlidir.	-,055	,020	-,074	-2,749	,006*	4,332
50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinlerde her on yılda bir gaitada gizli kan testinin yanısıra kolonoskopi yapılması önemlidir.	,044	,016	,062	2,821	,005*	2,892
40-65 yaş arası kadınlarda her beş yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yapılması önemli bulunmuştur.	,018	,020	,024	,896	,370	4,222
20 yaş üstü kadınlarda meme kanserinin erken tanısı amacıyla kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi verilmesi ve ayda bir kez uygulamasının önerilmesi önemlidir.	-,017	,017	-,023	-1,010	,313	3,063
40-69 yaş arası tüm kadınlarda iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yapılması önemlidir.	,040	,017	,055	2,338	,019*	3,257
Ailesinde prostat kanseri hikayesi olan 40 yaşından büyük erkekler ve aile hikayesi olmayan 50 yaşından büyük erkeklerde prostat kanseri ile ilgili kişinin bilgilendirilmesi ve bir üroloji uzmanına yönlendirilmesi gerekmektedir.	-,015	,020	-,019	-,750	,454	4,013
<p><u>Regresyon Modeli Özet:</u></p> <p>R= 0,364</p> <p>R²= 0,133</p> <p>F= 56,434</p> <p>p= <0,001</p> <p>Durbin Watson: 1,962</p>						

a. Bağımlı değişken: Davranış skoru

*: p<0,05 önemli belirleyici

Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkındaki davranış skorlarını genel bilgi ifadelerine

verilen yanıtların anlamlı olarak etkileyip etkilemediğini test etmek için davranış skoru bağımlı değişken, genel bilgi ifadeleri bağımsız değişkenler olarak regresyon modelinde kullanılmıştır (Tablo 37). Uygulanan çoklu regresyon modeli sonuçları incelendiğinde; çok değişkenli regresyon modelinin anlamlı olduğu görülmektedir ($F=56,434$; $p=0,000$; $p<0,01$). Modeldeki genel bilgi ifadeleri yanıt skorları aile hekimlerinin davranış skorlarındaki toplam değişimin (varyansın) % 13,3'ünü açıklayabilmektedir. Ayrıca kurulan regresyon modelinin Durbin-Watson katsayısı 1,962 olması ve varyans şişkinlik değerlerinin (VIF: variance inflation factors) 1,359 ile 4,446 değerleri arasında olması, bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantının (multicollinearity) ve otokorelasyonun olmadığını göstermiştir.

Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkındaki davranış skorlarını önemlilik sırasına göre; *“18 yaşından büyük tüm kişilerde hiperlipidemi, kardiyovasküler olay, diabetes mellitusun erken tanısı amaçlı beş yılda bir serum lipit profili taramasının yapılması önemlidir”* (Std. B= 0,073; $t=4,978$; $p<0,05$), *“06-65 yaş grubu bireylerde obezitenin önlenmesi, metabolik sendrom değerlendirilmesi amacıyla yılda bir kez ağırlık, boy, Beden Kitle İndeksi (BKI) ve bel çevresi ölçümleri önemlidir”* (Std. B= 0,069; $t=4,820$; $p<0,05$), *“Obez veya kilolu ($BKI \geq 25$ kg/m²) ve özellikle santral obezitesi (bel çevresi kadında >88 cm, erkekte >102 cm) olan kişilerde 45 yaşından itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yapılması önemlidir”* (Std. B= -0,067; $t=-3,402$; $p<0,05$), *“35-80 yaş grubu erişkinlerde günde 81 mg aspirin alınması önemlidir”* (Std. B= -0,060; $t=-5,565$; $p<0,05$) *“35 yaşın üzerindeki tüm erişkinlere on yılda bir tiroid fonksiyon testlerinin (TFT) yapılması önemlidir”* (Std. B= -0,057; $t=-3,166$; $p<0,05$), *“50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinlerde kolorektal kanserin erken tanısı amacıyla iki yılda bir gaitada gizli kan testi yapılması önemlidir”* (Std. B= -0,055; $t=-2,749$; $p<0,05$), *“50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinlerde her on yılda bir gaitada gizli kan testinin yanısıra kolonoskopi yapılması önemlidir”* (Std. B= 0,044; $t=2,821$; $p<0,05$) ve *“40-69 yaş arası tüm kadınlarda iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yapılması önemlidir”* (Std. B= 0,040; $t=2,338$; $p<0,05$) ifadelerine verilen yanıtların anlamlı olarak etkilediği saptanmıştır. Sonuç olarak Hipotez 24 yukarıda belirtilen genel bilgi ifadelerinden 8'i için kabul edilmiştir.

Tablo 38. Aile Hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” Hakkında Davranış Skorları Üzerinde Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi Hakkındaki Tutum İfadeleri Skorlarının Etkisi

	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Katsayılar	t	p	VIF
	Beta	Standart Hata	Beta			
(Sabit)	1,021	,035		28,985	,000*	
Ailesel öyküsü olan 40 yaş altı bireylerde ailesel öyküsü olmayan 40 yaş üstü bireylerde ise düzenli olarak kardiyovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	,048	,012	,071	3,987	,000*	2,604
06-65 yaş grubu bireylerde ağırlık, boy, Beden Kitle İndeksi (BKI) ölçümleri yılda bir yapılmalıdır.	,052	,017	,079	2,983	,003*	5,825
06-65 yaş grubu bireylerde yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlerini yapılmalıdır.	,126	,016	,197	7,745	,000*	5,391
Düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (30 dakika tempolu yürüyüş) yapılmalıdır.	-,061	,010	-,096	-6,212	,000*	1,997
45-80 yaş grubu bireyler her gün düzenli olarak aspirin almalıdır.	,045	,008	,081	5,517	,000*	1,804
18 yaşından büyük tüm bireyler yılda en az 1 (bir) kez tansiyon arteriyel ölçümü yaptırmalıdır.	,046	,014	,070	3,439	,001*	3,391
35 yaşından büyük tüm bireylerde serum lipit düzeyine bakılmalıdır.	,083	,017	,127	5,003	,000*	5,309
35 yaşın üzerindeki tüm erişkinler beş yılda bir tiroid fonksiyon testi (TFT) yaptırmalıdır.	,074	,015	,116	4,896	,000*	4,687
Obez veya kilolu olan kişiler 45 yaşın itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yaptırmalıdır.	-,039	,015	-,059	-2,559	,011*	4,429
50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinler yılda bir gaitada gizli kan testi yaptırmalıdır.	-,001	,011	-,001	-,047	,963	3,964
50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinler her on yılda bir kolonoskopi yaptırmalıdır.	,031	,011	,061	2,889	,004*	3,652
30-65 yaş arası kadınlar her beş yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırmalıdır. #	,011	,020	,029	,535	,592	4,856
20 yaş üstü kadınlar kendi kendine meme muayenesini ayda bir kez uygulamalıdır. #	,009	,018	,024	,487	,626	3,429

	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Katsayılar	t	p	VIF
	Beta	Standart Hata	Beta			
40-69 yaş arası tüm kadınlar yılda bir hekim tarafından rutin klinik muayene yaptırmalı ve iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi çektirmelidir. #	,062	,020	,165	3,102	,002*	3,351
40 yaşın üstündeki erkekler prostat kanserinin erken tanısı amacıyla yönelik üroloji uzmanına başvurmalıdır. ##	,007	,005	,018	1,401	,161	1,420
Regresyon Modeli Özeti:						
R= 0,614						
R ² = 0,377						
F= 208,765						
p= <0,001						
Durbin Watson: 1,929						

a. Bağımlı değişken: Davranış skoru

*: p<0,05 önemli belirleyici

: Sadece kadınların yanıtlanması gerekmektedir (1440 kadın aile hekimi)

: Sadece erkeklerin yanıtlanması gerekmektedir (3743 erkek aile hekimi)

Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkındaki davranış skorlarını tutum ifadelerine verilen yanıtların anlamlı olarak etkileyip etkilemediğini test etmek için davranış skoru bağımlı değişken, tutum ifadeleri bağımsız değişkenler olarak regresyon modelinde kullanılmıştır (Tablo 38). Uygulanan çoklu regresyon modeli sonuçları incelendiğinde; çok değişkenli regresyon modelinin anlamlı olduğu görülmektedir (F=208,765; p=0,000; p<0,01). Modeldeki genel bilgi ifadeleri yanıt skorları aile hekimlerinin davranış skorlarındaki toplam değişimin (varyansın) % 37,7’sini açıklayabilmektedir. Ayrıca kurulan regresyon modelinin Durbin-Watson katsayısı 1,929 olması ve varyans şişkinlik değerlerinin (VIF: variance inflation factors) 1,420 ile 5,391 değerleri arasında olması, bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantının (multicollinearity) ve otokorelasyonun olmadığını göstermiştir.

Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkındaki davranış skorlarını önemlilik sırasına göre;

“06-65 yaş grubu bireylerde yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlerini yapılmalıdır” (Std. B= 0,197; t=7,745; p<0,05), “40-69 yaş arası tüm kadınlar yılda bir hekim tarafından rutin klinik muayene yaptırmalı ve iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi çektirmelidir” (Std. B= 0,165; t=3,102; p<0,05), “35 yaşından büyük tüm bireylerde serum lipit düzeyine bakılmalıdır” (Std. B= 0,127; t=5,003; p<0,05), “35 yaşın üzerindeki tüm erişkinler beş yılda bir tiroid fonksiyon testi (TFT) yaptırmalıdır” (Std. B= 0,116; t=4,896; p<0,05), “Düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (30 dakika tempolu yürüyüş) yapılmalıdır” (Std. B= -0,096; t=-6,212; p<0,05), “45-80 yaş grubu bireyler hergün düzenli olarak aspirin almalıdır” (Std. B= 0,081; t=5,517; p<0,05), “06-65 yaş grubu bireylerde ağırlık, boy, (BKI) Beden Kitle İndeksi ölçümleri yılda bir yapılmalıdır” (Std. B= 0,079; t=2,983; p<0,05), “Ailesel öyküsü olan 40 yaş altı bireylerde ailesel öyküsü olmayan 40 yaş üstü bireylerde ise düzenli olarak kardiovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi yapılmalıdır” (Std. B= 0,071; t=3,987; p<0,05), “18 yaşından büyük tüm bireyler yılda en az 1 (bir) kez tansiyon arteriyel ölçümü yaptırmalıdır” (Std. B= 0,070; t=3,439; p<0,05), “50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinler her on yılda bir kolonoskopi yaptırmalıdır” (Std. B= 0,061; t=2,889; p<0,05) ve “Obez veya kilolu olan kişiler 45 yaşın itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yaptırmalıdır” (Std. B= -0,059; t=-2,559; p<0,05) ifadelerine verilen yanıtların anlamlı olarak etkilediği saptanmıştır. Sonuç olarak Hipotez 25 yukarıda belirtilen tutum ifadelerinden 11’i için kabul edilmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışma Periyodik Sağlık Muayenesi ile ilgili Türkiye’de örnekleme en büyük araştırma olup 5.183 aile hekimi tarafından gönüllülük esasına göre alınan yanıtlar çerçevesinde gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulgular “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” ne yönelik araştırmaya katılanların görüş, bilgi, tutum ve davranış başlıkları altında tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan 5183 aile hekiminin 3743 (% 72,21)’ erkek, 1440 (% 27,79)’u kadındır. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin % 86’47’si evlidir. 5183 aile hekiminin 5133 (% 99,03)’ü pratisyen hekimdir. 50 aile hekimi ise aile hekimi uzmanı unvanına sahiptir. Aile hekimlerinin % 54,27’si sigara, % 72,31’i alkol kullanmamaktadır. 1172 aile hekimi herhangi bir kronik hastalığa sahip olduğunu belirtirken, 85 aile hekimi ise kanser hastası olduğuna işaret etmiştir.

Araştırmaya katılan hekimlerin “görüşlerini” değerlendirmek için hekimlere periyodik muayene ve Türkiye’de uygulama önerilerine yönelik “*Birinci basamakta periyodik sağlık muayenesi hastalar açısından önemlidir*”, “*Birinci basamakta periyodik sağlık muayenesi hekimler açısından önemlidir*”, “*Periyodik sağlık muayenesi hastalıkların erken dönem tespit ve tedavisinde etkilidir*”, “*Periyodik sağlık muayenesi, aile hekimliği uygulaması içerisinde pozitif performans ile zorunlu hale getirilmelidir*”, “*Periyodik sağlık muayenesi, aile hekimliği uygulaması içerisinde negatif performans ile zorunlu hale getirilmelidir*”, “*Ülkemiz için Birinci Basamakta Periyodik Sağlık Muayene Rehberinin kullanılması faydalıdır*” şeklindeki ifadeleri 1 kesinlikle katılmıyorum 5 kesinlikle katılıyorum arasında yanıtlamaları istenmiştir.

Hekimlerin “*Birinci basamakta periyodik sağlık muayenesi hastalar açısından önemlidir*” ifadesine verdikleri yanıtların ortalaması 4,12’dir. Ayrıca % 78,1’i kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum şeklinde görüşlerini belirtmiştir. Bu sonuç literatür bulguları ile desteklenmekte olup Türkiye’deki aile hekimlerinin görüş ortalamaları ve yüzdeleri literatürde yer alan sonuca göre daha yüksek oran ve yüzde olarak elde edilmiştir. Wolfe ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesini hastalar açısından faydalı görme ortalaması 3,31 olarak belirlenmiştir. Aynı

çalışmada aile hekimlerin PSM rehberlerini biliyor ve tanıyor olmaları halinde % 51'inin PSM rehberine bağlı kalarak hasta tedavilerini uyguladıkları belirlenmiştir (Wolfe ve diğ., 2004).

Al-Kubaisi ve arkadaşları tarafından Doha, Katar'da 182 birinci basamak aile hekimi ile gerçekleştirdikleri çalışmada ise hekimlerin tarama rehberlerinin de içinde yer aldığı kanıta dayalı tıp uygulamaları ile tutum ve davranışları değerlendirilmiş ve çalışmaya katılanların üçte ikisinin (% 66) periyodik sağlık muayenesinin hastalara yönelik hizmeti geliştirdiğine inandıkları yönünde görüş verdikleri belirlenmiştir (Al-Kubaisi ve diğ., 2009).

Birinci basamakta periyodik sağlık muayenesinin hekimler açısından önemli olduğunu belirten aile hekimlerinin ortalaması ise 4,09'dur. Hekimlerin %74,3'ü bu ifadeye katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum şeklinde yanıt vermiştir. Dolayısı ile aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesini ve PSM içerisinde yer alan tarama önerilerini hasta ve hekim açısından önemli gördüğü söylenebilir. Literatürde kanser tarama, aşılama gibi periyodik uygulamalarında içine alan rehberlere yönelik aile hekimlerinin bilgi, tutum ve davranışlarının incelendiği çalışmada, aile hekimliği asistanlarının % 80'i rehberlerin kendi gelişimlerini de katkı sağladığı yönünde bildirimde bulunmuştur (Helwing ve diğ., 1998). Bu kapsamda çalışmada elde edilen bulgu literatür tarafından desteklenmektedir.

Aile hekimleri "*Periyodik sağlık muayenesi hastalıkların erken dönem tespit ve tedavisinde etkilidir*" ifadesine bu araştırmada elde edilen en yüksek ortalama (\bar{x} : 4,19) ile yanıt vermişlerdir. Hekimlerin % 81,3'ünün "*Periyodik sağlık muayenesi hastalıkların erken dönem tespit ve tedavisinde etkilidir*" ifadesine yönelik katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum yönündeki cevapları, özellikle birincil korumada PSM'yi yüksek düzeyde etkili gördüğünü gösteren bir sonuçtur. Bu bulgu literatür ile de uyumludur. Miyazaki ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiş çalışmada Japon birinci basamak hekimlerinin % 85'i periyodik muayenenin efektif ve hastalıkların erken teşhis ve tedavisinde etkili olduğuna inandıklarını belirtmiştir (Miyazaki ve diğ., 2007).

Prochazka ve arkadaşlarının 2005 yılında yapmış oldukları ve birinci basamak hekimlerin periyodik muayenelere yönelik tutumlarını da inceledikleri çalışmada, hekimlerin % 65'i

periyodik muayenenin gerekli olduğuna inandıklarını ve % 74'ü hastalıkların erken dönemde saptanmasında önemli olduğunu düşündüklerini belirtmiştir (Prochazka ve diğ., 2005).

Çalışmada periyodik sağlık muayenesinin Türkiye’de uygulamaya geçirilmesinde öneri niteliği taşımasının dışında teşvik edici olması yönünde pozitif ya da negatif performans ile uygulamaya geçirilmesi konusunda hekimlerin düşünceleri değerlendirilmek amacı ile öncelikli olarak *“Periyodik sağlık muayenesi, aile hekimliği uygulaması içerisinde pozitif performans ile zorunlu hale getirilmelidir”* şeklindeki ifadeye ilişkin hekimlerin görüşleri alınmıştır. Aile hekimleri bu ifadeye 2,64 ortalama ile katıldıklarını belirtmişlerdir. Aile hekimlerinin sadece % 31,3’ü pozitif performans ile PSM’nin zorunlu hale getirilmesini istediklerini belirtmiştir. İkinci olarak hekimler *“Periyodik sağlık muayenesi, aile hekimliği uygulaması içerisinde negatif performans ile zorunlu hale getirilmelidir”* şeklinde sorulan ifadeye 1,94 ortalama ile görüş sorularına yönelik sorulmuş sorular içerisinde en düşük ortalama ile yanıt vermişlerdir. Hekimlerin sadece % 14,7’si PSM’nin negatif performans ile zorunlu hale getirilmesini onayladıklarını belirtmişlerdir. Elde edilen her iki bulgu Sağlık Bakanlığının politika yapıcıları için oldukça önemli sonuçlar olarak değerlendirilmektedir. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu periyodik muayene rehberleri ile ilgili çalışmalarını sürdürmekte iken TBMM Plan ve Bütçe Komisyonunda Sağlık Bakanlığı tarafından “2015 Yılı Bütçe Sunumu”nda “Aile hekimliğinde yaşa özel periyodik muayeneleri geliştiriyoruz” ifadesine yer verilmiştir (T.C Sağlık Bakanlığı, 2014d). Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmış olan bu sunum periyodik muayeneler ile ilgili kararlığı göstermektedir. Diğer taraftan sağlık hizmet sunucuları olan aile hekimlerinin Türkiye’de PSM’lerin pozitif ya da negatif performans ile zorunlu hale getirilmesine yönelik olumsuz görüşlerinin nedenleri ile birlikte değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Elde edilen sonucun en dikkat çekici bulgusu ise PSM’lerin zorunlu olmasına yönelik hekimlerin pozitif performansla dahi yaklaşık % 70’inin katılmadıkları ya da emin olmadıkları yönünde görüş bildirmiş olmasıdır. Bu sonucun nedeninin hekimlerin periyodik sağlık muayenesini ciddi bir iş yükü olarak görmelerinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Periyodik sağlık muayeneleri içerisinde önerilerin yer aldığı rehber ile birlikte kullanılmaktadır. Dünyada birinci basamakta uygulanan periyodik muayeneler için

geliştirilmiş ve farklı kanıt düzeylerine göre önerilerin yer aldığı rehberler mevcuttur. Bu kapsamda çalışmada elde edilen sonuç rehber kullanımı ile ilişkilendirilerek birinci basamakta rehber kullanımına ait olumsuz görüşlerin nedenleri ile birlikte incelenebilir. Çünkü periyodik muayeneler rehberler eşliğinde kullanılan, rehberlerde yer alan kanıt düzeyleri belirlenmiş öneriler ve tarama programları çerçevesinde gerçekleştirilen rutin uygulamalardır. Bu nedenle de literatürde rehber kullanımına ilişkin bulguların çalışmada periyodik muayenelerin faydalı görülmesine rağmen zorunlu olarak uygulanmasında olumsuz yönde belirtilmiş görüşlerin nedenlerini açıklayabileceği düşünülmektedir.

Bu yönde yapılmış farklı çalışmalarda aile hekimleri gibi birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin periyodik muayeneler ve klinik uygulama rehberlerini maliyetleri kontrol etmek, uygulamadaki varyasyonları azaltmak, hizmet kalitesini geliştirmek ve kanıta dayalı tıp uygulamalarını kullanmak için önemli olduğu görüşünü savundukları ancak rehberleri uygulama alanlarına yansıtmadıkları belirlenmiştir (Fang ve diğ., 1996; James ve diğ., 1997; Hayward ve diğ., 1997; Tunis ve diğ., 1994).

Yine hekimlerin rehber kullanımlarındaki engeller arasında çevresel faktörler olarak en fazla oranda zaman faktörünü belirttikleri saptanmıştır. Lugtenberg ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada rehberlerin kullanımı ile ilgili çevresel engeller arasında hekimlerin % 13'ü zamanın yeterli olmamasını sıralamıştır (Lugtenberg ve diğ., 2009).

Wolfe ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da PSM rehberini farkında olan 257 hekimin % 16'sı (n=41) rehber kullanımının zaman alıcı olduğu yönünde görüş belirtmiştir (Wolfe ve diğ., 2004).

Al-Kubaisi ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise çalışmaya katılan 182 birinci basamak hekimlerinin % 58,3'ü kanıta dayalı uygulamaların hekimlere iş yükü getirdiğini belirtmiştir (Al-Kubaisi ve diğ., 2009).

Cabana ve arkadaşları tarafından Ocak 1966 ile Ocak 1998 tarihleri arasında 5658 rehberlere uyum ile ilgili makale arasından seçtikleri 76 makale ile gerçekleştirdikleri çalışmada 85 adet dışsal faktörün rehberlere uyumu engellediği belirlenmiştir. Belirlenen 85 adet çevresel faktörün 45'inin çevresel faktörler ile ilişkili olduğu ve çevre ile ilişkili

faktörlerden de 11'inin zamanın yeterli olmaması ile ilgili olduğu saptanmıştır (Cabana ve diğ., 1999).

Mevcut bulgular ve literatür incelendiğinde elde edilen sonuçlar hekimlerin zamanın yeterli olmaması ve iş yükü gibi nedenler ile PSM'lerin ve rehberlerin uygulanmasına ilişkin olumsuz yönde görüş belirttiklerini gösterse de diğer taraftan literatürde periyodik sağlık muayenelerinin uygulanması için zorunluluk getirilmediği taktirde düşük oranlarda uygulanacağı belirtilmiştir. Bu yönde Miyazaki ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada Japon birinci basamak hekimlerin çoğunluğunun (% 85) periyodik sağlık muayenesinin etkili olduğuna inanmalarının en önemli ve birinci sebebi Japonya'daki periyodik sağlık muayenelerinin kanunlar tarafından zorunlu hale getirilmiş olmasından kaynaklandığı şeklinde tanımlanmıştır. İkinci olarak ise Japonya'daki kanıta dayalı koruyucu tıp alanında sürdürülen tıp eğitimi ve mezuniyet sonrası eğitimlerin içerisinde periyodik sağlık muayenelerine ilişkin eğitimsel faaliyetlerinde bu sonuca katkı sağladığı düşünülmüştür (Miyazaki ve diğ., 2007).

“Ülkemiz için Birinci Basamakta Periyodik Sağlık Muayene Rehberinin kullanılması faydalıdır” ifadesine ilişkin hekimlerin verdikleri yanıtların ortalaması 3,81'dir. Hekimlerin % 66,4'ü PSM Rehberlerinin kullanılmasını faydalı görmüştür. Aile hekimlerinin *“PSM rehberlerinin kullanılması faydalıdır”* ifadesine verdikleri yanıtların ortalamasının PSM'lerin negatif ya da pozitif performans ile zorunlu hale getirilmesine yönelik verdikleri yanıtların ortalamasından yüksek olmasının nedeninin, *“Rehberlerin zorunlu olarak uygulaması”* şeklinde bir zorunluluk durumunun sorgulanmamasında kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Literatürde Hayward ve arkadaşları tarafından yapılmış olan çalışmada hekimlerin rehber kullanımının faydalı olduğu yönünde görüş bildirdikleri ve neden faydalı olduğu sorusuna % 65'inin hasta bakım kalitesini arttıracığından, % 56'sının medikal uygulamaları destekleyeceğinden, % 33'ünün hekim memnuniyetini arttıracığından ve % 33'ünün maliyetleri azaltacağından dolayı faydalı gördüğünü ifade ettikleri saptanmıştır (Hayward, 1997).

Farquhar ve arkadaşları tarafından 1990 ile 2000 yılları arasında yayımlanmış ilgili makalelerdeki sonuçların değerlendirildiği ve içerisinde birinci basamakta kullanılan rehberlere yönelik görüşlerinde yer aldığı araştırmalarda hekimlerin ortalama % 75'i

rehberlerin faydalı olduğu yönünde görüş bildirmişlerdir. Hekimlerin yaklaşık % 71'i ise rehberlerin iyi bir eğitim materyali olduğunu ve % 70'i kalitenin artırılmasına katkı sağladığını ifade etmişlerdir. Rehberlerin pratik olmaması ve her hastaya özgü kullanıma sahip olmaması (% 30), kendi otonomilerinin baskılandığı ve basitleştirildiği (% 34), malpraktisleri arttıracacağı (% 41) ve sağlık harcamalarını azaltmak için hazırlandıkları (% 52,8) yönündeki görüşleri ise hekimlerin rehberlere yönelik olumsuz düşünceleri olarak saptanmıştır (Farquhar ve diğ., 2002). Farklı çalışmalarda da bu yönde bulgular elde edilmiştir (Hayward, 1997).

Helwing ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise katılımcıların genelinin klinik uygulama rehberlerine yönelik olumlu görüş bildirdiği ve aile hekimliği asistanlarının % 81'inin klinik uygulama rehberlerini uygulama alanlarında kullandıkları saptanmıştır. Ayrıca hekimler klinik uygulama rehberlerinin kolay kullanılabilirliği, hizmet sunumunun kalitesini ve etkinliğini arttırdığı, aldıkları eğitimleri geliştirdiği, tıp uygulamalarında etkili bir yol olduğu, hekimleri malpraktise karşı koruduğu ve kronik durumlar için bakımın sürdürülebilirliğini arttırdığı yönünde ifadelerde bulunmuşlardır (Helwing ve diğ.).

Çalışmada aile hekimlerine Türkiye için önerilen birinci basamakta periyodik sağlık muayene rehberi hakkında bilgi sahibi olup olmadıkları sorulduğunda, 2533 (%48,9) aile hekimi rehber hakkında bilgi sahibi olduğunu, 2650 (%51,1) aile hekimi ise rehber hakkında bilgi sahibi olmadıklarını belirtmiştir. Bu sonuç aile hekimlerinin yarıdan fazlasının bilgi sahibi olmadığını göstermektedir. Çalışmada elde edilen sonuç literatür ile karşılaştırıldığında hekimlerin özellikle Türkiye için önerilen birinci basamakta periyodik sağlık muayene rehberi hakkında bilgi sahibi olmama yüzdelerinin daha yüksek olarak belirlendiği görülmüştür. Bu yönde Wolfe ve arkadaşlarının Amerika'da kullanılan üç klinik rehberine yönelik aile hekimlerinin görüş, tutum ve her bir rehber hakkındaki farkındalıkları/bilgilerinin değerlendirdiği çalışma incelendiğinde; periyodik muayene rehberi dâhil üç klinik rehber için hekimlerin yaklaşık % 60'ının bilgi sahibi veya biraz bilgi sahibi olduğu belirlenmiştir. Hekimlerin % 35'i ise periyodik muayene rehberi için tam olarak farkında olduklarını ve % 39'u hiç bilgi sahibi olmadıklarını belirtilmiştir (Wolfe ve diğ., 2004).

Çalışmada Türkiye için önerilen birinci basamakta periyodik sağlık muayene rehberi hakkında bilgi sahibi olma yüzdesi literatürde yer alan sonuçlar ile birlikte değerlendirildiğinde ise Türkiye'deki aile hekimlerinin yeterli düzeyde bilgi sahibi olmadığı söylenebilir. Türkiye için her ne kadar resmi olarak yayımlanmış ve mevzuat ile kullanımı zorunlu hale getirilmiş bir rehber bulunmasa da Türkiye için önerilen periyodik muayene rehberi ile ilgili tüm taslak rehberlerin online olarak yayımlanması ve sürekli mesleki gelişim eğitimleri kapsamında AHUZEM üzerinde PSM eğitim modülünde rehber taslağının yer alması gibi çalışmalar göz önünde alındığında hekimlerin yaklaşık % 51'inin bilgi sahibi olmadıklarını belirtmeleri dikkat çekici olarak değerlendirilmiştir. Bu nedenle gerek periyodik sağlık muayeneleri gerekse periyodik muayene rehberine yönelik öncelikli olarak farkındalıkların artırılması için farklı çalışmaların yapılmasının gerekebileceği düşünülmektedir. Bu kapsamda da periyodik sağlık muayenelerinin ve PSM'ye özgü farklı rehberlerin çekirdek eğitim müfredatı içerisinde yer alması sağlanarak tıp eğitimi ve uzmanlık eğitiminde standart bir eğitim olarak verilmesinin, yine sürekli mesleki gelişim eğitimleri içerisinde yer alan modülün daha kapsamlı hale getirilmesinin konuya yönelik bilgi düzeyini ve farkındalığı arttırabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca Türkiye için önerilen birinci basamakta periyodik sağlık muayene rehberinin son halinin yayımlandıktan sonra basılı olarak Toplum Sağlığı ve Aile Sağlığı Merkezlerine gönderilmesinin faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Literatürde de rehber kullanımı ile ilgili engellere yönelik çalışmalar incelendiğinde rehberlerin basılı hale getirilmesini destekleyen sonuçlar yer almaktadır. Helwing ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma içerisinde klinik uygulama rehberlerinin kullanımının önündeki engeller sorulduğunda, aile hekimliği asistanları ilk olarak kliniklerinde rehberlerin kopyasına ulaşamadıkları yönünde ifade de bulunmuşlardır. Çalışmada hekimlerin sadece % 20'si rehberlerin kopyasına ulaşabildiklerini belirtmiştir (Helwing ve diğ., 1998).

Pimlott ve arkadaşları Demans'a yönelik hazırlanmış rehber hakkında aile hekimlerinin farkındalık, tutum ve görüşlerini sorguladıklarında, çalışmaya katılanların yarıdan azının rehberin ilk dağıtımını gerçekleştikten sonra okuduğunu ya da gördüğünü ifade ettiğini saptamıştır. Aile hekimlerinin rehberleri farkında olmama nedenleri sorgulandığında ise ofislerinde bulunmaması, farkında olsalar bile ne işe yaradıkları hakkında bilgi sahibi

olmamaları, rehberin kendilerinde basılı olarak mevcut olmasına rağmen ilgilerini çekmediklerinden incelememiş oldukları ve son olarak rehberleri bilseler bile günlük uygulamalarının bir parçası olmadığını düşündükleri yönünde yanıtlar alınmıştır (Pimlott ve diğ., 2009).

Pimlott ve arkadaşları aynı çalışmada farkındalık eksikliğindeki en önemli faktörün etkisiz pasif yayımlama stratejisi olduğunu belirtmiştir. Rehberlerin iki ayda bir çıkan Kanada Tıp Birliği Yayını ile birlikte mail olarak gönderilmesinin rehberlerin aile hekimlerine ulaştırılmasında etkili bir yol olmadığını savunmuşlardır. Ayrıca aile hekimlerinin birçoğu erişim ile ilgili olarak algoritma, çerçeve ya da akış şemaları şeklinde farklı formatlarda rehberlere erişimin olması gerektiği vurgulamıştır. Yapılan farklı çalışmalarda da elde edilen bulgular benzerlik göstermektedir (Langley ve diğ., 1998). Hekimler rehberlerin kendilerinin ve özetlerinin yayımlanması gerektiğini ya da kişisel dijital cihazlarından erişilebilir özellikte olacak şekilde elektronik ortamda erişime sahip olması gerektiğini ifade etmişlerdir. Son olarak çalışmada birden fazla yolla rehberlerin yayımlanma stratejilerinin iletişimin etkililiğini arttırdığı ve erişime yönelik en iyi yolu seçme konusunda olanak tanıdığı yönünde bulgular saptanmıştır (Pimlott ve diğ., 2009).

Wolfe ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise PSM rehberini farkında olan 257 hekimin %29'u (74) rehberlere erişim ile ilgili sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca çalışmada hekimler tarafından rehberlerin elektronik tıbbi kayıt sistemlerine entegre edilmesi ve periyodik taramaya/koruyucu hizmetlere yönelik aile hekimine kayıtlı bireyler için sistemin hatırlatıcı görev üstlenmesini sağlayacak bir uyarı sisteminin getirilebileceği önerilmiştir (Wolfe ve diğ., 2004).

Aile hekimlerine benzer şekilde dünyanın değişik ülkelerinde yayımlanıp uygulanan birinci basamaktaki periyodik sağlık muayene rehberleri hakkında bilgi sahibi olup olmadıkları sorulduğunda ise 5183 aile hekiminden 1171 (%26,6)'i bilgi sahibi olduğunu belirtirken, 4012 (%74,4)'si bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir. Bu bulgunun temel tıp ve uzmanlık eğitiminde ayrıca sürekli mesleki gelişim eğitimleri kapsamında periyodik muayene ve rehberlere yönelik eğitim içeriğinin standartlaştırılması ve geliştirilmesi yönünde yapılan yorumları destekler nitelikte olduğu düşünülmektedir.

Görüş sorularından sonra araştırmaya katılan hekimlerin “bilgi düzeylerini” değerlendirmek amacı ile “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan önerilere ilişkin bilgi soruları sorulmuştur. Aşağıda bu kapsamda elde edilmiş bulgulara yönelik değerlendirmeler sırası ile yer almaktadır.

Aile hekimleri “*Periyodik sağlık muayenesi kardiovasküler hastalıkların erken dönem tanısı ve tedavisinde etkilidir*” ifadesine orta üstü olarak yanıt vermişlerdir (\bar{x} : 3,86). Bu sonuç hekimlerin bu bilgiyi orta düzeyin üstünde kabul ettiklerini göstermektedir. “*06-65 yaş grubu bireylerde obezitenin önlenmesi, metabolik sendrom değerlendirilmesi amacıyla yılda bir kez ağırlık, boy, Beden Kitle İndeksi (BKI) ve bel çevresi ölçümleri önemlidir*” ifadesine hekimlerin verdiği yanıtların ortalaması da orta üstü olarak belirlenmiştir (\bar{x} : 3,76). Bununla birlikte hekimlerin % 33,7’sinin boy, BKI ve bel çevresi ölçümleri için 3 ve altı skorlama yapmaları antropometrik ölçümlerin etkililiğine ilişkin hekimlerin bilgi düzeylerinin arttırılmasının, özellikle metabolik sendrom ve obezitenin değerlendirilmesine yönelik Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan çalışmalara da katkı sağlaması yönünden önemli olabileceğini düşündürmektedir. “*Düzenli fiziksel aktivite obezitenin önlenmesi, kemik sağlığının korunması amacı ile periyodik muayene sırasında sorgulanmalıdır*” şeklindeki ifadeye verilen yanıt ortalaması ise 3,93 ile orta düzeyin üstünde bulunmuştur. “*35-80 yaş grubu erişkinlerde günde 81 mg aspirin alınması önemlidir*” ifadesine ilişkin verilen yanıtın 2,51 ortalamaya sahip olması, ifadenin yanlış olarak sorgulanmasından dolayı anlamlı olarak bulunmuştur. Ancak verilen yanıt ortalamasının bir başka yanlış bilgi olarak sorgulanan arteriyel tansiyon ölçümünde olduğu gibi yeterli düzeyde düşük çıkması ve hekimlerin % 53,2’sinin katılmıyorum ve kesinlikle katılmıyorum yönünde yanıt vermesi, hekimlerin bu konuda yeterli düzeyde bilgiye sahip olmadığını düşündürmektedir.

“*25 yaşından büyük yetişkinlerde başvuru sebebinden bağımsız olarak yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçümü önemlidir*” ifadesine verilen yanıtın ortalamasının düşük (\bar{x} : 1,95) bulunması ifadenin yanlış olarak sorulmasından dolayı anlamlı olarak değerlendirilmektedir. “*18 yaşından büyük tüm kişilerde hiperlipidemi, kardiyovasküler olay, diabetes mellitusun erken tanısı amaçlı beş yılda bir serum lipit profili taramasının*

yapılması önemlidir” ifadesine ise 3,83 ortalama ile hekimler orta üstü yanıt vermişlerdir. *“35 yaşın üzerindeki tüm erişkinlere on yılda bir tiroid fonksiyon testlerinin (TFT) yapılması önemlidir”* ifadesine verilen yanıt ortalamasının orta altı olarak bulunması bilginin yanlış olarak sorgulanmasından dolayı anlamlı olarak değerlendirilmektedir (\bar{x} : 2,08). *“Obez veya kilolu ($BKİ \geq 25 \text{ kg/m}^2$) ve özellikle santral obezitesi (bel çevresi kadında $>88 \text{ cm}$, erkekte $>102 \text{ cm}$) olan kişilerde 45 yaşından itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yapılması önemlidir”* ifadesine verilen yanıt ortalaması yüksek olarak bulunmuştur (\bar{x} : 4,06). Bu sonuç AKŞ ile diyabet taramasına ilişkin hekimlerin bilgi düzeylerinin ortalamasının bütün ifadeler içerisinde ikinci en yüksek ortalamaya sahip olduğunu göstermiştir. Literatür incelendiğinde Vinker ve arkadaşları tarafından İsrail’de aile hekimlerinin PMR uygulamaları ile ilgili yapmış oldukları çalışma hekimlerin % 75’inin PMR’lerin diyabetli hastaların sağlık hizmetlerinin yönetilmesine yardımcı oldukları yönünde inanca sahip olduklarını göstermiştir (Vinker ve diğ., 2000).

Estonya’da Rätsep ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise anket aracılığı ile aile hekimlerinin rehberlerin kullanılabilirliği ve rehberlerde yer alan önerilere/takiplere uyumlarına ilişkin sorular yönlendirilmiş ve bunların içerisinde AKŞ takipleri ve DM2’ye ilişkin taramalara yönelik olarak aile hekimlerinin üçte ikisi günlük uygulamalarında DM2 rehberinin kullanılmasının önemli olduğunu vurgulamıştır (Rätsep ve diğ., 2006).

“50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinlerde kolorektal kanserin erken tanısı amacıyla iki yılda bir gaitada gizli kan testi yapılması önemlidir” ifadesine verilen yanıt ortalaması düşük çıkmakla birlikte (\bar{x} : 1,98) bilginin yanlış sorgulanmasından dolayı anlamlı bulunmuştur. *“50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinlerde her on yılda bir gaitada gizli kan testinin yanısıra kolonoskopi yapılması önemlidir”* ifadesine verilen yanıtların ortalaması 3,87 ile orta üstü olarak saptanmıştır. Yanıtlar incelendiğinde; hekimlerin yaklaşık %80’inin katılıyorum ile kesinlikle katılıyorum şeklinde bu soruya yanıt vermelerinin nedeninin şuan Sağlık Bakanlığının yürütmüş olduğu tarama programları çerçevesinde bu konunun ele alınmasından kaynaklanabileceği düşündürmektedir. Tarama programları ve protokoller ile ilgili olarak Lugtenberg ve arkadaşları Almanya’da 2003 yılından itibaren yayımlanan ve önemli bulunan 19 ulusal rehber içerisinden 12 hastalık durumlarına ilişkin pratisyen hekimlerin algıladıkları engellerin tanımlanmasını

amaçladıkları bir çalışma gerçekleştirmiş ve çalışmanın sonunda hekimlerin PSM'lere yönelik bilgi düzeyini ve rehberlere uyumlarını arttırmaya yönelik ihtiyaç duyulabilecek potansiyel öneriler ortaya koymuşlardır. Bu önerilerden birisi herhangi bir hastalığın tanımlanmasında sürekli bir engel belirtiliyor ise o hastalığa yönelik tanı protokollerinin geliştirilmesinin hekimin bilgi düzeyini arttıracığı ve ilgili rehberlere uyumu sağlayacağı yönünde öneriler geliştirilmiştir. Bununla ilgili olarak da idrar yolu enfeksiyonu örneği verilmiş ve idrar yolu enfeksiyonunun tanımlanmasında sürekli engeller ifade edildiği durumda idrar yolu enfeksiyonuna yönelik geliştirilecek olan tanı protokollerinin bilgi düzeyini arttıracığı ve rehberlere uyumu sağlayacağı belirtilmiştir (Lugtenberg ve diğ., 2009). Literatürde yer alan bu öneri tarama programlarının bilgi düzeyini arttıracığı yönünde belirtilmiş görüşü destekler niteliktedir.

“40-65 yaş arası kadınlarda her beş yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yapılması önemlidir” ifadesine verilen yanıtların ortalaması düşük (\bar{x} : 1,97) olarak saptanmış olup bilginin yanlış olarak sorgulanmasından dolayı anlamlı olarak değerlendirilmektedir. Aile hekimlerinin % 77,8'i PAP Smear ya da HPV testinin yapılmasını önemli olduğunu belirtmişlerdir.

“20 yaş üstü kadınlarda meme kanserinin erken tanısı amacıyla kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi verilmesi ve ayda bir kez uygulamasının önerilmesi önemlidir” ifadesine verilen yanıtların ortalaması yüksek bulunmuştur (\bar{x} : 4,11). *“40-69 yaş arası tüm kadınlarda iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yapılması önemlidir”* ifadesine verilen yanıtların ortalaması 3,95 olarak saptanmıştır. Hekimlerin % 74,3'ü katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum yönünde yanıt vermiştir.

Hekimlerin PAP Smear ya da HPV testine ve mamografi ile meme kanseri taramalarına yönelik bilgi düzeylerini değerlendirmek amacı ile sorgulanmış olan ifadelere yönelik verilen yanıtların yüzdelерinin yüksek olarak saptanması, Türkiye'de yer alan tarama programlarının farkındalığı ve bilgi düzeyini arttırdığı yönünde yapılmış olan yorumu destekler nitelikte olduğu ile yorumlanabilir.

“Ailesinde prostat kanseri hikâyesi olan 40 yaşından büyük erkekler ve aile hikâyesi olmayan 50 yaşından büyük erkeklerde prostat kanseri ile ilgili kişinin bilgilendirilmesi

ve bir üroloji uzmanına yönlendirilmesi gerekmektedir” görüşüne yönelik verilen yanıtların ortalaması 4,07 ile yüksek bulunmuştur.

Bu sonuç ile birlikte kanser taramalarına yönelik verilen yanıtların ortalamalarının ve yüzdelerinin yüksek olduğu görülmektedir. Literatürde Helwing ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş bir anket ile aile hekimliği asistanlarının klinik uygulama rehberlerine yönelik tutumlarının ve güven durumlarının değerlendirildiği çalışma incelendiğinde; hekimlerin ülke genelinde en sık kullandıkları rehber/protokollere ilişkin verdikleri yanıtlar arasında ilk sıraları % 68 ile aşılama takvimi ve % 56 ile kanser tarama rehberinin aldığı belirlenmiştir (Helwing ve diğ., 1998).

Yukarıda belirtilen ifadelere verilen yanıtların genel skor ortalamaları hesaplandığında 3,28 ile orta üstü olarak belirlenmekle birlikte orta değere daha yakındır. Elde edilen bulgu, aile hekimlerinin periyodik muayene içerisinde yer alan önerilere ilişkin sahip oldukları bilgi düzeylerinin artırılması amacı ile farklı müdahalelerin uygulanması gerekebileceğini düşündürmektedir. Ancak öncesinde hekimlerin önerilere yönelik bilgi eksikliğine neden olan faktörlerin araştırılmasının ve bu yönde farklı stratejilerin geliştirilmesinin daha etkili olabileceği öngörülmektedir.

Bu kapsamda hekimlerin periyodik muayene ve rehberlere yönelik bilgi eksikliğine neden olan faktörlerin araştırıldığı literatür bulguları incelenmiştir. Cabana ve arkadaşları tarafından Ocak 1966 ile Ocak 1998 tarihleri arasında 5658 rehberlere uyum ile ilgili makale arasından seçtikleri 76 makale ile gerçekleştirdikleri çalışmada, rehberlere yönelik bilgi eksikliğinin nedenleri arasında PSM içerisinde yer alan önerilere yönelik bilgi ile karşılaşmama (aşinalıktaki eksiklik) ve farkındalığın eksik olması sıralanmıştır (Cabana ve diğ., 1999).

Türkiye’de periyodik muayene ve rehberlerine yönelik çalışmalar yakın tarihte başlamış olmakla birlikte elde edilen bulgular ve literatür sonuçları periyodik muayene ve rehberlere ilişkin hekimlerin farkındalıklarını ve bilgi düzeylerini arttırmak için öncelikli olarak tıp eğitimi ve uzmanlık eğitiminde standart bir eğitim olarak verilmesinin ayrıca PSM’ler ile ilgili sürekli mesleki gelişim eğitim içeriğinin kapsamlı hale getirilmesinin etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Literatürde Almanya’da genel pratisyen hekimlerin genel olarak rehberleri farkında oldukları ve bunun en önemli nedenin rehberlerin mezuniyet sonrası eğitimin ve sürekli mesleki gelişim eğitimlerinin temel bir parçası olmasından kaynaklı olduğu vurgulanmıştır. Özellikle uygulamada interaktif eğitimin ve aktif katılımın önemi belirtilmiştir. Ayrıca rehberlere yönelik bilgi düzeyinin artırılması için hekimler arasında yapılacak olan düzenli toplantıların faydalı olabileceği ifade edilmiştir (Bero ve diğ., 1998; O'Brien ve diğ., 2001).

Rätsep ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada rehber kullanımı ve rehberler hakkındaki genel bilgi düzeyinin, hekimlere konunun etkin şekilde aktarılması yolu ile arttırılabileceği belirtilmiştir (Rätsep ve diğ., 2006).

Kanada da Hayward ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise Kanada ki hekimlerin klinik uygulama rehberlerine yönelik tercihleri ve tutumları araştırılmıştır. Bu kapsamda çalışmada klinik karar verme sürecinde rehberlerin ve diğer bilgi kaynaklarının önemi sorgulanmış ve çalışmaya katılan 1878 hekimden 643’ü karar verme sürecinde klinik rehberlerin ve bilginin kaynağının kendilerini oldukça büyük ölçüde etkilediklerini belirtmiştir. Klinik rehberler ile bilginin kaynağı olarak en büyük etkinin ise sırası ile meslektaşlar ile yapılan fikir paylaşımlarının, makalelerin ve sürekli mesleki gelişim eğitimlerinin olduğu ifade edilmiştir (Hayward ve diğ., 1997).

Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkındaki tutumlarını değerlendirmek için bilgi sorularının ifadeleri tutuma yönelik olarak düzenlenmiş ve kesinlikle katılıyorum (5) ile kesinlikle katılmıyorum (1) arasında yanıt vermeleri istenmiştir. Tutuma yönelik ifadeler *“Ailesel öyküsü olan 40 yaş altı bireylerde ailesel öyküsü olmayan 40 yaş üstü bireylerde ise düzenli olarak kardiovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi yapılmalıdır”, “06-65 yaş grubu bireylerde ağırlık, boy, (BKI) Beden Kitle İndeksi ölçümleri yılda bir yapılmalıdır”, “06-65 yaş grubu bireylerde yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlerimi yapılmalıdır”, “Düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (30 dakika tempolu yürüyüş) yapılmalıdır”, “18 yaşından büyük tüm bireyler yılda en az 1 (bir) kez tansiyon arteriyel ölçümü yaptırılmalıdır”, “35 yaşından büyük tüm bireylerde serum lipit düzeyine bakılmalıdır”, “35 yaşın üzerindeki tüm erişkinler beş yılda bir*

tiroid fonksiyon testi (TFT) yaptırmalıdır”, “Obez veya kilolu olan kişiler 45 yaşın itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yaptırmalıdır”, “30-65 yaş arası kadınlar her beş yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırmalıdır”, “20 yaş üstü kadınlar kendi kendine meme muayenesini ayda bir kez uygulamalıdır”, “40-69 yaş arası tüm kadınlar yılda bir hekim tarafından rutin klinik muayene yaptırmalı ve iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi çektirmelidir” şeklinde sıralanmıştır ve hekimlerin bütün tutum ifadelerine verdikleri yanıtların ortalamaları (tutum skoru) orta üstü olarak belirlenmiştir (\bar{x} : 3,47).

Çalışmada tutum ile ilgili olarak hekimlerin verdikleri yanıtlar literatürde elde edilen sonuçlar ile karşılaştırılarak incelenmiştir. Bu kapsamda *“06-65 yaş grubu bireylerde ağırlık, boy, (BKI) Beden Kitle İndeksi ölçümleri yılda bir yapılmalıdır”* ifadesine yönelik verdikleri yanıtlar incelendiğinde aile hekimlerinin 3,77 ortalama ile orta üstü düzeyde antropometik ölçümlerin gerekli olduğuna inandıkları saptanmıştır.

Boy ve kilo ölçümleri ile ilgili olarak Miyazaki ve arkadaşları tarafından oluşturulmuş soru formu aracılığıyla gerçekleştirdikleri araştırmada, periyodik muayenenin ve periyodik muayeneye ait 22 bileşenin etkililiği hakkında hekimlerin düşünceleri incelenmiş ve araştırmaya katılan birinci basamakta çalışan 722 hekimin yaklaşık % 80’inin periyodik olarak boy ve kilonun ölçülmesi gerekliliğine inandıkları saptanmıştır (Miyazaki ve diğ., 2007). Çalışmada hekimlerin *“06-65 yaş grubu bireylerde ağırlık, boy, (BKI) Beden Kitle İndeksi ölçümleri yılda bir yapılmalıdır”* ifadesine % 66’sının katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum yönünde verdikleri yanıtlar literatür ile desteklemektedir.

“18 yaşından büyük tüm bireyler yılda en az 1 (bir) kez arteriyel tansiyon ölçümü yaptırmalıdır” ifadesine ise hekimlerin % 73,3’ünün katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum yönünde verdikleri yanıtlar Miyazaki ve arkadaşları tarafından yapılmış çalışma bulgusu ile de desteklenmektedir. Miyazaki ve arkadaşları periyodik sağlık muayenesi içerisinde hekimlerin % 90’dan fazlasının kan basıncı ölçümlerini gerekli gördükleri yönünde bulgu elde etmişlerdir.

Hekimlerin “50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinler her on yılda bir kolonoskopi yaptırmalıdır”, “50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinler yılda bir gaitada gizli kan testi yaptırmalıdır”, “45-80 yaş grubu bireyler her gün düzenli olarak aspirin almalıdır” ifadelerine yönelik verdikleri yanıtların ortalamaları diğer tutum ifadelerine ait ortalamalara göre daha düşük olarak belirlenmiştir. Aile hekimlerinin bu üç ifadeye yönelik bilgi ifadelerine verdikleri yanıt ortalamaları düşük olmamakla birlikte tutum ifadelerine verdikleri yanıtların ortalamasının daha düşük olması bilginin tutuma aynı düzeyde dönüşmediğini göstermektedir.

Miyazaki ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, hekimlerin büyük çoğunluğu (% 79,5) kolorektal kanserlerde gaitada gizli kan testinin tarama testleri arasında önemli role sahip olduğunu ifade etmişlerdir. Bu sonucun nedeni ise hekimlerin kolorektal kanserlerde gaitada gizli kan testinin etkililiğine olan inançlarından kaynaklı olduğu belirlenmiştir. Çalışmada “50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinler yılda bir gaitada gizli kan testi yaptırmalıdır” ifadesine hekimlerin sadece % 50,7’sinin katılıyor ve kesinlikle katılıyor yönünde verdikleri yanıt kendilerinin yeterli düzeyde inanca sahip olmadıkları ile yorumlanabilir. Literatür bulguları çerçevesinde hekimlerin kolorektal kanserlerde gaitada gizli kan testinin etkililiğine olan inançlarının yeterli düzeyde olmadığı ve bu nedenle de *gaitada gizli kan testi* yapılmasına yönelik hemen hemen yarısının katılmadıkları ve emin olmadıkları yönünde görüş belirttikleri söylenebilir.

Kanada da Pimlott ve arkadaşları tarafından yapılmış kalitatif bir çalışmada üniversite hastanelerinden birinde çalışan aile hekimleri seçilerek odak grup görüşmeleri gerçekleştirilmiştir. Görüşmede yarı yapılandırılmış görüşme kılavuzları kullanılarak hekimlerin rehberlere ve rehberler içerisinde yer alan önerilere uyumlarını etkileyen bilgi, tutum ve davranışlarına özgü nedenler sorgulanmıştır. Hekimler tutuma ilişkin engeller arasında, önerilerin uygulanması ile elde edilecek sonucun etkililiğine yönelik duydukları kaygıya ilişkin görüşler belirtmiştir (Pimlott ve diğ., 2009).

Lugtenberg ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada rehberler içerisinde yer alan tarama önerilerinin uygulanmasında hekimlerin yeterli düzeyde tutum geliştirememelerinin nedenleri arasında kendilerine güvenmemeleri ve tarama sonuçlarına olan güvenlerindeki eksiklikler sıralanmıştır (Lugtenberg, 2009).

Cabana ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise hekimlerin yeterli düzeyde tutum sahibi olamamalarının nedenleri arasında kanıtları yorumlama ve her hasta için uygulanabilir olma konusunda yaşadıkları anlaşmazlıklar ve rehberleri geliştirenlere yönelik güven eksiklikleri sıralanmıştır (Cabana ve diğ., 1999).

Bu kapsamda hekimlerin yeterli düzeyde tutuma sahip olmamasına ve inanışlarındaki eksikliklere neden olan faktörlerin farklı çalışmalar ile araştırılmasının, hekimlerin PSM önerilerine yönelik inanışlarını etkileyen nedenlerin belirlenmesi yolu ile periyodik muayenenin uygulanması ve rehber kullanımına yönelik gerekli müdahalelerde bulunulmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkındaki davranışlarını belirlemek içinde ifadeler 1 kesinlikle katılmıyorum ile 5 kesinlikle katılıyorum arasında sıralanarak cevaplar alınmıştır. İfadeler “*Kardiovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi yaptırırım*”, “*Yılda en az bir kez ağırlık, boy ve (BKI) Beden Kitle İndeksi ölçümlerimi yaptırırım*”, “*Yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlerimi yaptırırım*”, “*Düzenli olarak günlük fiziksel aktivitede (tempolu yürüyüş vb.) yaparım*”, “*Günde 81 mg aspirin düzenli olarak kullanırım*”, “*Arteriyel tansiyonumu son 1 yıl içinde en az 1 kez olmak üzere düzenli olarak ölçtürürüm*”, “*5 yılda bir serum lipit düzeyime baktırırım*”, “*5 yılda bir troid fonksiyon testlerini yaptırırım*”, “*3 yılda bir açlık kan şekere (AKŞ) baktırırım*”, “*Her yıl gaitada gizli kan testi yaptırırım*”, “*10 yılda 1 kolonoskopi yaptırırım*”, “*5 yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırırım*”, “*Ayda 1 kez kendi kendime meme muayenesi yaparım (sadece kadın aile hekimleri için geçerlidir)*”, “*2 yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yaptırırım ve “Prostat kanserinin erken tanısı amaçlı üroloji uzmanına başvururum” şeklinde sıralanmıştır. Bütün ifadelere verilen yanıtların ortalaması (davranış skoru) orta altı olarak saptanmıştır (\bar{x} : 2,65). Davranışa yönelik olarak hekimler en yüksek ortalama ile 3 yılda bir kan şekerlerine baktıracaklarını (\bar{x} : 3,76) belirtirken en düşük ortalama ile 10 yılda 1 kolonoskopi yaptıracaklarını ifade etmişlerdir (\bar{x} : 2,01).*

Hekimlerin sadece % 18'inin 10 yılda bir kolonoskopi yaptıracaklarını belirtme nedenlerinin kolonoskopi işleminin zor olmasında kaynaklı olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca kolonoskopi ile ilgili hekimlerin inanışlarının da düşük düzeyde olması davranışa dönüşmemesinin nedenleri arasında yer alabilir. Literatürde Sewitch ve arkadaşları tarafından aile hekimleri ve genel pratisyenlerin kolorektal kanser taramalarına ilişkin rehberlere yönelik bilgi durumları ve uygulamadaki engellerin tanımlanmasının amaçlandığı bir çalışma yapılmıştır. Çalışmada Sewitch ve arkadaşları, hekimlerin kolorektal kanser taramalarına yönelik gaitada gizli kan bakılması, kolonoskopi gibi uygulamaların sonuçlarının etkinliklerine inandıklarında uygulamaya geçirilmesi yönünde beyanda bulduklarını belirlenmişlerdir (Sewitch ve diğ., 2006).

García tarafından yapılan çalışmada ise bireylerin kolorektal kanser taramalarına ilişkin davranışlarını etkileyen faktörler incelenmiş ve özellikle kolonoskopi işlemine yönelik anksiyete durumunun, utanma hissinin, ağırlı ya da tehlikeli olabileceği düşüncesinin davranış üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (García, 2012). Bu kapsamda elde edilen bulgular literatür ile desteklenmektedir.

Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelerle ilişkin genel bilgi ortalamalarının cinsiyete göre karşılaştırılması incelendiğinde genel bilgi skorunun cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$). Aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberi hakkındaki genel bilgi skorları cinsiyete göre incelendiğinde ise erkeklerin verdikleri yanıtların ortalaması (bilgi skoru) 3,27, kadınlarınki 3,29 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuç önerilere ilişkin kadın aile hekimlerinin verdikleri yanıt ortalamalarının erkek aile hekimlerine göre daha yüksek olduğunu göstermiştir. Ancak “06-65 yaş grubu bireylerde obezitenin önlenmesi, metabolik sendrom değerlendirilmesi amacıyla yılda bir kez ağırlık, boy, (BKI) Beden Kitle İndeksi ve bel çevresi ölçümleri önemlidir”, “Düzenli fiziksel aktivite obezitenin önlenmesi, kemik sağlığının korunması amacı ile periyodik muayene sırasında sorgulanmalıdır” ifadelerine aile hekimlerinin verdikleri yanıtlar cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$).

Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkındaki tutum ortalamalarının cinsiyete göre karşılaştırılması incelendiğinde cinsiyetin “06-65 yaş grubu bireylerde ağırlık, boy, (BKI) Beden Kitle İndeksi ölçümleri yılda bir yapılmalıdır”, “06-65 yaş grubu bireylerde yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlerimi yapılmalıdır”, “35 yaşından büyük tüm bireylerde serum lipit düzeyine bakılmalıdır”, “35 yaşın üzerindeki tüm erişkinler beş yılda bir tiroid fonksiyon testi (TFT) yaptırmalıdır”, “Obez veya kilolu olan kişiler 45 yaşın itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yaptırmalıdır”, “50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinler yılda bir gaitada gizli kan testi yaptırmalıdır”, “50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinler her on yılda bir kolonoskopi yaptırmalıdır” ifadelerini etkilediği ve anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Ayrıca tutum ifadelerine kadın aile hekimlerinin verdikleri yanıtların ortalaması (tutum skoru) (\bar{x} : 3,58) erkek hekimlere göre (\bar{x} : 3,02) daha yüksek olarak saptanmıştır. Bu durumda kadın hekimlerin erkek hekimlere göre yukarıda ifade edilen tarama önerilerine yönelik tutumlarının daha olumlu yönde olduğu söylenebilir. Ayrıca tutum skorları da cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$).

Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelere yönelik davranış ortalamalarının cinsiyete göre karşılaştırılması incelendiğinde “Kardiovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi yaptırım”, “Yılda en az bir kez ağırlık, boy ve (BKI) Beden Kitle İndeksi ölçümlerimi yaptırım”, “Günde 81 mg aspirin düzenli olarak kullanırım”, “5 yılda bir serum lipit düzeyime baktırım”, “5 yılda bir tiroid fonksiyon testlerini yaptırım”, “3 yılda bir açlık kan şekere (AKŞ) baktırım”, “Her yıl gaitada gizli kan testi yaptırım”, “10 yılda 1 kolonoskopi yaptırım” yönünde belirtilen davranışlar cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Cinsiyete göre davranış skorları incelendiğinde ise kadınların davranış skorunun (\bar{x} : 2,91) erkelerinkinden (\bar{x} : 2,55) daha yüksek olması kadın aile hekimlerinin sahip oldukları zihinsel hazıroluş durumunu daha fazla davranışa dönüştürdüklerini düşündürmektedir. Özellikle kolonoskopi ve gaitada gizli kan testine yönelik taramaları kadın aile hekimlerinin erkek aile hekimlerine göre daha yüksek ortalama ile kabul ettiği görülmüştür. Ayrıca aile hekimlerinin periyodik sağlık

muayenesi ve tarama rehberi içerisinde yer alan davranışları ortalama olarak gerçekleştirme sıklığının da cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$).

Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelerle ilişkin genel bilgilerinin medeni duruma göre karşılaştırılması incelendiğinde genel bilgi skorunun medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$). Ancak “25 yaşından büyük yetişkinlerde başvuru sebebinden bağımsız olarak yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçümü önemlidir”, “18 yaşından büyük tüm kişilerde hiperlipidemi, kardiyovasküler olay, diabetes mellitusun erken tanısı amaçlı beş yılda bir serum lipit profili taramasının yapılması önemlidir”, “35 yaşın üzerindeki tüm erişkinlere on yılda bir tiroid fonksiyon testlerinin (TFT) yapılması önemlidir” ve “Obez veya kilolu ($BKİ \geq 25 \text{ kg/m}^2$) olan kişilerde 45 yaşından itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yapılması önemlidir” yönündeki bilgi durumlarını değerlendiren ifadelerle ilişkin aile hekimlerinin vermiş oldukları yanıtlar medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ayrıca evli aile hekimlerinin bilgi ifadelerine yönelik verdikleri yanıtların ortalamalarının bekâr aile hekimlerinkinden çoğunlukla daha yüksek olduğu görülmektedir.

Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkındaki tutumlarının medeni duruma göre karşılaştırılması incelendiğinde “35 yaşından büyük tüm bireylerde serum lipit düzeyine bakılmalıdır”, “Obez veya kilolu olan kişiler 45 yaşın itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yaptırmalıdır”, “30-65 yaş arası kadınlar her beş yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırmalıdır”, “20 yaş üstü kadınlar kendi kendine meme muayenesini ayda bir kez uygulamalıdır”, “40-69 yaş arası tüm kadınlar yılda bir hekim tarafından rutin klinik muayene yaptırmalı ve iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi çektirmelidir” ve “40 yaşın üstündeki erkekler prostat kanserinin erken tanısı amacıyla yönelik üroloji uzmanına başvurmalıdır” ifadelerine ilişkin aile hekimlerinin verdikleri yanıtların ortalamaları medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Tutum ifadelerinde bekâr aile hekimlerinin tutum skorları (\bar{x} : 3,24), evli aile hekimlerinkinden (\bar{x} : 3,16) daha

yüksektir. Bu sonuç evli hekimlerin sağlık taramaları yaptırma konusunda bekâr hekimlere göre daha dikkatli olmaları gerektiğine inanmalarından kaynaklandığı ile yorumlanabilir. Ayrıca evli insanların kendi sorumlulukları dışında ailelerine ait sorumluluk duygusu taşımları, yeme içme alışkanlıkları dâhil daha düzenli bir hayat sürme durumları, sağlık taramaları yaptırma konusunda daha dikkatli davranmalarına neden olabilir. Çalışmada ki bulgu medeni durumun sağlık durumları ve mortalite oranları üzerindeki etkisini inceleyen literatür ile desteklenmektedir. Literatürde bekâr bireylerin evli bireylere göre daha kötü sağlık durumuna ve daha yüksek mortalite riskine sahip oldukları yönünde bilgiye yer verilmiştir (Robards ve diğ., 2012). Ayrıca aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberi hakkındaki tutumlarını belirlemek için oluşturulan sorulara verilen yanıtların ortalaması medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$).

Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi”nde yer alan davranışları gerçekleştirme sıklığının medeni duruma göre karşılaştırılması incelendiğinde “*Kardiovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi yaptırırım*”, “*Günde 81 mg aspirin düzenli olarak kullanırım*”, “*Arteriyel tansiyonumu son 1 yıl içinde en az 1 kez olmak üzere düzenli olarak ölçtürürüm*”, “*5 yılda bir serum lipit düzeyime baktırırım*”, “*5 yılda bir troid fonksiyon testlerini yaptırırım*”, “*3 yılda bir açlık kan şekere (AKŞ) baktırırım*”, “*5 yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırırım*” ve “*2 yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yaptırırım (40-69 yaş arası)*” ifadeleri ile medeni durum arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bununla birlikte evli aile hekimlerinin davranış skorlarının (\bar{x} : 2,65) bekar aile hekimlerine (\bar{x} : 2,60) göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu saptanmıştır. Ayrıca davranış ortalamaları bilgi ve tutum ortalamalarına göre daha düşük olarak belirlenmiştir. Yukarıda belirtilen ifadelere yönelik tutum ile medeni durum arasındaki ilişkiye yapılan yorumun paralellik gösterebileceği düşünülmektedir.

Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelere ilişkin genel bilgilerinin ünvana göre karşılaştırılması incelendiğinde genel bilgi skorunun ünvana göre anlamlı farklılık gösterdiği görülmektedir ($p<0,05$). Ayrıca pratisyen hekimlerin genel bilgi skoru

(\bar{x} : 3,28), aile hekimi uzmanlarınkinden (\bar{x} : 3,15) yüksek bulunmuştur. İfadelere göre karşılaştırma yapıldığında ise sadece “*Periyodik sağlık muayenesi kardiovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisinde etkilidir*” ifadesine ilişkin aile hekimlerinin verdikleri yanıtların ortalaması unvana göre anlamlı farklılık göstermektedir. Pratisyen hekimlerin ifadelere verdikleri yanıtların ortalamalarının büyük çoğunluğunun aile hekimi uzmanlarınkinden daha yüksek olması ise dikkat çekici olarak değerlendirilmektedir. Bu durum uzmanlık eğitimi içerisinde periyodik sağlık muayenesine ilişkin konulara yeterli düzeyde yer verilip verilmediği sorusuna ilişkin tartışmayı beraberinde getirebilir. Ancak pratisyen hekimlerin genel bilgi skorunun aile hekimliği uzmanlarınkinden yüksek olması, çalışmaya katılan aile hekimliği uzman sayısının düşük olması ile de ilişkili olabilir.

Literatürde tıp ve uzmanlık eğitimi ile sürekli mesleki gelişim eğitimleri süresince periyodik sağlık muayenesi ve rehberlere yönelik eğitimler ve bu eğitimlerin etkinliğine yönelik yapılmış çalışmalar incelendiğinde farklı sonuçların ve önerilerin geliştirildiği belirlenmiştir. Attarian ve arkadaşları tarafından yapılmış olan çalışmada uzmanlık eğitimini tamamlamış aile hekimliği asistanları ile sürekli mesleki gelişim kapsamında eğitim almış genel pratisyen hekimlerin arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (Attarian ve diğ., 1987).

Kanada da aile hekimliği asistanlarının periyodik sağlık muayenesi ve koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik 2 yıllık bir program ile master düzeyinde uygulama olmaksızın eğitim almalarının gerçekçi olmaması nedeniyle RUMBA prensipleri (ilişkili, anlaşılabilir, sonuçları ölçülebilir davranışlar ve erişebilir amaçlar) geliştirilerek periyodik sağlık muayenesine ilişkin hem bilgi düzeyine hem de uygulamalara yönelik önemli kazanımlar elde edilebileceği belirtilmiştir. Ayrıca periyodik sağlık muayeneleri, uygulama programı içerisinde klinik uygulama sürecinde ve eğitim seminerleri boyunca öğretilmektedir. Seminerlerde asistanların koruyucu sağlık uygulamalarına yönelik bilgilerini arttırmak amacı ile ilk ve ikinci yıllarında interaktif seminerler geliştirilmiş ve sonrasında klinik uygulama ile verilen bilgilerin uygulamaya dönüşmesi sağlanmıştır (Ross, 1992).

Helwing ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise çalışmaya katılan asistan hekimler klinik uygulama kılavuzları içerisinde yer alan tarama önerilerini etkili şekilde değerlendirmek için yeterli düzeyde bilgi sahibi olmadıklarını ve bu nedenle kılavuzların eğitim programlarının bir parçası olmasını arzuladıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca asistan hekimlerin sadece % 22'si doğru kullanım için rehberleri nasıl değerlendireceklerini, % 67'si ise nasıl kullanacaklarını bildiklerini ifade etmişlerdir (Helwing ve diğ., 1998).

Ayrıca literatürde sadece rehberlerin ve tarama önerilerinin geliştirilmesinin önemli olmadığı aynı zamanda kanıta dayalı koruyucu hizmetlerin önemine yönelik konuların daha etkili şekilde gerek tıp eğitimi gerekse mezuniyet sonrası eğitim içerisinde yer almasının önemli olduğu belirtilmiştir (Miyazaki ve diğ., 2007)

Literatürde yer alan bulgular kapsamında çalışmada elde edilen sonuçlarda göz önüne alındığında hekimlerin periyodik muayene ve rehberlere yönelik eğitimlerinin artırılması gerektiği düşünülmektedir. Özellikle tıp eğitiminden sonra uzmanlık eğitimi alan hekimlere THSK tarafından yayımlanacak periyodik muayene önerileri de dikkate alınarak uzmanlık eğitimi verilmesinin ve uygulama alanına yansıtılmasının fayda sağlayacağı söylenebilir. Ayrıca uzmanlık eğitimi almamış aile hekimliği yapan pratisyen hekimlerin, sürekli mesleki gelişim eğitimleri kapsamında periyodik sağlık muayenesine yönelik kapsamlı eğitim almalarının da önemli olduğu vurgulanmalıdır.

Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelerle yönelik tutum ortalamalarının unvana göre karşılaştırılması incelendiğinde “30-65 yaş arası kadınlar her beş yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırmalıdır”, “20 yaş üstü kadınlar kendi kendine meme muayenesini ayda bir kez uygulamalıdır” ve “40-69 yaş arası tüm kadınlar yılda bir hekim tarafından rutin klinik muayene yaptırmalı ve iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi çektirmelidir” ifadeleri ile unvanlar arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Tutuma yönelik sorulan ifadelerde sadece kadın hekimlerin verdikleri yanıtların unvana göre anlamlı farklılık gösterdiği elde edilen sonuçlardan anlaşılmaktadır. Ayrıca pratisyen hekimlerin (\bar{x} : 3,17) uzman hekimlere (\bar{x} : 2,95) göre söz konusu tarama testlerinin yapılması gerekliliğine olan inançlarının (tutum skoru) daha yüksek olduğu

belirlenmiştir. Unvanın tutum skoru üzerinde ise anlamlı fark yaratmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelerle ilişkin davranış ortalamalarının unvana göre karşılaştırılması incelendiğinde “*Günde 81 mg aspirin düzenli olarak kullanırım*”, “*5 yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırırım*” ve “*2 yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yaptırırım (40-69 yaş arası)*” ifadeleri ile unvanlar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Tutum ortalamalarının unvana göre karşılaştırılmasından elde edilen sonucun tersine, yukarıda sıralanan ifadelerde aile hekimi uzmanlarının (\bar{x} : 2,75) pratisyen hekimlere (\bar{x} : 2,65) göre davranış ortalamaları daha yüksek olarak saptanmıştır. Ortalama davranış skoru ise ünvana göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelerle ilişkin genel bilgilerinin sigara kullanma durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde genel bilgi skorunun sigara kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir ($p>0,05$). Ancak “*25 yaşından büyük yetişkinlerde başvuru sebebinden bağımsız olarak yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçümü önemlidir*”, “*Obez veya kilolu ($BKI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) olan kişilerde 45 yaşından itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yapılması önemlidir*” ve “*20 yaş üstü kadınlarda meme kanserinin erken tanısı amacıyla kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi verilmesi ve ayda bir kez uygulamasının önerilmesi önemlidir*” ifadelerine ilişkin aile hekimlerinin verdikleri yanıtların ortalamaları sigara kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Bu ifadelerden AKŞ ile diyabet taraması ve kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi verme konusunda bilgi ortalaması yüksek olan grup sigara kullanan ya da kullanıp bırakan aile hekimleridir. Bununla birlikte sigara kullanan, sigara kullanmayan ve daha önce kullanıp 1 yıl veya daha uzun bir süre önce sigara kullanmayı bırakanların genel bilgi ortalamaları birbirine oldukça yakın bulunmuştur.

Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelerle ilişkin tutumlarının sigara

kullanma durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde “06-65 yaş grubu bireylerde ağırlık, boy, (BKI) Beden Kitle İndeksi ölçümleri yılda bir yapılmalıdır”, “06-65 yaş grubu bireylerde yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlerimi yapılmalıdır”, “Düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (30 dakika tempolu yürüyüş) yapılmalıdır”, “35 yaşından büyük tüm bireylerde serum lipit düzeyine bakılmalıdır”, “35 yaşın üzerindeki tüm erişkinler beş yılda bir tiroid fonksiyon testi (TFT) yaptırmalıdır”, “Obez veya kilolu olan kişiler 45 yaşın itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yaptırmalıdır”, “30-65 yaş arası kadınlar her beş yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırmalıdır”, “20 yaş üstü kadınlar kendi kendine meme muayenesini ayda bir kez uygulamalıdır” ve “40-69 yaş arası tüm kadınlar yılda bir hekim tarafından rutin klinik muayene yaptırmalı ve iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi çektirmelidir” ifadelerine yönelik aile hekimlerinin verdikleri yanıtların ortalamaları sigara kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ayrıca tutum skorunda sigara kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Yapılan analizler ile bu farklılığın sigara kullanmayan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir ve sigara kullanmayan aile hekimlerinin tutum skoru 3,23, sigara kullananların 3,09 ve daha önce kullanmış olup artık kullanmayanların ki 3,12 olarak saptanmıştır. Bu sonuç sigara kullanmayan ve sigaranın zararlarını farkında olan grubun sağlıklı yaşam konusunda daha hassas olduklarını ve bu nedenle de periyodik taramaların yapılması gerekliliğine inandıklarını düşündürmektedir. Ancak Miyazaki ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen ve periyodik muayeneye ait 22 bileşene yönelik hekimlerin inanışlarının incelendiği çalışmada araştırmaya katılanların sigara kullanım durumu ile tutumları arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (Miyazaki ve diğ., 2007). Çalışmada elde edilen sonuç bu kapsamda literatür ile desteklenmemektedir.

Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelerle ilişkin davranışlarının sigara kullanma durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde “Yılda en az bir kez ağırlık, boy ve (BKI) Beden Kitle İndeksi ölçümlerimi yaptırırım”, “Yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlerimi yaptırırım”, “Düzenli olarak günlük fiziksel aktivitede (tempolu yürüyüş vb.) yaparım”, “Günde 81 mg aspirin düzenli olarak kullanırım”, “Arteriyel tansiyonumu son 1 yıl içinde en az 1 kez olmak üzere düzenli olarak ölçtürürüm”, “5

yılda bir serum lipit düzeyime baktırırım”, “5 yılda bir troid fonksiyon testlerini yaptırırım”, “3 yılda bir açlık kan şekere (AKŞ) baktırırım”, “Ayda 1 kez kendi kendime meme muayenesi yaparım (20 yaş üstü iseniz)” ve “Prostat kanserinin erken tanısı amaçlı üroloji uzmanına başvururum (40 yaş üstü iseniz)” ifadelerine hekimlerin verdikleri yanıtların ortalaması sigara kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Hekimlerin davranış ifadelerinin tamamına ilişkin davranış skoruda sigara kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Davranış ortalamaları da tutum ortalamalarına benzer şekilde sigara kullanmayan aile hekimlerinde (\bar{x} : 2,69), sigara kullanan (\bar{x} : 2,55) ve kullanıp bırakmış (\bar{x} : 2,66) olan aile hekimlerine göre daha yüksek olarak saptanmıştır.

Çalışmada elde edilen bulgu incelendiğinde, hekimlerin tutumları ve sigara kullanma durumları arasındaki ilişki için “sigara kullanmayan grubun sağlıklı yaşam konusunda daha hassas oldukları ve bu nedenle de periyodik taramaların yapılması gerekliliğine inandıkları” şeklinde yapılmış olan yorum hekimlerin davranışları ile sigara kullanma durumu arasındaki ilişki içinde geçerlidir.

Elde edilen sonuçlar ve literatür incelendiğinde sigara kullanım durumunun sağlıklı yaşam davranışları üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Yalçinkaya ve diğ., 2007). Yalçinkaya ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam davranışlarını değerlendirdiği çalışmada; 316 sağlık çalışanının sağlıklı yaşam davranışları ile sigara kullanım durumu arasında ilişki olup olmadığı da incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar; sağlık çalışanlarının beslenme tipleri, düzenli yeme alışkanlıkları, sporla ilgilenme durumları, egzersiz yapma sıklıkları ve boş zamanlarını değerlendirme durumları ile sigara içme alışkanlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu göstermiştir ($p<0,05$). Ayrıca sigara içmeyenler, kişiler arası destek alt boyutu dışında tüm alt boyutlarda ve genel toplamda sigara içenlere göre daha yüksek puan almıştır (Yalçinkaya ve diğ., 2007).

Özkan ve Yılmaz tarafından hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelendiği çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Çalışmada egzersiz alt grubu puan ortalaması ile sigara içme, sağlıklı beslenme alışkanlığı ve fiziksel egzersiz yapma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p<0,05$) olduğu saptanmıştır

(Özkan ve Yılmaz, 2008). Bu kapsamda çalışmada elde edilen bulgu literatür tarafından desteklenmektedir.

Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelerle ilişkin genel bilgi ortalamalarının (bilgi skoru) alkol kullanma durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde genel bilgi skorunun alkol kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$). Ancak “06-65 yaş grubu bireylerde obezitenin önlenmesi, metabolik sendrom değerlendirilmesi amacıyla yılda bir kez ağırlık, boy, (BKI) Beden Kitle İndeksi ve bel çevresi ölçümleri önemlidir”, “50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinlerde her on yılda bir gaitada gizli kan testinin yanısıra kolonoskopi yapılması önemlidir” ve “Ailesinde prostat kanseri hikayesi olan 40 yaşından büyük erkekler ve aile hikayesi olmayan 50 yaşından büyük erkeklerde prostat kanseri ile ilgili kişinin bilgilendirilmesi ve bir üroloji uzmanına yönlendirilmesi gerekmektedir” ifadelerine ilişkin aile hekimlerinin verdikleri yanıtlar alkol kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Yapılan çoklu karşılaştırma analizi bu ifadelerde farklılığı yaratan grubun düzenli olarak alkol kullanan aile hekimlerinden kaynaklandığını belirlemiştir. Ayrıca alkol kullanmayan ve nadiren kullanan aile hekimlerinin genel bilgi ortalamaları birbirine oldukça yakın bulunurken (\bar{x} : 3,28; 3,27) düzenli olarak alkol kullanan aile hekimlerinin genel bilgi ortalamaları daha düşük (\bar{x} : 3,23) olarak saptanmıştır.

Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelerle ilişkin tutum ortalamalarının alkol kullanma durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde “06-65 yaş grubu bireylerde ağırlık, boy, Beden Kitle İndeksi ölçümleri (BKI) yılda bir yapılmalıdır”, “06-65 yaş grubu bireylerde yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlerimi yapılmalıdır”, “45-80 yaş grubu bireyler her gün düzenli olarak aspirin almalıdır”, “50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinler yılda bir gaitada gizli kan testi yaptırmalıdır”, “50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinler her on yılda bir kolonoskopi yaptırmalıdır”, “30-65 yaş arası kadınlar her beş yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırmalıdır”, “20 yaş üstü kadınlar kendi kendine meme muayenesini ayda bir kez uygulamalıdır” ve “40-69 yaş arası tüm kadınlar yılda

bir hekim tarafından rutin klinik muayene yaptırmalı ve iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi çektirmelidir” ifadelerinin alkol kullanma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir (p<0,05). Ayrıca hekimlerin ifadelere verdikleri yanıtların ortalaması (tutum skoru) alkol kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05). Sonuçlar incelendiğinde; sigara kullanma durumu ve tutum arasındaki ilişkide olduğu gibi davranış ve alkol kullanma durumu içinde farklılığa neden olan grup alkol kullanmayanlardır. Bunun nedeninin alkol ve sigara kullanımının sağlık üzerinde olumsuz etkilerini farkında olan grubun olumlu sağlık davranışı gösterme konusundaki pozitif eğilimlerinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Bu kapsamda da hekimlerin kanser, kardiyovasküler hastalıklar ve obezite gibi sağlık sorunları ile karşılaşmamak için koruyucu sağlık hizmetlerine ve sağlık taramalarına yönelik olumlu inanişe sahip oldukları söylenebilir.

Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelere ilişkin davranış ortalamalarının alkol kullanma durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde “*Yılda en az bir kez ağırlık, boy ve (BKI) Beden Kitle İndeksi ölçümlemlerimi yaptırırım*”, “*Yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlemlerimi yaptırırım*”, “*Düzenli olarak günlük fiziksel aktivitede (tempolu yürüyüş vb.) yaparım*”, “*Günde 81 mg aspirin düzenli olarak kullanırım*”, “*Arteriyel tansiyonumu son 1 yıl içinde en az 1 kez olmak üzere düzenli olarak ölçtürürüm*”, “*5 yılda bir serum lipit düzeyime baktırırım*”, “*3 yılda bir açlık kan şekere (AKŞ) baktırırım*”, “*Ayda 1 kez kendi kendime meme muayenesi yaparım (20 yaş üstü iseniz)*”, “*2 yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yaptırırım (40-69 yaş arası)*” ve “*Prostat kanserinin erken tanısı amaçlı üroloji uzmanına başvururum (40 yaş üstü iseniz)*” ifadelerinin ortalamalarının alkol kullanma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir (p<0,05). Ayrıca hekimlerin davranış skorunun alkol kullanma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır (p<0,05). Bu farklılık alkol kullanmayan aile hekimlerinden kaynaklanmakta olup alkol kullanmayan aile hekimlerinin bütün ifadelere verdikleri yanıtların davranış ortalaması (davranış skoru) 2,66, alkolü nadiren kullanan aile hekimlerinin 2,61 ve düzenli kullanan aile hekimlerinin 2,50’dir.

Hekimlerin tutum skoru ile alkol kullanım durumu arasındaki ilişkide olduğu gibi davranış skoru ile alkol kullanım durumu arasındaki ilişkide anlamlı olarak saptanmıştır. Bu sonuç literatür ile de desteklenmektedir. Yalçinkaya ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam davranışlarını değerlendirdiği çalışmada, alkol kullanma durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Ayrıca çalışmada sağlıklı yaşam davranışı biçimlerinin alkol kullanmayan sağlık çalışanlarında daha iyi olduğu belirlenmiştir (Yalçinkaya ve diğ., 2007).

Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelerle ilişkin genel bilgi skorunun kronik hastalığa sahip olup olmama durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde genel bilgi skorunun kronik hastalık durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$). Ancak hekimlerin “35-80 yaş grubu erişkinlerde günde 81 mg aspirin alınması önemlidir” ifadesini verdikleri yanıtların ortalaması kronik hastalık durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Elde edilen bulgular aspirin kullanımını dışında aile hekimlerinin herhangi bir kronik hastalığa sahip olup olmamasının “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” hakkındaki genel bilgi düzeylerini etkilemediğini göstermiştir.

Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan tutum ifadelerine yönelik verdikleri yanıtlar kronik hastalık durumu ile karşılaştırıldığında, 15 tutum ifadesinden “Düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (30 dakika tempolu yürüyüş) yapılmalıdır”, “50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinler yılda bir gaitada gizli kan testi yaptırmalıdır”, “50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinler her on yılda bir kolonoskopi yaptırmalıdır” ve “40 yaşın üstündeki erkekler prostat kanserinin erken tanısı amacıyla yönelik üroloji uzmanına başvurmalıdır” ifadeleri hariç 11 tutum ifadesinin ortalamaları aile hekimlerinin kronik hastalık durumu ile istatistiksel olarak anlamlı farklılığa sahiptir ($p<0,05$). Ayrıca aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberi içerisinde yer alan ifadelerle yönelik tutumlarını belirttikleri yanıtların ortalaması (tutum skoru) kronik bir hastalığın mevcut olup olmamasına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Bu anlamlı

farklılık kronik hastalığa sahip aile hekimlerinden kaynaklanmakta olup kronik hastalığı olan aile hekimlerinin tutum skorları (\bar{x} : 3,22) kronik hastalığı olmayan aile hekimlerinkinden daha yüksek (\bar{x} : 3,16) bulunmuştur. Elde edilen sonuç kronik hastalığa sahip olmanın kişisel kontrol algısını arttırması nedeniyle düzenli kontrollerin/taramaların yaptırılması yönündeki inancı olumlu yönde etkilediğini gösterebilir.

Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelerle ilişkin davranışlarının kronik hastalık durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde 15 davranış ifadesinden “5 yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırırım”, “Ayda 1 kez kendi kendime meme muayenesi yaparım (20 yaş üstü iseniz)” ve “Prostat kanserinin erken tanısı amaçlı üroloji uzmanına başvururum (40 yaş üstü iseniz)” hariç 12 davranış ifadesinin ortalamaları aile hekimlerinin kronik hastalık durumu ile istatistiksel olarak anlamlı farklılığa sahiptir ($p<0,05$). Ayrıca aile hekimlerinin periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberi içerisinde yer alan davranış ifadelerine yönelik verdikleri yanıtların ortalaması (davranış skoru) kronik hastalık durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Hekimlerin periyodik muayene ve tarama önerilerine yönelik verdikleri yanıtların ortalamaları (davranış skoru) incelendiğinde ise kronik hastalığı olan aile hekimlerinin (\bar{x} : 2,80) herhangi bir kronik hastalığı olmayan aile hekimlerine (\bar{x} : 2,60) göre daha fazla koruyucu sağlık hizmeti alma davranışında bulduklarını ve periyodik tarama önerilerini daha sıklıkla gerçekleştirdiklerini gösterebilir. Araştırmanın bu bulgusu Çevikkalp (2010) tarafından yürütülen çalışma ile de desteklenmektedir. Çevikkalp tarafından “Edirne Şehir Merkezinde Yaşayan Erişkinlerde Periyodik Sağlık Muayenesi Hakkında Bilgi Tutum ve Davranışları”nın araştırıldığı çalışmada il merkezinde örnekleme oluşturan 1810 erişkinine araştırmacı ve danışman tarafında oluşturulan soru formu uygulanmıştır. Çevikkalp kronik hastalığa sahip bireylerin hipertansiyon taramasına yönelik kan basıncı ölçtürme, hiperlipidemi taramasına yönelik serum lipid düzeyine baktırma, diyabet taramasına yönelik kan şekeri ölçtürme, meme kanseri taramasına yönelik mamografi çekirme gibi periyodik muayene ile ilişkili tarama önerilerini anlamlı bir şekilde daha fazla oranlarda gerçekleştirdiğini belirlemiştir. Literatürde sonuç olarak kronik hastalık varlığında periyodik sağlık muayenesi hizmetlerinin anlamlı oranlarda daha fazla gerçekleştirildiği

belirtilmiştir. Çevikkalp tarafından elde edilen bir diğer bulgu ise kronik hastalığı olan kadınlarla olmayanların pap smear yaptırma oranları arasında anlamlı bir fark olmadığıdır (Çevikkalp, 2010). Bu sonuç kronik hastalık sahibi olan bayan aile hekimleri ile olmayanlar arasında pap smear yaptırma arasında ilişki olmadığı yönündeki bulguyu desteklemektedir.

Araştırmada hekimlerin kronik hastalığa sahip olma durumları ile periyodik muayeneye yönelik davranış durumları arasında belirlenen ilişki bulgusunun oldukça önemli olduğu düşünülmektedir. Çünkü elde edilen bulgular kronik hastalığa sahip bireylerin hastalığı nedeniyle rutin hekim ziyaretlerinde bulduklarını ve bu ziyaretler sırasında sağlık taramalarına yönelik hizmetleri aldıklarını düşündürmektedir. Ancak koruyucu sağlık hizmetlerinde ve periyodik muayenelerde amaç bireylerin hasta olmadan periyodik sağlık taramalarından geçmelerini sağlayarak birincil korumayı ve koruyucu hekimlik uygulamalarını sağlık sisteminin merkezine yerleştirmektir. Bu nedenle toplumdaki her bireyin periyodik muayeneler ve koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik farkındalıklarını arttırmak amaçlı çalışmalarda bulunulması gerektiği düşünülmektedir.

Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelerle ilişkin genel bilgi ortalamalarının kanser tanısı alma durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde hekimlerin genel bilgi ifadelerine yönelik verdikleri yanıtların herhangi birinin ortalamasının kanser tanısı alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$). Ayrıca kanser hastalığı olan ve olmayan aile hekimlerinin genel bilgi skorları birbirine oldukça yakındır. Son olarak hekimlerin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan genel bilgi ifadelerine verdikleri yanıtların skoru kanser tanısı alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan tutum ifadelerine ilişkin verdikleri yanıtların ortalamasının kanser tanısı alma durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde “*Ailesel öyküsü olan 40 yaş altı bireylerde ailesel öyküsü olmayan 40 yaş üstü bireylerde ise düzenli olarak kardiovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve*

tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi yapılmalıdır”, “35 yaşından büyük tüm bireylerde serum lipit düzeyine bakılmalıdır”, “35 yaşın üzerindeki tüm erişkinler beş yılda bir tiroid fonksiyon testi (TFT) yaptırmalıdır”, “30-65 yaş arası kadınlar her beş yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırmalıdır”, “20 yaş üstü kadınlar kendi kendine meme muayenesini ayda bir kez uygulamalıdır”, “40-69 yaş arası tüm kadınlar yılda bir hekim tarafından rutin klinik muayene yaptırmalı ve iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi çektirmelidir” ifadelerine yönelik aile hekimlerinin verdikleri yanıtların ortalamasının kanser hastası olup olmama durumuna göre anlamlı farklılığa sahip olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ayrıca hekimlerin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan tutum ifadelerine verdikleri yanıtların skoru kanser tanısı alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Bu farklılık herhangi bir kanser hastalığı olan aile hekimlerinden kaynaklanmakta olup herhangi bir kanser hastalığı olan aile hekimlerinin tutum skoru 3,49, kanser hastalığı olmayan aile hekimlerinin ki ise 3,17 olarak hesaplanmıştır. Elde edilen sonuçlar tutum ifadelerine verilen yanıtlar ile kronik hastalığa sahip olma durumu arasındaki istatistiksel anlamlılığa benzer şekildedir. Bu sonuç kanser hastası olan hekimlerin tedavi süreçleri ve sonrasında hastalıklarını kontrol altında tutma ve yayılım göstermemesi için gerekli kontrolleri yaptıрма konusundaki hassasiyetleri kaynaklı olabilir.

Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelere ilişkin davranış ortalamalarının kanser tanısı alma durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde “5 yılda bir serum lipit düzeyime baktırırım”, “5 yılda bir tiroid fonksiyon testlerini yaptıırırım”, “3 yılda bir açlık kan şekereime (AKŞ) baktırırım”, “Her yıl gaitada gizli kan testi yaptıırırım” “Ayda 1 kez kendi kendime meme muayenesi yaparım (20 yaş üstü kadınlar)”ve “2 yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yaptıırırım (40-69 yaş arası kadınlar)” ifadelerine yönelik aile hekimlerinin verdikleri yanıtların ortalamasının kanser hastası olup olmama durumuna göre anlamlı farklılığa sahip olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ayrıca aile hekimlerinin davranış ifadelerine verdikleri yanıtların tamamının ortalaması (davranış skoru) kanser tanısı alma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık

göstermektedir ($p<0,05$). Kanser hastalığı olan aile hekimlerinin davranış skoru (\bar{x} : 2,97) kanser hastalığı olmayan aile hekimlerinkinden (\bar{x} : 2,64) tutum skoruna benzer şekilde yüksek bulunmuştur.

Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelere yönelik tutum ve davranış ortalamaları arasındaki ilişkiler değerlendirildiğinde tutum ve davranış ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur ($p<0,05$). Tutum ifadeleri ile davranış ifadelerinin tamamı arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır. Özellikle birbiri ile örtüşen tarama önerilerine yönelik tutum ve davranış ifadeleri arasındaki ilişkiler incelendiğinde beklenen sonuçlara ulaşılmıştır. Örneğin, tutum ifadelerinde olan T1 tarama önerisi D1 davranış önerisi olarak sorgulandığında (tutum ifadesi davranış ifadesine dönüştürüldüğünde) T1 tutumunun D1 davranışına dönüştüğü belirlenmiştir. Sonuçlar incelendiğinde tek dikkat çekici olarak belirlenen bulgu, bütün tutum skorları örtüştüğü davranış skorları ile diğer davranış skorlarına göre daha güçlü korelasyon gösterirken “*Düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (30 dakika tempolu yürüyüş) yapılmalıdır*” yönündeki tutum skorunun “*Düzenli olarak günlük fiziksel aktivitede (tempolu yürüyüş vb.) yaparım*” yönündeki davranış skoru ile daha düşük korelasyona sahip olmasıdır ($r= 0,317$). Bu durum aile hekimlerinin fiziksel aktivitenin gerekliliğine inanmalarına rağmen bu inanışlarını davranışa dönüştürmedikleri ile yorumlanabilir. Elde edilen bulgunun Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen “Sağlık İçin Hareket Edelim” kampanyalarının önemini ortaya koyduğunu düşündürmekle birlikte “Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Araştırması”na göre ülkemiz genelinde kadınların % 87'sinin, erkeklerin ise % 77'sinin yeterli ölçüde fiziksel aktivite yapmadığına ilişkin veriyi destekler niteliktedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014c).

Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelere yönelik davranış skorlarını genel bilgi düzeyi ve tutum skorlarının anlamlı olarak etkileyip etkilemediğini test etmek için davranış skoru bağımlı değişken, genel bilgi skoru ile tutum skoru bağımsız değişkenler olarak regresyon modelinde incelenmiş ve çok değişkenli regresyon modelinin anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). Modeldeki genel bilgi ve tutum skoru aile hekimlerinin davranış skorlarındaki toplam değişimin % 39'unu açıklayabilmektedir.

Ayrıca davranış skoru üzerinde bilgi ve tutum skorlarının etkisi tek tek incelendiğinde; tutum skorunun davranış skoru üzerinde daha fazla etkiye sahip olduğu görülmektedir. Bu nedenle aile hekimlerinin periyodik muayene içerisinde yer alan önerileri bildiklerinde değil, önerilere yönelik tutum/inanışa sahip olduklarında kendi davranışlarına yansıtıktıkları söylenebilir.

Aile hekimlerinin “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelerle yönelik davranış skorlarını genel bilgi ifadelerine verilen yanıtların anlamlı olarak etkileyip etkilemediğini test etmek için davranış skoru bağımlı değişken, genel bilgi ifadeleri ortalamaları bağımsız değişken olarak regresyon modelinde kullanılmış ve sonuçlar incelendiğinde; çok değişkenli regresyon modelinin anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,01$). Modeldeki genel bilgi skorları aile hekimlerinin davranış skorlarındaki toplam değişimin % 13,3’ünü açıklayabilmektedir. Aile hekimlerinin “Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberine” yönelik davranış skorlarını önemlilik sırasına göre; “18 yaşından büyük tüm kişilerde hiperlipidemi, kardiyovasküler olay, diabetes mellitusun erken tanısı amaçlı beş yılda bir serum lipit profili taramasının yapılması önemlidir”, “06-65 yaş grubu bireylerde obezitenin önlenmesi, metabolik sendrom değerlendirilmesi amacıyla yılda bir kez ağırlık, boy, Beden Kitle İndeksi (BKI) ve bel çevresi ölçümleri önemlidir” “Obez veya kilolu ($BKI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) olan kişilerde 45 yaşından itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yapılması önemlidir”, “35-80 yaş grubu erişkinlerde günde 81 mg aspirin alınması önemlidir”, “35 yaşın üzerindeki tüm erişkinlere on yılda bir tiroid fonksiyon testlerinin (TFT) yapılması önemlidir”, “50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinlerde kolorektal kanserin erken tanısı amacıyla iki yılda bir gaitada gizli kan testi yapılması önemlidir”, “50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinlerde her on yılda bir gaitada gizli kan testinin yanısıra kolonoskopi yapılması önemlidir” ve “40-69 yaş arası tüm kadınlarda iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yapılması önemlidir” ifadelerine verilen yanıtların anlamlı olarak etkilediği sonucu elde edilmiştir ($p < 0,05$). Ayrıca “Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan her bir bilgi skorunun hekimlerin davranış skorlarındaki toplam değişimin ne kadarını açıkladığı belirlenmiştir. Bulgular incelendiğinde istatistiksel olarak ters yönlü ilişkilerin hekimlerin bildiğinde davranışa dönüştürmediği önerileri belirttiği söylenebilir. Bu kapsamda

hekimler “35-80 yaş grubu erişkinlerde günde 81 mg aspirin alınması önemlidir”, “35 yaşın üzerindeki tüm erişkinlere on yılda bir tiroid fonksiyon testlerinin (TFT) yapılması önemlidir”, “Obez veya kilolu ($BKI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) olan kişilerde 45 yaşından itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yapılması önemlidir”, “50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinlerde kolorektal kanserin erken tanısı amacıyla iki yılda bir gaitada gizli kan testi yapılması önemlidir” ifadelerine yönelik bilgi sahibi olduklarını belirtse bile, bu öneriler için hekimlerin bilgilerini davranışa dönüştürmedikleri düşünülebilir.

Aile hekimlerinin “Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberi” içerisinde yer alan ifadelere yönelik davranış skorlarını tutum ifadelerine verilen yanıtların anlamlı olarak etkileyip etkilemediğini test etmek için davranış skoru bağımlı değişken, tutum ifadeleri bağımsız değişkenler olarak regresyon modelinde kullanılmış ve çok değişkenli regresyon modelinin anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,01$). Modeldeki tutum skorları aile hekimlerinin davranış skorlarındaki toplam değişimin % 37,7’sini açıklayabilmektedir. Elde edilen sonuç incelendiğinde davranış skorunu bilgi ifadelerine verilen yanıtlardan daha yüksek oranda tutum ifadelerine verilen yanıtların etkilediği söylenebilir. Aile hekimlerinin “Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Rehberine” yönelik davranış skorlarını önemlilik sırasına göre; “06-65 yaş grubu bireylerde yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlerimi yapılmalıdır”, “40-69 yaş arası tüm kadınlar yılda bir hekim tarafından rutin klinik muayene yaptırmalı ve iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi çektirmelidir”, “35 yaşından büyük tüm bireylerde serum lipit düzeyine bakılmalıdır”, “35 yaşın üzerindeki tüm erişkinler beş yılda bir tiroid fonksiyon testi (TFT) yaptırmalıdır”, “Düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (30 dakika tempolu yürüyüş) yapılmalıdır”, “45-80 yaş grubu bireyler hergün düzenli olarak aspirin almalıdır”, “06-65 yaş grubu bireylerde ağırlık, boy, (BKI) Beden Kitle İndeksi ölçümleri yılda bir yapılmalıdır”, “Ailesel öyküsü olan 40 yaş altı bireylerde ailesel öyküsü olmayan 40 yaş üstü bireylerde ise düzenli olarak kardiovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi yapılmalıdır”, “18 yaşından büyük tüm bireyler yılda en az 1 (bir) kez tansiyon arteriyel ölçümü yaptırmalıdır”, “50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinler her on yılda bir kolonoskopi yaptırmalıdır” ve “Obez veya kilolu olan kişiler 45 yaşın itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yaptırmalıdır” ($p < 0,05$) tutum ifadelerine verdikleri yanıtların anlamlı olarak etkilediği belirlenmiştir.

Elde edilen sonuçlar hekimlerin bildiklerinde değil inanişaya sahip olduklarında davranışı gerçekleştirme eğilimlerinin daha fazla olduğunu göstermektedir. Analiz sonuçlarında fiziksel aktivite ve AKŞ ile diyabet taraması dışında ters yönlü ilişkiye sahip tutum ifadesi bulunmamaktadır. Fiziksel aktivite ile ilgili elde edilen ters yönlü ilişki korelasyon analizinde elde edilen bulgu ile paralellik göstermektedir.

Sonuç olarak Türkiye'deki aile hekimlerinin koruyucu sağlık hizmetlerinde önemli yeri olan periyodik sağlık muayenesine ve rehberine yönelik yeterli düzeyde bilgi ve farkındalık sahibi olmadıkları söylenebilir. Bu nedenle Türkiye'de periyodik sağlık muayanelerinin uygulanması ve bilimsel araştırmalara dayalı ulusal ve uluslararası nitelikteki benzer kılavuzlar gözden geçirilerek uzman gruplar ve Sağlık Bakanlığı tarafından uygun periyodik sağlık muayenesi rehberinin hazırlanması, güncellenmesi ve bu kapsamdaki çalışmaların sürdürülmesi oldukça önemlidir. Periyodik muayeneler çerçevesinde yaş, cins ve risk grupları dikkate alınarak hekimden hekime değişmeyen kriterler ile taramaların yapılması, hastalıkların erken teşhis ve tedavilerini sağlamakla birlikte maliyetleri de azaltabilir. Bu sayede koruyucu sağlık hizmet sunum kalitesinin ve etkililiğinin arttırılabileceği düşünülmektedir. Ayrıca periyodik muayenelerin bireylerin sağlıklı yaşam tarzını öğrenmesi ve benimsemesine de katkı sağlayacağı söylenebilir.

Son olarak bu araştırma periyodik sağlık muayenelerine ilişkin aile hekimlerinin bilgi, tutum ve davranışlarını inceleyen Türkiye'deki en kapsamlı araştırmalardan birisi olmuştur. Özellikle tezin gerçekleşmesi ile sağlık kurumları yönetimi, aile hekimliği ve periyodik sağlık muayeneleri ile koruyucu ve sağlıklı geliştirici hizmetlere yönelik literatüre bilimsel katkı sağlanıldığı düşünülebilir.

ÖNERİLER

❖ Aile hekimlerinin zamanlarının önemli bir bölümünü genel tıbbi muayene, ilaç reçeteleme ve rapor yazma gibi ayaktan başvurulara hizmet sunarak harcadığı düşünülmektedir. Ancak aile hekimleri koruyucu sağlık hizmetlerinin odak noktasında yer alan kişiler olarak oldukça önemli bir role sahiptir. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetlerinin en iyi şekilde sunulabilmesi için aile hekimlerinin mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası eğitimler ile desteklenmesinin önemli olduğu yönünde görüş belirtilebilir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda kanıta dayalı, uygulanabilir, zaman, maliyet etkili ve birinci basamakta uygulanabilir periyodik sağlık muayenelerinin ve tarama rehberlerinin önemli olduğu bir gerçektir. Bu nedenle aile hekimlerine tıp eğitimi, uzmanlık eğitimi ve sürekli mesleki gelişim eğitimleri kapsamında periyodik muayenelere ilişkin standart eğitimlerin verilmesinin korucu ve sağlığı geliştirici hizmetlerin kalitesinin ve etkinliğinin artırılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

❖ Periyodik sağlık muayenesine yönelik geliştirilen tarama rehberleri periyodik muayenelerin uygulanmasında önemli role sahiptir. Bu nedenle ülke ihtiyaçları, uygulanan programlar ve kanıta dayalı bilgiler göz önüne alınarak Türkiye'ye özgü rehberlerin geliştirilmiş olması oldukça önemlidir. Bu kapsamda rehberlerin ihtiyaçlar doğrultusunda güncellenmesi ve güncellemeler sırasında yukarıda sıralanan gereksinimler çerçevesinde hekimlerin üyesi oldukları sivil toplum kuruluşlarının, akademik çalışanların ve kullanıcı olarak aile hekimlerinin katılımının sağlanmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

❖ Tarama rehberlerinin etkin ve işlevsel kullanımına yönelik; aile hekimlerinin rehberlere elektronik ortamda erişiminin sağlanmasının yanı sıra, özet bilgiler ve algoritmaları içeren cep rehberlerinin oluşturulması ayrıca belirlenen sayılarda halk sağlığı müdürlüklerine aile hekimlerinin kullanımına sunulmak üzere basılı materyal olarak dağıtılmasının etkili olacağı düşünülmektedir. Ayrıca birden fazla yolla yayımlama/sunum stratejilerinin iletişimin ve kullanımın etkililiğini arttırdığı düşünüldüğünde, aile hekimlerine erişim ve kullanım için farklı seçeneklerin sunulması faydalı olacaktır.

❖ Türkiye’de periyodik sağlık muayenesi ve tarama rehberlerinin kullanımının kanunlar ile zorunlu hale getirilmesinin faydalı olacağına inanılmakla birlikte hekimlerinin iş yükleri ve aile hekimi başına düşen nüfus göz önüne alındığında uygulamada zorluklara neden olabileceği de düşünülmektedir. Bu nedenle öncelikli olarak Sağlık Bakanlığı tarafından zorunlu tarama önerilerinin uygulanması diğer periyodik muayenelerin ise öneri olarak sunulmasının doğru yaklaşım olduğu söylenebilir. Ancak farkındalığı arttırmak için aile hekimlerine kayıtlı bireylere özgü önerilen periyodik muayene tarama testlerini, uygun zamanlarda hekimlere hatırlatma uyarısı verecek şekilde AHBS gibi sistemlere entegre edilebilecek yazılımların geliştirilmesi önerilebilir. Ayrıca Türkiye’de periyodik sağlık muayenesinin uygulanabilirliğini kolaylaştırmak adına bireylerin risk profillerinin çıkartılmasının ve elektronik olarak kayıt altına alınmasının gerekli olduğu da düşünülmektedir. Bu sayede sistemlere entegre edilecek yazılımların bireyleri tanınması adına alt yapı sağlanmış olacaktır. Sağlık Bakanlığının da hedefleri arasında yer alan hekim başına düşen nüfus azaltıldığında ve ülke kaynakları göz önüne alındığında öneri olarak sunulan taramaların pozitif performans ile zorunlu hale getirilmesinin, koruyucu sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve etkililiğinin artırılmasında fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

❖ Periyodik sağlık muayenesi ve tarama testlerinin kullanımının maliyet etkinlikte dâhil olmak üzere koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik oldukça önemli olduğu düşünülmekle birlikte aile hekimlerinin bireysel deneyimlerinin, doktor-hasta ilişkisinin göz ardı edilmemesinin de önemli olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle periyodik muayene ve rehberlere yönelik yapılacak olan çalışmalarda dikkate alınması ve göz ardı edilmemesi gereken bir konu olduğu vurgulanabilir.

❖ Türkiye’de periyodik sağlık muayenesi ve tarama önerilerinin toplum, hekimler ve diğer sağlık personeli tarafından değerlendirilmesine yönelik yeterli araştırmanın olmadığı anlaşılmıştır. Bu kapsamda bundan sonra yapılacak çalışmalarda toplumun, hekimlerin, aile sağlığı elamanlarının ve diğer sağlık personelinin periyodik sağlık muayenesi, tarama testleri ve periyodik sağlık muayene rehberlerine ilişkin görüş, bilgi, tutum ve davranışlarının araştırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

❖ Son olarak periyodik muayenelere yönelik sadece hekimlere sorumluluk verilmemesi gerektiği, toplumun da farkındalığının sağlanması ve sağlıkları ile ilgili kendi sorumluluklarını üstlenmeleri yönünde bir bilincin geliştirilmesi gerektiği düşünölmektedir. Bu kapsamda medya kampanyaları başta olmak üzere farklı çalışmaların yürütölmeleri önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- AAFP (American Academy of Family Physicians). (2014). Summary of Recommendations for Clinical Preventive Services. Erişim Tarihi: 14.05.2014, <http://www.aafp.org/patient-care/clinical-recommendations/a-z.html>.
- Aile Hekimliği Kanunu. (2004). T. C. Resmi Gazete, 25665, 09 Aralık 2004.
- Aile Hekimliği Uzaktan Eğitim Platformu. (2014). *Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayene Tarama Rehberi*. Erişim Tarihi: 03 Ocak 2014, <http://ahuzem.ybu.edu.tr>.
- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. (2013). Resmi Gazete, 28539, 25 Ocak 2013.
- Akdağ, R. (2003). *Sağlıkta Dönüşüm Programı*. Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Akdağ, R. (2011). *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Alanındaki Değerlendirmeler: İlkeler ve Bakış Açılıarı*. Ankara: Anıl Matbaacılık.
- Akdağ, R. (Ed.) (2008). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri*. Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Akdeniz, M., Aşık, Z. ve Yaman, H. (2010). Periyodik Sağlık Muayenesi. *Gerontoloji Yönelimli Aile Hekimliği Dergisi*, 1 (1), 69-84
- Akdeniz, M., Urgan, M. ve Yaman, H. (2010). Aile Hekimliği Çağdaş Bir Sağlık Hizmeti Sunma Biçimi, *Gerontoloji Yönelimli Aile Hekimliği Dergisi*, 1 (1), 15-27.
- Aktan, C. C. Ve Işık, A. K. (t.y). *Halk Sağlığı ve Temel Sağlık Hizmetleri Sunumunda Devletin Hizmet Sunma Kapasitesinin Arttırılması*. Erişim Tarihi: 12 Mayıs 2014, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/halk-saglik.pdf>

- Aktaş, E. Ö. ve Çakır, G. (2012). Aile Hekimlerinin Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşleri: Bir Anket Çalışması. *Ege Tıp Dergisi*, 5 (11), 21-29.
- Aktürk, Z. ve Dağdeviren, N. (Ed.). (2004). *Aile Hekimliğinin Kilometre Taşları: Millis ve Willard Raporları*. İstanbul : Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları.
- Aktürk, Z., Dağdeviren, N. ve Yorulmaz, F. (2002). Periyodik Sağlık Muayeneleri. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 15(3), 103-108.
- Algın, K., Şahin, İ. ve Top, M. (2004). Türkiye’de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7(3), 249-275.
- Al-Kubaisi, N.J., Al-Dahnaim, L.A. ve Salama, R.E. (2010). Knowledge, Attitudes And Practices Of Primary Health Care Physicians Towards Evidence-Based Medicine in Doha, Qatar, *Eastern Mediterranean Health Journal*, 16 (11), 1189-1197.
- Alpar, R. (2012). *Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik Ve Geçerlik-Güvenirlilik*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Attarian, L., Fleming, M., Barron, P. ve Strecher, V. (1987). Acomparison Of Health Promotion Practices Of General Practitioners And Residency Trained Family Physiicians. *Journal Community Health*, 12 (1), 31-39.
- Aydın, S. (2007). Vekilharçlık (Stewardship) ve Yönetişim. *SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 4, 44-45.
- Boelen, C. (2002). *Improving Health Systems: The Contribution of Family Medicine*. Singapore: WONCA (World Organization of Family Doctors).
- Boulware, L. E., Barnes, G. J., Wilson, R. F., Phillips, K., Maynor, K., Hwang, C., Marinopoulos, S., Merenstein, D., Richardson-McKenzie, P., Bass, E. B., Powe, N.

R. ve Daumit, G. L. (2006). Value of The Periodic Health Evaluation. *Evidence Report Technology Assessment, 136* (1), 130-134.

Cabana, M. D., Rand, C. S., Powe, N. R., Wu, A. W., Wilson, M. H., Abboud, P. C. ve Rubin, H. R. (1999). Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines?: A Framework for Improvement. *Journal of the American Medical Association, 282* (15), 1458-1467.

Canadian Task Force on Preventive Health Care (2010). The Canadian Task Force History. Erişim Tarihi: 15 Temmuz 2013, <http://canadiantaskforce.ca/about-us/history/>.

Cihan, F. (2004). *Avrupa Birliği Üye Ülkeleri İle Türkiye'nin Temel Sağlık Hizmetleri Açısından Karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Zonguldak.

Çelik, H. ve Yılmaz, S. (2011). Bilecik İlinde Aile Hekimlerinin İş Memnuniyet Düzeylerinin Performanslarına Etkisi. U. Beylik, Ö. Önder, H. Güler, A. Öztürk (Ed.). *III. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Poster Bildiriler Kitabı* (s. 66-76). Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını.

Çevikkalp, B. (2010). *Edirne Şehir Merkezinde Yaşayan Erişkinlerin Periyodik Sağlık Muayeneleri Hakkındaki Bilgi Tutum ve Davranışları*. Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.

Dans, A. M., Dans, L., Oxman, A. D., Robinson, V., Acuin, J., Tugwell, P., Dennis, R. ve Kang, D. (2007). Assessing Equity In Clinical Practice Guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology, 60*, 540–546.

Donaldson, M. S., Yordy, K. D., Lohr, K. N. ve Vanselow, N. A. (Ed.) (1996). *Primary Care. Americas Health in a New Era*. Washington: National Academy Press, Institute of Medicine.

- Donaldson, M. S., Yordy, K. D. ve Vanselow, N. A. (Ed.) (1994). *Defining Primary Care*, Washington (DC): National Academies Press.
- Dreeben, O. (2010). Significance Of Patient Education For Health Care And Rehabilitation. Dreeben, O. (Ed.) *Patient Education in Rehabilitation* (s. 3-8), United Kingdom: Jones And Barlett Learning.
- EURACT (European Academy of Teachers in General Practice). (2011). *The European Definition Of General Practice / Family Medicine*. Erişim Tarihi: 15 Mayıs 2014, <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%20EURACTTort%20version%20revised%202011.pdf>.
- Evans, P. (2002). *WONCA EUROPE: Avrupa Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı* (O. Başak, Çev.), Ankara: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları. (2003).
- Fang, E., Mittman, B. S. ve Weingarten, S. (1996). Use Of Clinical Practice Guidelines İn Managed Care Physician Groups. *Archives of Family Medicine*, 5 (9), 528- 534.
- Farquhar, C. M., Kofa, E. W. ve Slutsky, J. R. (2002). Clinicians' Attitudes To Clinical Practice Guidelines: A Systematic Review, *Medical Journal of Australia*, 177 (9):502-506.
- Frame, P.S. and Carlson, S. J. (1975). A Critical Review Of Periodic Health Screening Using Specific Screening Criteria. *The Journal of Family Practice*, 2 (1), 29-36.
- García, A. Z., Factors Influencing Colorectal Cancer Screening Participation, *Gastroenterology Research and Practice*, 2012, 1-8.
- Gezici Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. (2006). 11465 Sayılı Makam Onayı, 13.10.2006.

- Guirguis-Blake, J., Meyers, D., Crichlow, R., Wilson, J.E. ve Carter, C. (2007). Preventive Health Care. Rakel, R. E. ve Rakel, D. P. (Ed.), *Textbook of Family Medicine* (s. 73-95), Philadelphia: WB Saunders.
- Güler, Ç. ve Çobanoğlu, Z. (1997). Risk İletişimi ve Risk Yönetimi. Güler, Ç. ve Çobanoğlu Z. (Ed.), *Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi* (s. 21-24.), Ankara: T.C.Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Han, P. K. (1997). Historical Changes In The Objectives Of The Periodic Health Examination. *Annals of Internal Medicine*, 127 (19), 910-917.
- Harris, R. P., Helfand, M., Woolf, S. H., Lohr, K. N., Mulrow, C.D., Teutsch, S. M. ve Atkins, D. (2001). Current Methods of the Task Force: A Review of the Process. *American Journal Of Preventive Medicine*, 20 (3), 21-35.
- Hayward, R. S., Guyatt, H. G., Moore, K., McKibbin, A. ve Carter, O.A. (1997). Canadian Physician' Attitudes About and Preferences Regarding Clinical Practice Guidelines. *Canadian Medical Association*, 156 (12), 1715-1723.
- Health Services Research Group. (1992). Small-area variations: What are they and what do they mean?. *Canadian Medical Association Journal*, 146 (4), 467-470.
- Helwig, A., Bower, D., Wolff, M. ve Guse, C. (1998). Residents Find Clinical Practice Guidelines Valuable as Educational and Clinical Tools. *Family Medicine*, 30 (6):431-435.
- Hengstler, P., Battegay, E., Cornuz, J., Bucber, H. ve Battegay, M. (2002). Evidence For Prevention And Screening: Recommendations In Adults. *Swiss Med Wkly*, 132, 363-373.
- Holland, W. (2009). Periodic Health Examination –A Brief History And Critical Assessment. *Eurohealth*, 15 (4), 16-20.

- Iglar, K., Katyal, S., Matthew, R. ve Dubey, V. (2008). Complete Health Checkup For Adults: Update On The Preventive Care Checklist Form. *Canadian Family Physician*, 54 (1), 84-88.
- Iscoe, N.A., Goel, V., Wu, K., Fehringer, G., Holowaty, E.J. ve Naylor, C.D. (1994). Variation In Breast Cancer Surgery In Ontario. *Canadian Medical Association Journal*, 150 (3), 345-352.
- İğde, F. A. ve Gürz, A. A. (2013). Periyodik Muayenede Taramalar. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine*, 4 (5), 43-48.
- James, P., Cowan, T., Graham, R. ve Majeroni, B. (1997). Family Physicians' Attitudes About And Use Of Clinical Practice Guidelines. *Journal of Family Practice*, 45 (4), 341-347.
- Jones, R., Dowie, R. ve Robinson, M. (2000). Guidelines Implementation And Research In The Future. *Family Practice*, 17 (1), 36-37.
- Kaya R., Ünüvar A., Bıçak E., Yorgancı B., Öz F. ve Kankaya F. (2008). Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları Ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 7 (1), 59-64.
- Kılıç, S. (2006). *Performans Değerleme Sistemi ve Aile Hekimliğinde Bir Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli.
- Koruyucu Tıp ve Hekimlik. (2011). *Sağlıkta Nabız Dergisi*, Erişim Tarihi: 10 Kasım 2013, <http://www.sagliktanabiz.com/haberler/koruyucu-tip-ve-hekimlik.html>.
- Kutlu, T. (2012). *Edirne Şehir Merkezindeki Erişkinlerde Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Sonuçları*. Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.
- Langley, C., Faulkner, A., Watkins, C., Gray, S. ve Harvey, I.(1998). Use of Guidelines in Primary Care—Practitioners' Perspectives. *Family Practice*, 15 (2), 105-110.

- Lugtenberg, M., Schaick, M. Z., Westert, G. P ve Burgers, J. S. (2009). Why Don't Physicians Adhere To Guideline Recommendations İn Practice? An Analysis Of Barriers Among Dutch General Practitioners, *Implementation Science*, 54, 1-4.
- Lumley, T., Diehr, P., Emerson, S. ve Chen, L. (2002). The Importance of the Normality Assumption in Large Public Health Data Sets. *Annual Review of Public Health*, 23, 151–169.
- Mazıcıoğlu, M. ve Uzunur, A. (2014). Periyodik Sağlık Muayenesi. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, *Aile Hekimliği Birinci Aşama Uyum Eğitimi Kurs Notları* (s. 113-135), Ankara.
- McWhinney, I. R. (1997). *A Textbook of Family Practice (2nd ed)*. New York: Oxford University Press.
- MHQP (Massachusetts Health Quality Partners). (2014). *Adult Preventive Care Guidelines*. Erişim Tarihi: 20.10.2014, <http://www.mhqp.org/guidelines/adultPreventive/adultPreventive.asp?nav=04090>
- Milone, S. D. and Milone S. L. (2006). Evidence-Based Periodic Health Examination of Adults. *Canadian Family Physician*, 52, 40-47.
- Miyazaki, K., Sato, J., Mukohara, K., Kitamura, K., Saito, S. ve Ban, N. (2007). Attitudes of Japanese Primary Care Physicians Toward Publicly Endorsed Periodic Health Examination: A Cross Sectional Survey. *Asian Pasific Journal Cancer Previous*, 8 (2), 258-262.
- Mollahaliloğlu, S. (2005). *Türkiye’de Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Hane Halkının Cebinden Yaptığı Sağlık Harcamaları*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

- Mulley, C. ve Albert, G. (2000). Periodic Health Evaluation. Humes, H. D. ve Dupont, H. L. (Ed.), *Kelley's Textbook of Internal Medicine* (s. 164-168). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Özer, G. (2010). Hasta Eğitimi. Bozdemir, N. ve Kara, İ. H. (Ed.), *Birinci Basmakta Tanı ve Tedavi* (s. 85-87). Adana: Nobel Tıp Kitabevi.
- Özkan, S. ve Yılmaz, E. (2008). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3 (7), 89-105.
- Öztek, Z. (2006). Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25 (2), 1-6.
- Pimlott, N. J., Persaud, M., Drummond, N., Cohen, C. A., Silvius, J. L., Seigel, K., Hollingworth, G. R. ve Dalziel, W. B. (2009). Family Physicians And Dementia In Canada Part 1. Clinical Practice Guidelines: Awareness, Attitudes, And Opinions, *Canadian Family Physician*, 55 (5), 506-7.e1-5
- Prochazka, A. V., Lundahl, K., Pearson, W., Oboler, S. K. ve Anderson, R. J. (2005). Support of Evidence-Based Guidelines for the Annual Physical Examination. *Archives of Internal Medicine*, 165 (12), 1347-1352.
- Rätsep, A., Kalda, R., Oja, I. ve Lember, M. (2006). Family Doctors' Knowledge And Self-Reported Care Of Type 2 Diabetes Patients In Comparison To The Clinical Practice Guideline: Cross-Sectional Study, *Biomedcentral Family Practice*, 36, 1-7.
- Ross, R. G. (1992). Educational Strategies to Improve Preventive Care. *Preventive Medicine*, 38, 341-345.
- Schneider, R. F. (1961). A Review of the Value of Periodic Health Examinations. *Occupational Medicine*, 11, 27-36.

- Söyleyici, T. (2010). *Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Düzeyi: Denizli Uygulaması*. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Denizli..
- Şimşek, Z. (2013). Sağlığı Geliştirmenin Tarihsel Gelişimi ve Örneklerle Sağlığı Geliştirme Stratejileri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12 (3), 343-358.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2003). *Sağlıkta Dönüşüm*, Erişim Tarihi: 24.10.2013, <http://www.sb.gov.tr>.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2014). *2013 Faaliyet Raporu*, Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2014a). *Türkiye'de Aile Hekimliği*. Erişim Tarihi: 24.10.2014, www.ailehekimligi.gov.tr.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2014b). *Aile Hekimliği uygulamasının amacı nedir?*, Erişim Tarihi: 24.10.2014, www.ailehekimligi.gov.tr.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014c). *Sağlık Bakanımız Dr. Mehmet Müezzinoğlu'nun Halk Sağlığı Haftası Mesajı*, Erişim Tarihi: 20.12.2014, <http://www.saglik.gov.tr>
- T.C Sağlık Bakanlığı. (2014d). *2015 Yılı Bütçe Sunumu*, Erişim Tarihi: 28.12.2014, <http://www.saglik.gov.tr>
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2012). *Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi ve İletişimi Sempozyumu*. Ankara: Erek Ofset Matbaacılık.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2012). *Aile Hekimliği Uygulamasında Periyodik Muayene Rehberi Hazırlık Çalışmaları (I) (Taslak)*, Erişim Tarihi: 18. 07. 2013, www.ailehekimligi.gov.tr.

- Terris, M. (1986). What Is Health Promotion? *Journal of Public Health Policy*, 7 (2), 147-151
- Tunis, S. R., Hayward, R. S., Wilson, M. C., Rubin, H. R., Bass, E. B., Johnston, M. ve Steinberg, E. P. (1994). Internists' Attitudes About Clinical Practice Guidelines. *Annals of Internal Medicine*, 120 (11), 956-963.
- Türköl, E. ve Güneş, G. (2012). İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde İhtisas Yapan Asistanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 19 (3), 159-166.
- Uncu, Y. (2006). Aile Hekimliğinde Periyodik Sağlık Muayeneleri. Bilgel, N. (Ed.), *Aile Hekimliği* (s. 33-45), Bursa: Medikal Tıp Kitabevi.
- USPSTF (U.S Preventive Services Task Force). (2013). *Grade Definitions*. Erişim Tarihi: 14.12.2013, <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grades.htm>.
- USPSTF (U.S Preventive Services Task Force). (2014). *About the USPSTF*. Erişim Tarihi:14.10.2014, <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/about-the-uspstf>.
- Vinker, S., Nakar, S., Rosenberg, E., Bero-Aloni, T. ve Kitai, E. (2000). Attitudes Of Israeli Family Physicians Toward Clinical Guidelines. *Archives of Family Medicine*, 9 (9), 835-840.
- Ünlüoğlu, İ. ve Paycı, S. Ö. (2014). Dünyada ve Türkiye'de Aile Hekimliği T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, *Aile Hekimliği Birinci Aşama Uyum Eğitimi Kurs Notları* (s. 17-27), Ankara.

- WHO (World Health Organization) (1978). *Declaration of Alma-Ata, 1978*. Erişim Tarihi: 18 Ağustos 2014, <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978>.
- WHO (World Health Organization) (1998a). *Primary Health Care 21: "Everybody's Business"*. Erişim Tarihi: 18 Eylül 2014, http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_EIP_OSD_00.7.pdf
- WHO (World Health Organization). (2008). *The World Health Report 2008: Primary Health Care-Now More Than Ever*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- WHO (World Health Organization). (2010). *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- WHOa (World Health Organization). (2009). *Milestones in Health Promotion: Statements From Global Conferences*. Geneva: WHO Press.
- WHOb (World Health Organization). (2009). *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- WHO (World Health Organizations/ WHO Regional Office for South-East Asia and Western Pacific). (2007). *People At The Centre of Health Care: Harmonizing Mind And Body, People and Systems*. Geneva: WHO Library Cataloguing in Publication Data.
- WHO (World Health Organizations/ WHO Regional Office Europe Copenhagen). (1998b). *Therapeutic Patient Education*. Erişim Tarihi: 15 Mayıs 2014, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/145294/E63674.pdf.

- Wilson, J. ve Jungner, G. (1968). Principles And Practice Of Screening For Disease (Rapor No: 34). Geneva: World Health Organization.
- Winslow, E. A. (1920). The Untilled Fields of Public Health. *American Association for the Advancement of Science*, 51 (1306), 23-33.
- Wolfe, R. M., Sharp, L. K. ve Wang, R. M. (2004). Family Physician' Opinions and Attitudes to Three Clinical Practice Guidelines. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 17 (2), 150-157.
- WONCA EUROPE. (2011). *The European Definition Of General Practice / Family Medicine*. Erişim Tarihi: 15 Mayıs 2014, <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>.
- Yalçinkaya M., Özer F. G. ve Karamanoğlu A. Y. (2007). Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6 (6), 409-420.
- Yöney, H. ve Yavuz, D. G. (2010). *Tıpta Uzmanlık Seçimi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Yayınları.

Ek 1: Soru Formu

Sayın Katılımcı;

Bilindiği üzere birinci basamak hekimlerinin koruyucu bakıma yönelik uygulamalarının bireylerin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmede oldukça önemli bir rolü vardır. Periyodik muayene ise birey ile açık bir iletişim kurarak hem fizik muayene hem de temel sağlık durumu hakkında detaylı bir bilgi edinme olanağı yarattığı gibi danışmanlık ve eğitim hizmetleri verilerek bireylerin ve toplumun sağlığının koruma ve geliştirilmesi için bir fırsat olarak değerlendirilmekte ve hasta memnuniyetinin artmasını sağlamaktadır. Bu amaca yönelik olarak aile hekimlerinin diğer iş yükleri ile birlikte, bireye özgü maliyet etkin uygulamaları göz önünde bulunduran ve gereksiz test ve müdahalelerin önüne geçilmesini sağlayan, yapılandırılmış, uygulanabilir, kabul edilebilir ve kanıta dayalı rehberleri kullanmaları oldukça önemlidir.

Bu çalışmanın amacı siz birinci basamak hekimlerinin Periyodik Muayene'ye ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından yayımlanan Periyodik Muayene Rehberi'ne yönelik Genel Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesidir. Çalışmada kullanılacak anket tarafımızca hazırlanmış olup herhangi bir kimlik bilgisi talep edilmemektedir. Elde edilen bilgiler sadece bu araştırma için kullanılacak olup başka herhangi bir amaçla üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır.

Anket yanıtlama süresi yaklaşık 10 dakikadır. Sorulara vereceğiniz içtenlikli yanıtlarınızla periyodik muayene rehberinin oluşturulmasına ve kullanımına yönelik önemli geri bildirimler sağlayacağınıza inanıyoruz.

Katılımınız için şimdiden teşekkür eder çalışmalarınızda başarılar dileriz.

DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Cinsiyetiniz?

Erkek Kadın

2. Doğum Yılıınız (.....)

3. Medeni durumunuz?

Evli Bekar

4. Unvanınız?

Pratisyen Hekim Aile Hekimliği Uzmanı Diğer Uzmanlıklar

5. Tıp Fakültesinden mezun olduğunuz yıl? (.....)

6. Aile hekimi olarak çalıştığınız süre? Yıl olarak belirtiniz (.....)

7. Aile hekimi olmadan önce birinci basamak sağlık kuruluşunda hasta baktınız mı?

Evet ise Yıl Hayır

8. Sigara kullanım durumunuz.

Hayır kullanmıyorum. Evet kullanıyorum.

Kullandım 1yıl ve daha uzun bir süre önce bıraktım.

9. Alkol kullanım durumunuz.

Hayır kullanmıyorum. Evet nadiren kullanıyorum.

Evet düzenli kullanıyorum.

10. Boy ve kilo bilgilerinizi lütfen aşağıdaki alana kaydedin.

Boy..... cm. Kilo..... kg. Bel Çevresi cm.

11. Ailenizde kronik hastalığı olan birinci derece akrabanız var mı?

Hayır Evet ise lütfen belirtin

12. Kronik hastalık şüphesi ile herhangi bir tetkik yaptırdınız mı?

Hayır Evet ise lütfen belirtin

13. Kronik hastalığınız (diyabet, hipertansiyon, KOAH vb), mevcut mu?

Hayır Evet ise lütfen belirtin

14. Ailenizde kanser öyküsü olan birinci derece akrabanız var mı?

Hayır Evet ise lütfen belirtin

15. Kanser şüphesi ile herhangi bir tetkik yaptırdınız mı?

Hayır Evet ise lütfen belirtin

16. Kesinleşmiş kanser tanınız var mı?

Hayır Evet ise lütfen belirtin

17. Lütfen ankete katıldığınız ili belirtin

GENEL GÖRÜŞ ve BİLGİ

G1. Bu bölümdeki sorular periyodik sağlık muayenesine yönelik olup herhangi bir seviye ölçmeyi amaçlamamaktadır. Bu nedenle lütfen verilen önermelerden size uygun olanı işaretleyiniz.

1. Türkiye için önerilen Birinci Basamakta Periyodik Sağlık Muayene Rehberi hakkında bilgi sahibi misiniz?

Evet

Hayır

2. Dünyada yayınlanıp uygulanan Birinci Basamakta Periyodik Sağlık Muayene Rehberleri hakkında bilgi sahibi misiniz?

Evet

Hayır

G2. Lütfen aşağıda yer alan tabloda ki ifadelerin ilk 8'ini görüşünüzü belirtecek şekilde 1 kesinlikle katılmıyorum 5 kesinlikle katılıyorum şeklinde, 9. sorudan itibaren ise size en doğru gelen ifadeyi 1 ile 5 arasında derecelendirerek cevaplayınız.

	Kesinlikle Katılıyorum (5)	Katılıyorum	Emin Değilim	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum (1)
G3.Birinci basamakta periyodik sağlık muayenesi hasta açısından önemlidir.					
G4.Birinci basamakta periyodik sağlık muayenesi hekim açısından önemlidir.					
G5.Periyodik sağlık muayenesi hastalıkların erken dönem tespit ve tedavisinde etkilidir.					
G6.Periyodik sağlık muayenesi, aile hekimliği uygulaması içerisinde pozitif performans ile zorunlu hale getirilmelidir.					
G7.Periyodik sağlık muayenesi, aile hekimliği uygulaması içerisinde negatif performans ile zorunlu hale getirilmelidir.					
G8.Ülkemiz için Birinci Basamakta Periyodik Sağlık Muayene Rehberinin kullanılması faydalıdır.					

	Kesinlikle Katılıyor (5)	Katılıyor	Emin Değilim	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum (1)
G9. Periyodik sağlık muayenesi kardiyovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisinde etkilidir.					
G10. 06-65 yaş grubu bireylerde obezitenin önlenmesi, metabolik sendrom değerlendirilmesi amacıyla yılda bir kez ağırlık, boy, Beden Kitle İndeksi (BKI) ve bel çevresi ölçümleri önemlidir.					
G11. Düzenli fiziksel aktivite obezitenin önlenmesi, kemik sağlığının korunması amacı ile periyodik muayene sırasında sorgulanmalıdır.					
G12. 35-80 yaş grubu erişkinlerde günde 81 mg aspirin alınması önemlidir.					
G13. 25 yaşından büyük yetişkinlerde başvuru sebebinden bağımsız olarak yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçümü önemlidir.					
G14. 18 yaşından büyük tüm kişilerde hiperlipidemi, kardiyovasküler olay, diabetes mellitusun erken tanısı amaçlı beş yılda bir serum lipit profili taramasının yapılması önemlidir.					
G15. 35 yaşın üzerindeki tüm erişkinlere on yılda bir tiroid fonksiyon testlerinin (TSH) yapılması önemlidir.					
G16. Obez veya kilolu ($BKI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) ve özellikle santral obezitesi (bel çevresi kadında $>88 \text{ cm}$, erkekte $>102 \text{ cm}$) olan kişilerde 45 yaşından itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yapılması önemlidir.					
G17. 50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinlerde kolorektal kanserin erken tanısı amacıyla iki yılda bir gaitada gizli kan testi yapılması önemlidir.					
G18. 50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinlerde her on yılda bir gaitada gizli kan testinin yanısıra kolonoskopi yapılması önemlidir.					
G19. 40-65 yaş arası kadınlarda her beş yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear Testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yapılması önemlidir.					
G20. 20 yaş üstü kadınlarda meme kanserinin erken tanısı amacıyla kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi verilmesi ve ayda bir kez uygulamasının önerilmesi önemlidir.					
G21. 40-69 yaş arası tüm kadınlarda iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yapılması önemlidir.					
G22. Ailesinde prostat kanseri hikayesi olan 40 yaşından büyük erkekler ve aile hikayesi olmayan 50 yaşından büyük erkeklerde prostat kanseri ile ilgili kişinin bilgilendirilmesi ve bir üroloji uzmanına yönlendirilmesi gerekmektedir.					

TUTUM

T. Aşağıdaki soruların kesin bir doğrusu yoktur bu sorular sizin bakış açınızı yansıtmaktadır. Bu doğrultuda lütfen aşağıdaki soruları (Kesinlikle Katılıyorum), (Katılıyorum), (Emin değilim), (Katılmıyorum) ve (Kesinlikle Katılmıyorum) şeklinde cevaplayınız.

	Kesinlikle Katılıyorum (5)	Katılıyorum	Emin Değilim	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum (1)
T1. Ailesel öyküsü olan 40 yaş altı bireylerde ailesel öyküsü olmayan 40 yaş üstü bireylerde ise düzenli olarak kardiyovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi yapılmalıdır.					
T2. 06-65 yaş grubu bireylerde ağırlık, boy, (BKI) Beden Kitle İndeksi ölçümleri yılda bir yapılmalıdır.					
T3. 06-65 yaş grubu bireylerde yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlerini yapılmalıdır.					
T4. Düzenli olarak günlük fiziksel aktivite (30 dakika tempolu yürüyüş) yapılmalıdır.					
T5. 45-80 yaş grubu bireyler hergün düzenli olarak aspirin almalıdır.					
T6. 18 yaşından büyük tüm bireyler yılda en az 1 (bir) kez tansiyon arteriyel ölçümü yaptırmalıdır.					
T7. 35 yaşından büyük tüm bireylerde serum lipit düzeyine bakılmalıdır.					
T8. 35 yaşın üzerindeki tüm erişkinler beş yılda bir tiroid fonksiyon testi (TSH) yaptırmalıdır.					
T9. Obez veya kilolu olan kişiler 45 yaşın itibaren üç yılda bir AKŞ ile diyabet taraması yaptırmalıdır.					
T10. 50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinler yılda bir gaitada gizli kan testi yaptırmalıdır.					
T11. 50-70 yaş grubundaki tüm yetişkinler her on yılda bir kolonoskopi yaptırmalıdır.					

♀ Lütfen cinsiyetiniz kadın ise 12., 13., ve 14. soruları cevaplayınız.

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Emin Değilim	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
T12. 30-65 yaş arası kadınlar her beş yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırmalıdır					
T13. 20 yaş üstü kadınlar kendi kendine meme muayenesini ayda bir kez uygulamalıdır.					
T14. 40-69 yaş arası tüm kadınlar yılda bir hekim tarafından rutin klinik muayene yaptırmalı ve iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi çektirmelidir.					

♂ Lütfen cinsiyetiniz erkek ise 15. soruyu cevaplayınız.

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Emin Değilim	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
T15. 40 yaşın üstündeki erkekler prostat kanserinin erken tanısı amacıyla yönelik üroloji uzmanına başvurmalıdır.					

DAVRANIŞ

D. Aşağıdaki sorular sizin günlük uygulamalarınız hakkında bilgi sahibi olmak içindir.

Bu doğrultuda lütfen soruları bireysel uygulamalarınızı göz önüne alarak cevaplayınız.

	Her Zaman (5)	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman (1)
D1. Kardiyovasküler hastalıkların erken dönem tanı ve tedavisi amaçlı risk değerlendirmesi yaptırırım.					
D2. Yılda en az bir kez ağırlık, boy ve (BKI) Beden Kitle İndeksi ölçümlerimi yaptırırım.					
D3. Yılda en az bir kez bel çevresi ölçümlerimi yaptırırım.					
D4. Düzenli olarak günlük fiziksel aktivitede (tempolu yürüyüş vb.) yaparım.					
D5. Günde 81 mg aspirin düzenli olarak kullanırım.					
D6. Arteriyel tansiyonumu son 1 yıl içinde en az 1 kez olmak üzere düzenli olarak ölçtürürüm.					
D7. 5 yılda bir serum lipit düzeyime baktırırım.					
D8. 5 yılda bir tiroid fonksiyon testlerini yaptırırım.					
D9. 3 yılda bir açlık kan şekere (AKŞ) baktırırım.					
D10. Her yıl gaitada gizli kan testi yaptırırım.					
D11. 10 yılda 1 kolonoskopi yaptırırım.					

♀ Lütfen cinsiyetiniz kadın ise 12., 13., ve 14. soruları cevaplayınız.

	Her Zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
D12. 5 yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear testi) ya da Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yaptırırım.					
D13. Ayda 1 kez kendi kendime meme muayenesi yaparım (20 yaş üstü iseniz).					
D14. 2 yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yaptırırım (40-69 yaş arası).					

♂ Lütfen cinsiyetiniz erkek ise 15. soruyu cevaplayınız.

	Her Zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
D15. Prostat kanserinin erken tanısı amaçlı üroloji uzmanına başvururum (40 yaş üstü iseniz).					

Ek 2: Ahuzem Görüntüleri

-  AİLE HEKİMLERİ LİDERLİK ANKETİ ***
-  Aile Hekimliği Uygulamasında Periyodik Muayene Rehberine Yönelik Bilgi Tutum ve Davranış Anketi

Periyodik Muayene Rehberine Yönelik Bilgi Tutum ve Davranış Anketi

YENİ Anket yanıtlama süresi yaklaşık 10 dakikadır. Sorulara vereceğiniz içtenlikli yanıtlarınızla periyodik muayene rehberinin oluşturulmasına ve kullanımına yönelik önemli geri bildirimler sağlayacağınıza inanıyoruz. Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

1 GÜNCEL HAFTA:

ASM'de Sağlık Ekonomisi, Finansman ve Performans Yönetimi, Travmaya Genel Yaklaşım
6.11 ASM'DE SAĞLIK EKONOMİSİ, FİNANSMAN VE PERFORMANS YÖNETİMİ
(12.02.2014)

-  Ön Test (ASM'de Sağlık Ekonomisi, Finansman ve Performans Yönetimi)
 -  ASM'de Sağlık Ekonomisi, Finansman ve Performans Yönetimi (FLV Dosyası)
 -  ASM'de Sağlık Ekonomisi, Finansman ve Performans Yönetimi (Ders Notları)
 -  ASM'de Sağlık Ekonomisi, Finansman ve Performans Yönetimi (Ek Kaynak)
-  Son Test (ASM'de Sağlık Ekonomisi, Finansman ve Performans Yönetimi)

View All Responses. **Bütün katılımcılar.** View Default order  Responses: 5088

Aile Hekimliği Uygulamasında Periyodik Muayene Rehberine Yönelik Bilgi Tutum ve Davranış Anketi

Sayın Katılımcı;

Bilindiği üzere birinci basamak hekimlerinin koruyucu bakıma yönelik uygulamalarının bireylerin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmede oldukça önemli bir rolü vardır. Periyodik muayene ise birey ile açık bir iletişim kurarak hem fizik muayene hem de temel sağlık durumu hakkında detaylı bir bilgi edinme olanağı yarattığı gibi danışmanlık ve eğitim hizmetleri verilerek bireylerin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirilmesi için bir fırsat olarak değerlendirilmekte ve hasta memnuniyetinin artmasını sağlamaktadır. Bu amaca yönelik olarak aile hekimlerinin diğer iş yükleri ile birlikte, bireye özgü maliyet etkin uygulamaları göz önünde bulunduran ve gereksiz test ve müdahalelerin önüne geçilmesini sağlayan, yapılandırılmış, uygulanabilir, kabul edilebilir ve kanıta dayalı rehberleri kullanmaları oldukça önemlidir.

Bu çalışmanın amacı siz birinci basamak hekimlerinin Periyodik Muayene'ye ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından yayınlanan Periyodik Muayene Rehberi'ne yönelik Genel Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesidir. Çalışmada kullanılacak anket tarafımızca hazırlanmış olup herhangi bir kimlik bilgisi talep edilmemektedir. Elde edilen bilgiler sadece bu araştırma için kullanılacak olup başka herhangi bir amaçla üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır.

Anket yanıtlama süresi yaklaşık 10 dakikadır. Sorulara vereceğiniz içtenlikli yanıtlarınızla periyodik muayene rehberinin oluşturulmasına ve kullanımına yönelik önemli geri bildirimler sağlayacağınıza inanıyoruz.

Katılımınız için şimdiden teşekkür eder çalışmalarınızda başarılar dileriz.

:: SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER ::

1. Cinsiyetiniz:

Response	Average	Total
Erkek	 72%	3671
Kadın	 28%	1417
Total	 100%	5088/5088

2. Doğum Yılıınız:

Ek 3: Etik Kurul İzni Onay Yazısı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi



T.C. Sağlık Bakanlığı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR TARİHİ: 20.01.2014
KARAR NO : 13/18

Hacettepe Üniversitesi Prof. Dr. Bayram ŞAHİN sorumluluğunda Deniz TUGAY tarafından yapılması planlanan “Aile Hekimlerinin Periyodik Muayene Rehberi Hakkında Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi” konulu yüksek lisans tezi çalışması amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Tuncay DEĞİBAŞI
Başkan

Doç. Dr. Muharrem DAĞLI
Başkan Yard.
(katılmadı)

Uz. Dr. S. Dincer YETİŞ
Üye

Doç. Dr. Ö. Taylan AKKAYA
Üye

Doç. Dr. Güleşer SAYLAM
Üye

Prof. Dr. Bahadır KÜLAH
Üye

Doç. Dr. Gönül ERDEN
Üye

Doç. Dr. Tevfik PINAR
Üye

Prof. Dr. E. Pelin KELİCEN UĞUR
Üye

Uz. Dr. Zeynep SEÇKİN AKKILIK
Üye

Dr. Ferda ALPASLAN PINARLI
Üye

Av. Gülnur BERBER CİVELEK
Üye

Doç. Dr. Ömer BAŞAR
Üye

Emre KOZALLIK
Üye

Ek 4: Orijinallik Raporu

24.02.2015

Turnitin Orijinallik Raporu



Turnitin Orijinallik Raporu

AİLE HEKİMLERİNİN PERİYODİK MUAYENE REHBERİNE YÖNELİK BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ Deniz Tugay tarafından

Quick Submit (Quick Submit) den

Benzerlik Endeksi	Kaynağa göre Benzerlik
%1	İnternet Sources: %1 Yayınlar: %0 Öğrenci Ödevleri: N/A

24-Şub-2015 22:26 EET' de işleme konu

NUMARA: 509089471
Kelime Sayısı: 44243

kaynaklar:

1 1% match (28-Ara-2014 tarihli internet)
<http://ailehekimidestek.blogspot.com/>

2 1% match (23-Şub-2012 tarihli internet)
<http://haksay.org/?q=node/57>

ödev metni:

GİRİŞ Dünyada her yıl 55,5 milyon insan çeşitli nedenlerden ölmektedir. Mortalite nedenleri ülkeler, coğrafyalar, kültürler ve ırklar arasında değişiklik gösterse de başlıca mortalite nedenlerini 3 ile kalp hastalıkları, # ile kanserler, %6 ile serebrovasküler hastalıklar, %4 ile kronik akciğer hastalıkları ve % 4 ile kazalar oluşturmaktadır. Mortalite ve morbidite nedenleri arasında çevresel faktörler, obezite, sedanter yaşam, sigara, alkol ve madde kullanımı, genetik faktörler ve riskli davranışlar ilk sıralarda bulunmaktadır. Bu çerçevede önemli morbidite ve mortalite nedenlerine bakıldığında çoğunun önlenabilir olduğu görülmektedir (Aktürk ve diğ., 2002). Günümüz sağlık bakımının temel amacının tedaviden çok, insanların sağlığını korumada onlara danışmanlık yapmak ve sağlık risklerinden kaçınmada yardımcı olmak tanımı göz önüne alındığında hastalık riski taşımayan bireylerin bu risklerden uzak tutulması, risk altındaki bireylerin risklerinin azaltılması, mevcut hastalıkların erken tanı ve tedavisi ile kronik hastalıkların kalıcı hasar oluşturmalarının önlenmesinin önemi ortaya çıkmaktadır (McWhinney, 1997; Akdağ, 2011). Hastalıkların önlenmesi söz konusu olduğunda ise koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi kavramları karşımıza çıkmaktadır. Koruyucu hekimlik ve ferdin hastane dışında, hastalık öncesi sağaltımı gün geçtikçe önem kazanmaktadır. Çağdaş dünya ülkeleri; insanların hasta olduktan sonra iyileştirilmesinin çok büyük kayıplara (işgücü, para, sakatlıklar, ölüm vs.) neden olduğu tespitinden yola çıkarak tedavi edici hekimlikten çok, insanların hasta olmalarını engelleyen koruyucu hekimlik (aşılama, çevre sağlığı, bulaşıcı hastalık önleme programları, hasta eğitimi, yaşama biçimi değişikliği vs.) hizmetlerini öne çıkaran bir sağlık politikası geliştirmişlerdir. Bugün gelişmiş Avrupa ülkelerinin sağlık politikalarının temelinde "Koruyucu Hekimlik Hizmetleri" oturtulmuştur (Koruyucu Tıp ve Hekimlik, 2011). Ayrıca toplumların refah düzeyi yükseldikçe sağlığı etkileyen risk faktörleri de değişmekte ve kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetlerinin önemi de artmaktadır. Küreselleşen dünya ile birlikte hastalıkların da küreselleşmesi tedavi ile ilgilenmeden çok daha önce herkese temiz su temin edilmesi, iyi bir ev ve iş ortamı hazırlanması, hastalıkların bulaşma yollarının engellenmesi, aşılar ve sağlık eğitimi gibi alanlara, yani Koruyucu Hekimliğe ağırlık verilmesi gerektiğini ortaya koymuştur. Bu eğilimin ana sebepleri ise şunlardır (Koruyucu Tıp ve Hekimlik, 2011); ? Tedavi edici uygulamaların para ve iş gücü maliyetinin yüksek olması ? Tedavi edici uygulamanın başka bir sağlık probleminde yol açma ihtimalinin olması ve ? Tedavi edici uygulamanın suiistimalinin mümkün olmasından kaynaklanmaktadır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kavramı ise "İnsanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlama süreci" tanımıyla karşımıza çıkmaktadır