TÜRKİYE CUMHURİYETİ

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

BİRİNCİ BASAMAĞA BAŞVURAN ERİŞKİN BİREYLERİN KARŞILANMAMIŞ KORUYUCU SAĞLIK HİZMETİ İHTİYACININ BELİRLENMESİ

Dr. Süheyla ATALAY

UZMANLIK TEZI

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

İSTANBUL-2017

TÜRKİYE CUMHURİYETİ

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

BİRİNCİ BASAMAĞA BAŞVURAN ERİŞKİN BİREYLERİN KARŞILANMAMIŞ KORUYUCU SAĞLIK HİZMETİ İHTİYACININ BELİRLENMESİ

Dr. Süheyla ATALAY

UZMANLIK TEZI

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr. Mehmet AKMAN

İSTANBUL-2017

BEYAN FORMU

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih

Ad Soyad

İmza

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim sırasında akademik bilgisi ve tezimin hazırlanması esnasında yaptığı aktif girişimler ile beni destekleyen hocam Doç. Dr. Mehmet Akman'a,

Kıymetli hocalarım Prof. Dr. Arzu Uzuner, Prof. Dr. Pemra Cöbek Ünalan, Prof. Dr. Serap Çifçili, Doç. Dr. Çiğdem Apaydın Kaya ve Doç. Dr. Zuhal Aydan Sağlam'a,

Sahada verilerin toplanmasına katkıda bulunan sevgili meslektaşlarım Dr. Burcu Başaran Güngör, Dr. Sema Ertürk Kaymak, Dr. Ebru Atıcı, Dr. Müslime Gümüş ve Dr. Fatma Durmuş'a,

Toplanan verilerin elektronik ortama aktarılmasında bana destek olan arkadaşlarım Dr. Hülya Güç Özmen, Dr. Merve Aybal ve Dr. Sümeyye Akatay'a,

Verilerimi saklama ve değerlendirme sürecinde yaşadığım güçlükleri aşmama yardımcı olan Dr. Duygu Altıparmak ve eşi Cenap Altıparmak'a,

Tezimin oluşumundaki katkılarından dolayı, başta asistan arkadaşlarım olmak üzere, asistanlığım süresince yakından tanıma fırsatı bulduğum tüm meslektaşlarıma,

Varlıkları ile her zaman en büyük destekçim olan canım annem Ferah Atalay'a ve babam Faruk Atalay'a,

En eğlenceli anlarımı birlikte geçirdiğim ablam Halenur Atalay Uysal'a, abim Ali Uysal'a ve kardeşim Ömer Nezih Atalay'a ,

Doğdukları günden beri hayatıma renk katan gözbebeklerim, yeğenlerim; Berranur Uysal ve Gülsena Uysal'a,

Çok teşekkür ederim.

Dr. Süheyla ATALAY

İÇİNDEKİLER

BİRİNCİ BASAMAĞA BAŞVURAN ERİŞKİN BİREYLERİN KARŞILANMAMIŞ KORUYUCU SAĞLIK HİZMETİ İHTİYACININ BELİRLENMESİ 1
BİRİNCİ BASAMAĞA BAŞVURAN ERİŞKİN BİREYLERİN KARŞILANMAMIŞ KORUYUCU SAĞLIK HİZMETİ İHTİYACININ BELİRLENMESİ 1
BEYAN FORMU 2
TEŞEKKÜR 3
İÇİNDEKİLER 4
SİMGELER VE KISALTMALAR 7
TABLOLAR 8
ŞEKİL VE GRAFİKLER 10
ÖZET 11
ABSTRACT 13
1. GİRİŞ ve AMAÇ 15
2. GENEL BİLGİLER 17
2.1.Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri 17
2.2.Koruyucu Hekimlik Uygulamaları 21
2.2.1.Yetişkinler İçin Periyodik Sağlık Muayenesi Önerileri 23
Hipertansiyon 23
Hiperlipidemi 24
Diabetes Mellitus 24
Obezite 25
Alkolün Kötüye Kullanımı 26
Tütün Bağımlılığı 27
Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan Korunma 28
Sağlıklı Beslenme 28
Fizik Aktivite 28
2.2.2. Kanser Taramaları 29
Meme Kanseri (Kadın) 31
Serviks Kanseri (Kadın) 31

Kolorektal Kanser (Kadın ve Erkek) 32
2.2.3.Geriatrik Dönem 32
Abdominal Aort Anevrizması 32
Osteoporoz 33
Kalsiyum ve D vitamini Desteği 33
İşitme Keskinliği 34
Görme Keskinliği 34
Düşme 34
3. GEREÇ ve YÖNTEM 36
3.1 Planlanan Araştırmanın Türü, Kapsamı ve Tasarımı 36
3.2 Verilerin Analizi 38
3.3 Çalışma Süresi, Başlangıç ve Bitiş Tarihleri 38
3.4 Etik Kurul Onayı ve Araştırma Süresi 39
4. BULGULAR 40
4.1.Tanımlayıcı Veriler 40
4.1.1 Sosyo-demografik Özellikler 40
4.1.2 Kronik Hastalıklar 43
4.1.3 Sağlık Kurumu Başvurusu 43
4.1.4 Alışkanlıklar 44
4.1.5 Genel Muayeneler 47
4.1.6 Cinsel Sağlık 48
4.1.7 Bağışıklama 50
4.1.8 Beslenme ve Egzersiz 51
4.1.9 Kanser Taramaları 55
4.1.10 Geriatrik Dönem (65 Yaş Üstü) 58
4.2 Karşılaştırmalı Analizler 60
5.TARTIŞMA ve SONUÇ 74
5.1.Katılımcı Özellikleri 74
5.2.Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Karşılanmama Oranları 75
5.3.Çalışmanın Kısıtlılıkları – Güçlü Yanları 83
5.4.Sonuç ve Öneriler 83
KAYNAKLAR 86
EKLER 93
EK 1 – ANKET FORMU 93
EK 2 – GÖNÜLLÜ OLUR FORMU 106
EK 3 - GÖNÜLLÜ ONAY FORMU 108

EK 4 – ETİK KURUL ONAYI 109
EK 5 – HALK SAĞLIĞI ARAŞTIRMA İZNİ 110
EK 6 – ÖZGEÇMİŞ..... 112

SİMGELER VE KISALTMALAR

AAA :Abdominal Aort Anevrizması

AAFP :American Academy of Family Physicians (Amerikan Aile Hekimler Akademisi)

AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test (Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi)

BBSH : Birinci Basamak Sağlık Hizmeti

BMD : Bone Mineral Dansity (Kemik Mineral Yoğunluğu)

CTFPHC : Canadian Task Force for Preventive Health Care (Koruyucu Sağlık Hizmeti için Kanada Çalışma Grubu)

CYBH : Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EASM : Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

KETEM : Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

MSM : Mediko-Sosyal Merkez

PSM : Periyodik Sağlık Muayeneleri

SHSK : Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanun

TKHRFS : Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması

TSH : Temel Sağlık Hizmetleri

TURDEP II : Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması

USG : Ultrasonografi

USPSTF : United States Preventive Services Task Force (Birleşik Devletler Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu)

VKİ : Vücut Kitle İndeksi

WONCA : Dünya Aile Hekimleri Birliği

YÖK : Yüksek Öğrenim Kurumu

TABLOLAR

Tablo - 1 : Birleşik Devletler Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu önerilerinin anlamı

Tablo - 2 : Yetişkinlerde VKİ'ne göre zayıflık, fazla kiloluluk ve obezitenin sınıflandırılması

Tablo – 3 : Katılımcı Özellikleri 1

Tablo – 4: Katılımcı Özellikleri 2

Tablo - 5 : Cinsiyete Göre Yaş ve VKİ Dağılımı

Tablo – 6: Yıllık ASM ve hastane başvuru sayısı

Tablo – 7: Sigara kullanımı ve danışmanlık alıp almamaya ilişkin özellikler

Tablo – 8: Alkol kullanımı ve danışmanlık alıp almamaya ilişkin özellikler

Tablo – 9: Genel Muayeneler

Tablo – 10: Cinsel sağlık özellikleri

Tablo - 11: Beslenme ve egzersizle ilgili sorulara verilen cevaplar

Tablo - 12: Katılımcıların sağlıklı beslenme ve günlük hareketlilik düzeyinde kendilerine verdikleri puanlar

Tablo – 13: Katılımcıların düzenli egzersiz durumu

Tablo – 14: Katılımcıların sağlık durumlarına ilişkin risklerinin cinsiyete göre dağılımı

Tablo - 15: Katılımcıların sağlık durumlarına ilişkin risklerinin çalışma durumuna göre dağılımı

Tablo - 16: Katılımcıların sağlık durumlarına ilişkin risklerinin medeni duruma göre dağılımı

Tablo - 17: Katılımcıların sağlık durumlarına ilişkin risklerinin hastaneye başvuru sayısına göre dağılımı

Tablo - 18: Katılımcıların sağlık durumlarına ilişkin risklerinin aile hekimine başvuru sayısına göre dağılımı

Tablo 19: Yaş, VKİ, okula gidilen yıl ile CYBH'dan korunma önerisi ilişkisi

Tablo 20: Yaş, VKİ, okula gidilen yıl ile CYBH'dan korunmak için kondom kullanım ilişkisi

Tablo 21: Yaş, VKİ, okula gidilen yıl ile mutlu cinsel yaşam danışmanlığı alma ilişkisi
Tablo 22: Yaş, VKİ, okula gidilen yıl ile tetanoz aşısı yaptırma ilişkisi
Tablo 23: Yaş, VKİ, okula gidilen yıl ile aile hekimlerinin ölçümlerinin ilişkisi

ŞEKİL VE GRAFİKLER

ŞEKİL

Şekil - 1: Aile Hekimliğinin Çekirdek Yeterlilikleri ve Özellikleri
Şekil – 2: Katılımcıların Seçimi

GRAFİKLER

Grafik - 1 : Ülkemizde erkeklerde en sık görülen kanserlerin dağılımı – 2014
Grafik - 2 : Ülkemizde kadınlarda en sık görülen kanserlerin dağılımı – 2014
Grafik -3 : Kronik Hastalıkların Görülme Oranları
Grafik - 4 : Son 10 yıl içinde tetanoz aşısı oldunuz mu?
Grafik - 5 : Tetanoz aşısı yaptıranlara kimin aşı önerdiği
Grafik - 6 : Beslenme ve egzersizde karşılanan ihtiyacın oranı ve kimin tarafından karşılandığı
Grafik - 7: 20 yaş üstü kadınların kendi kendine ve hekim tarafından meme muayenesi
Grafik - 8: 40 yaş üstü kadınlarda mammografi önerisi ve uygulaması
Grafik - 9: 30 yaş üstü kadınlara servikal smear testi önerisi ve uygulaması
Grafik - 10: 50 yaş üstü katılımcılara GGK testi önerisi ve uygulaması
Grafik - 11: 50 yaş üstü katılımcılara kolonoskopi önerisi ve uygulaması

ÖZET

Giriş ve Amaç: Sağlık hizmeti sunumunda toplumun sağlık durumunun ve ihtiyaçlarının belirlenmesi, hizmet sunumunun önceliklerinin ve kalitesinin belirlenmesi açısından oldukça önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2000 yılındaki raporunda sağlık sistemlerinin üç temel amacından biri olarak hasta ihtiyaçlarının karşılanması yer almaktadır. Bu araştırmanın amacı Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı olarak hizmete açılan, Pendik Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne (EASM) kaydolan erişkin (18 yaş üstü) bireylerin karşılanmamış koruyucu sağlık hizmeti ihtiyacının belirlenmesi ve bu ihtiyaçları karşılamaya yönelik öneriler sunulmasıdır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Pendik EASM'de 5 Şubat 2017 – 30 Mart 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evreni, Pendik EASM'ye çalışmanın yürütüldüğü süreçte, herhangi bir sebeple başvuran erişkin bireylerden oluşmaktadır. Çalışma için örneklem seçilmemiş olup, çalışma sürecinde katılmayı kabul eden tüm erişkin bireyler çalışmaya dahil edilmiştir. Gebeler ve 18 yaş altı bireyler çalışmaya dahil edilmemiştir. Katılımcıların koruyucu sağlık hizmeti ihtiyaçlarını yaş gruplarına ve cinsiyetlerine uygun olarak sorgulayan yarı yapılandırılmış 101 soruluk bir anket formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 23.0 istatistiksel paket programından faydalanılmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza katılan 500 kişiden, 284 (%56,8) kişi kadın, 216 (% 43,2) kişi ise erkektir, yaş ortalaması 40,92 ± 14,03 yıldır, %79,2'si evlidir, %95,8'i okuma-yazma bilmektedir, %52'si herhangi bir işte çalışmaktadır, %43,2'si ailelerinin aylık gelirinin Türkiye ortalamasının altında olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların okula gittiği yıl ortalama 7,9 ± 4,3 yıl olarak bulunmuş, ortalama VKİ; 27,4 ± 5 kg/m² olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların en çok sahip olduğu kronik hastalığın %17 oranıyla, hipertansiyon olduğu saptanmıştır. Sigara içme oranı %24,6, alkol kullanma oranı ise %9,4 olarak saptanmıştır. Obezite tüm katılımcılarımızın %27,6'sını etkilemektedir. Sigara içen katılımcıların %87,9'una sigarayı bırakma konusunda, alkol tüketen katılımcıların %91,49'una alkol kullanımı ile ilgili herhangi

bir danışmanlık hizmeti verilmemiştir. Katılımcıların son 1 yıl içerisinde boy ve kilosu yalnızca %11,4 oranında ASM'de ölçülmüş olup, %70,8'inin boy ve kilosu herhangi bir sağlık kuruluşunda ölçülmemiştir. %89 oranında katılımcı beslenme konusunda, % 87,4'ü fiziksel aktivite ve egzersiz konusunda herhangi bir doktor tarafından danışmanlık almamıştır. 35 yaşın üzerinde olan katılımcı tüm bireylerin %50,9'una son 5 yıl içinde kolesterol ölçümü yapılmamıştır. Cinsel yönden aktif olan katılımcıların, %85,4'ü kendisine herhangi bir hekim tarafından cinsel yaşama yönelik bir sorgulama yapılmadığını, %96'sı mutlu bir cinsel yaşam için herhangi bir danışmanlık almadığını, %77'si CYBH'dan korunmak için kondom kullanmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların %49,2'si son 10 yıl içinde tetanoz aşısı yaptırmamıştır. 40 yaşın üzerindeki kadın katılımcıların %62,9'u son 2 yıl içinde mammografi çektirmemiştir. 30 yaş üzerindeki kadın katılımcıların %54,8'i ise son 5 yıl içinde smear testi yaptırmamıştır. 50 yaşın üzerinde olan katılımcıların %90,1'i son 1 yıl içinde GGK testi, %87,2'si son 10 yıl içinde kolonoskopi yaptırmamıştır. 65 yaş üstü katılımcılarımızın % 78,3'üne işitme testi, %52,2'sine ise görme testi yaptırması hiçbir hekim tarafından önerilmemiştir.

Sonuç: Tüm veriler göz önüne alındığında koruyucu sağlık hizmetleri için halen karşılanmamış büyük bir ihtiyacın var olduğu tesbit edilmiştir. Birinci basamağın koruyucu sağlık hizmetlerindeki rolünün etkinliğini artırmak için acilen yeni stratejilere ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: birinci basamak, aile hekimliği, karşılanmamış ihtiyaçlar, koruyucu hekimlik, tarama

ABSTRACT

Background and Aim: In the delivery of healthcare, determining the health needs and status of the community is necessary for the evaluation of the content, priorities and quality of the care delivered. In a World Health Organization report (2000), supplying the patient's needs was specified as one of three main goals of the health system. This study aims to detect unmet preventative healthcare needs of adults who apply to the Pendik Educational Primary Care Center (PEPCC) of Marmara University's, Faculty of Medicine, Pendik Training and Research Hospital and to give recommendations about how we may bridge the gap.

Method: This is a descriptive study. It was carried out between 5th February and 30th March, 2017 in PEPCC. The study population included adults who applied to PEPCC for any reason within this time period. The only inclusion criteria was the provision of consent. Pregnant women and those below the age of eighteen were excluded. We employed a semi-structured questionnaire comprising of 101 questions about the participant's health status and their preventative healthcare needs, according to their ages. The statistical software package, SPSS 23.0, was used for statistical analysis of the data.

Findings: There was a total of 500 participants, 284 female (56.8%), and 216 male (43.2%). The participants' mean age was 40.92 ±14.03 years. Amongst them, 79.2% were married, 95.8% were literate, 52% were employed and 43.2% were of low-income. The mean number of school years was found to be 7.9 ± 4.3 years. Their mean body mass index was 27.4 ± 5 kg/m². The most common chronic disease was hypertension (17%). Smoking was common at a rate of 24.6% and alcohol consumption was detected in 9.4%. Obesity was present in 27.6% of participants. Any counseling hasn't been provided neither to the 87,9% of smoker participants about smoking cessation nor to the heavy drinker participants about alcohol addiction. During the last one year, only %11,4 of all participants' weight and height have been measured in a primary care center, 70,8% of those didn't get any weight and height measurement. Amongst all participants, the rate of not getting advise about healthy nutrition was 89% and the rate of not being

interrogated about phsycal 14 activity was 87,4% by any physician. 50,9% of those upper than 35 years old have not been tested for dyslipidemia in last five years. 85,4% of sexually active participants stated that they were not questioned about their sexual life health. 96% of them indicated they didn't get any counseling on how to have a happy sexual life, 77% of them pointed out they were not using condom for contraception. The rate of participants being non immunized to tetanus were 49,2%. In last two years, 62,9% of all women participants upper than 40 years old have not been screened with mammography. 62,9% of those upper than 30 years old have not been screened for cervical pap smear test, in last five years. 90,1% of all participants upper than 50 years old have not been screened with fecal occult blood test in last 1 year, also 87,2 % of those didn't get colonoscopy in last 10 years. It was not advised to those upper than 65 years, to have been screened neither for vision test at a rate of 52,2% nor for hearing test at a rate of 78,3%.

Results: Taking into account the results of the study, we found that not enough preventative healthcare measures were offered by primary healthcare services and that there remains a huge gap of unmet preventative healthcare needs. It ıs necessary to determine new strategies to rise the role of family phsicians in preventative health care services.

Keywords: primary health care, family medicine, unmet needs, screening, preventive health care

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Hastalıklarla mücadelenin en pratik ve ucuz yolu, hastalığa yakalanmadan önce gereken önlemlerin alınmasıdır. Bu alanda yapılan çalışmalara koruyucu tıp çalışmaları denir. Koruyucu tıp; hastalığın nasıl ortaya çıktığı ya da kişileri nasıl hasta ettiğine göre koruma yöntemleri oluşturarak, bilinen veya yeni yöntemlerle epidemiyoloji bilimi alanında faaliyetlerini sürdürmektedir.(1)

Kişiye yönelik koruyucu tıp hizmetleri; aşağıda belirtilen **4 grupta toplanır:**

a- Hassas bireylerin aşılanması,

b- Bireylerin uygun beslenmelerini sağlama,

c- Sağlıklı bireylerin, erken tanı amacıyla, periyodik muayenesi, genel taramalar

d- Bireylerin sağlık konusunda eğitilmeleri.

Kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri tam anlamıyla bir hekimlik hizmetidir. Kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri yalnız çalışan hekimin tedavi etmekle beraber yürüttüğü bir hizmet olabilir. Bunun en iyi örneği aile hekimidir. Aile hekimi evde hasta olanları muayene ve tedavi etmekle beraber gerekli aşıları, çocukların, gebelerin ve yaşlıların periyodik muayenelerini yapabilir; beslenme sorunlarını bulup çözüm yollarını tavsiye edebilir ve aile fertlerini sağlık yönünden eğitebilir.(2)

Ülkemiz, yaşlanan nüfusu ve değişen yaşam şekli nedeniyle kronik hastalıklarla mücadeleye hazırlıklı olmalıdır. (3)Kronik hastalıklar, kişiye ve topluma ekonomik ve sosyal yükü ağır hastalıklar olduğu için bunların kontrolünü sağlamaya yönelik sağlık politikalarına ve etkin girişimlere ihtiyaç vardır. Kronik hastalıklar ve risk faktörleri hakkında edinilmiş bilimsel bilgi ve tecrübeler ülkelerin imkanlarıyla birleştirilerek uygulamaya dönüştürülürse hastalıkların topluma yükü önemli ölçüde azaltılabilir. Etkili müdahalelerle global düzeyde kronik hastalıklara bağlı ölüm hızı

her sene yüzde 2 azaltılabilseydi, 2005-2015 arası 36 milyon ölümün önüne geçilebileceği öngörülmüştür. (4)

Birinci basamak sağlık hizmeti (BBSH) sunumunda aile hekimi birincil rolü üstlenmekte olup, tıbbi bakım gereksinimi duyan herkese kapsamlı bakım vermek vegerekirse diğer sağlık personelini yönlendirmek sorumluluğuna sahiptir.Mesleğini kişilerin sağlık ihtiyaçlarına ve hizmet verdiği toplumun kaynaklarına göre, doğrudan veya diğer sağlık çalışanlarının sunduğu hizmetler aracılığıyla yerine getirir. (5)

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2000 yılındaki raporunda sağlık sistemlerinin üç ana amacından birisi "hasta ihtiyaçlarının karşılanması" dır.(6) Sağlık gereksinimi kişiden kişiye göre farklılık arz ettiği için sunulan hizmet de bireye göre değişir.

Bu çalışmada amacımız, yeni açılan bir EASM 'ye başvuran erişkin nüfusun karşılanmamış koruyucu sağlık hizmeti ihtiyacını belirlemek ve bulgularımız doğrultusunda karşılanma oranını artırmaya yönelik atılacak adımlara ışık tutabilmektir

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Sağlık; sadece hastalık veya sakatlık halinin olmaması değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden tam bir iyilik halidir. (7) Sağlık hizmetleri, toplumdaki bireylerin mutluluğunun ve refah seviyesinin geliştirilmesi amacıyla kişilerin fiziksel, ruhsal ve toplumsal yönden sağlığının korunup, iyileştirilmesi, bunları gerçekleştirirken de sürekliliği sağlayan hizmetleri kapsamaktadır. (8)

DSÖ sağlık hizmetleri sistemini; belirli sağlık kuruluşlarında, değişik tip sağlık personelinden yararlanarak toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve bu sayede kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü önleyici ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak amacıyla ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistem olarak tanımlamıştır. (6), (9)

1978'de Alma Ata Konferansında Temel Sağlık Hizmetleri'nin (TSH) tanımlaması yapılıp stratejileri belirlenmiş ve Alma Ata Bildirgesi katılımcılar tarafından imzalanarak dünyaya duyurulmuştur. Ülkemizin de bu bildirgeninaltında imzası bulunmaktadır.(10)

Türkiye, TSH uygulamalarına 1961 yılında **"sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri uygulaması"** ile başlamıştır. (10). 1961 yılında çıkartılan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu'nda (SHSK) DSÖ'nün tanımına benzer olarak sağlık; "*yalnız hastalık ve malüliyetin yokluğu olmayıp bedenen, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali"* olarak ifade edilmiştir. Yine aynı kanunda, "*insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler"* sağlık hizmeti olarak ifade edilmiştir.(9),(11) Bu uygulama ile

Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinde temel hizmet birimi sağlık ocağı olup, bunlar köy tipi, ilçe tipi ve il tipi olmak üzere üç tip olarak sınıflandırılmıştır. Ayrıca köylerde sağlık ocağını meydana getiren ekibe yardımcı olarak kurulan sağlık evlerinde yardımcı sağlık personeli görevlendirilmiştir. Sağlık ocaklarından, evde ve ayakta tedavi edici hizmetler, bireye ve çevreye yönelik koruyucu hizmetler gibi temel işlevlerinin yanında, diğer sektörlerle birlikte toplumsal kalkınmada da rol alması beklenmiştir.(10) (11)

1961 yılında çıkarılan SHSK çerçevesinde örgütlenen birinci basamak sağlık hizmetlerinin (BBSH)'nin, günümüz ülke sorunlarına yanıt verememesi ve değişen ihtiyaç ve önceliklere göre sağlık ocağı modelinin özellikle kentsel bölgelerde yeniden gözden geçirilmesi gerektiği anlaşılmıştır (12) (13). Ayrıca halkın sağlık ocaklarını kullanımında sorunlar olduğu, bu merkezlerin sürekli ve kişisel sağlık hizmetleri sunumunu tam olarak gerçekleştiremediği yapılan çalışmalarda görülmüştür (12). 2004 yılında Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun çıkarılarak, ilk olarak Düzce ilinde aile hekimliği pilot uygulamasına geçilmiştir. (14) (15) (16).

Halen yürülükte olan 25.05.2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanmış Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'ne göre 2010 yılı sonunda ülke çapında Aile Hekimliği uygulamasına geçilmiştir (14). Yine aynı yönetmeliğin 3.maddesinin f bendinde BBSH ; "*sağlığın teşviki, koruyucu sağlık hizmetleri ile ilk kademedeki teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bir arada verildiği, bireylerin hizmete kolayca ulaşabildikleri, etkin ve yaygın sağlık hizmeti sunumunu ifade eder*" şeklinde tanımlanmıştır. (17) (15). Aile hekimi, 2014 yılında revize edilen Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde ve 2004 yılında çıkan Aile Hekimliği Kanunu'nda *"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 veya tabiptir" olarak tanımlanmıştır ve BBSH 'nin primer sorumlu sunucusu olmuştur.(17) (15)

Günümüzde birinci basamak sağlık hizmetleri Aile Sağlığı Merkezi (ASM), Toplum Sağlığı Merkezi (TSM), Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) gibi kurumlarda sunulmaktadır. Ayrıca Yükseköğretim Kurumu'na (YÖK) bağlı olan Mediko-Sosyal Merkezleri (MSM), üniversitelerde BBSH sunan kurum olarak görevlendirilmiştir.(18) Bu kurumlarda verilen BBSH; kişilere ayaktan veya yatarak tedavi, koruyucu sağlık hizmetleri (aşılama, sigara bırakma danışmanlığı, üreme sağlığı vb. gibi), aile planlaması yöntemleri, kanser tarama ve erken teşhis, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, verem savaşı hizmetleri, sıtma savaş hizmetleri, bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü**,** üreme sağlığı hizmetleri, ulusal programlar ile ilgili hizmetler, adli tıbbi hizmetler, acil sağlık hizmetleri, kaza ve yaralanmalardan korunma hizmetleri, görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri, çevre sağlığı hizmetleri, iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri, afet hizmetleri, sağlığın geliştirilmesi ve teşviki, sağlık eğitimi hizmetleri şeklinde tanımlanmıştır**.** (17)(19)

Aile hekiminin vermesi gereken BBSH şu alt başlıklarda özetlenebilir:
• Erken tanı ve tedaviyi sağlamak,
• Sağlık ile ilgili tüm konularda ilk değerlendirmeyi yapmak,
• Sorumluluğu altındaki kişilerle sürekli ilişki halinde olarak onları izlemek,
• Birinci basamakta verilmesi gereken bireye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini sunmak,
• Kronik hastalıklarda sürekli bakım ve tedaviyi sağlamak, bu tür hastalığı olan kişileri izlemek,
• Bireylerin yaşam kalitelerini ve sağlık düzeylerini geliştirmeye çalışarak toplumun gelişmesine katkı sağlamak.(15)(19)

Pahalı ikinci basamak sağlık hizmetine olan talebi azaltması ve giderek daha kapsamlı hizmet sunması, dışarıdan denetime ve karşılaştırmaya açık olması, kolay ulaşılabilmesi, bilimsel verilere dayalı, etkili, sürekli ve kişiselleşmiş bir tıbbi bakım

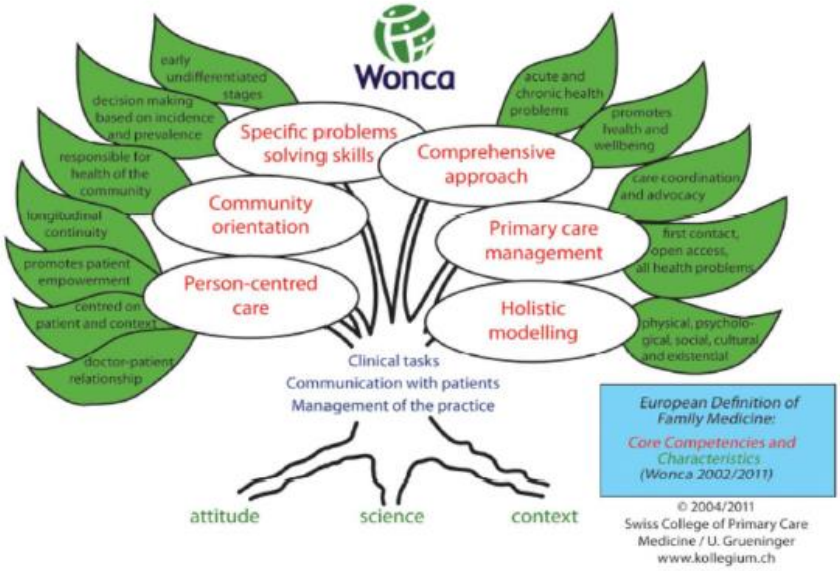
sunması, günümüzde modern ASM'lerden beklenen başlıca işlevlerdir.(12). Ayrıca birinci basamaktan toplumsal kalkınmada da rol alması beklenmektedir.(10)

Birinci basamak hastaların sağlık sistemine ilk başvuru noktası olmasından dolayı büyük bir öneme sahiptir. Birinci basamak güçlü bir sağlık sistemi inşa etmek için en önemli nokta olup, pozitif sağlık çıktılarını ve sağlıkta adaleti sağlar.(20) Tek başına veya kombine olarak 6 mekanizma, BBSH'nin toplum sağlığına faydalarını izah edebilir. Bunlar; 1- gerekli hizmetlere daha fazla ulaşım, 2- daha kaliteli bakım, 3- önleme üzerine daha çok odaklanma, 4- sağlık problemlerinin erken yönetimi, 5- birinci basamak temel sağlık hizmeti sunum özelliklerinin kümülatif etkisi, 6- gereğinden fazla ve potansiyel açıdan zararlı olabilecek uzman bakımının azaltılmasında birinci basamağın rolü.(21)

Uluslararası kanıtlar, iyi eğitilmiş aile hekiminin çalıştığı etkili bir birinci basamak temelinde örgütlenmiş sağlık sistemlerinin, birinci basamak yönelimi zayıf olanlardan hem daha maliyet- etkin hem de klinik olarak daha etkin sağlık bakımı sağladığını göstermektedir. Ayrıca aile hekimlerinin bütün hekimler içindeki oranı arttıkça sağlık harcamalarının azaldığı görülmektedir.(22),(5)

BBSH toplum sağlığının korunması ve iyileştirilmesi için en önemli basamaktır. (21) BBSH'nin pek çok hastalığın önlenmesinde, morbidite ve mortalitesinin azaltılmasında önemli bir etkisi vardır. (10),(23),(24),(25). Dünya Aile Hekimleri Birliğinin (WONCA) bölgesel kolu olan WONCA Avrupa (Avrupa Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Topluluğu) 21. yüzyılda insanların sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılayacak aile hekimliği/genel pratisyenlikle ilgili yeni tanımlamalar ve çekirdek yeterlilikleri **(Şekil 1)** 2002 yılında yayınlanmıştır. Bu uzlaşı bildirgesi hem aile hekimliği disiplinini ve görevlerini hem de aile hekimlerinin gereksinim duyduğu çekirdek yeterlilikleri ifade etmektedir. (22),(5). Bu çekirdek yeterliliklere göre, aile hekimi, bireylerin sağlık konusunda herhangi bir sıkıntı yaşadığında ilk başvuracağı sağlık hizmeti sağlayıcısıdır.(26) Bu yüzden aile hekimi için hastanın yaşı, cinsiyeti, ırkı hastaya uygulanması gereken sağlık hizmetinin kalitesini etkilememektedir. (27) Aile hekimi herkes için geniş bir sağlık hizmeti sunması

gerektiğini bilerek, kişinin doğumundan ölümüne kadar sağlığının geliştirilmesine yönelik tüm uygulamaları yapması gerektiğinin farkındadır. Sağlığın geliştirilmesi amacıyla sunulan hizmetlerden en önemlisi ise koruyucu hekimlik uygulamalarıdır.



THE WONCA TREE – AS PRODUCED BY THE SWISS COLLEGE OF PRIMARY CARE
(Revised 2011)

Şekil 1: Aile Hekimliğinin Çekirdek Yeterlilikleri ve Özellikleri

2.2.Koruyucu Hekimlik Uygulamaları

Koruyucu Hekimlik Uygulamaları, hastalık ortaya çıkmadan önce alınan her çeşit önlem ve mücadeleyi içerir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımıyla görülen fayda, onu kullanan dışında toplumun diğer bireylerine de yarar sağlamaktadır. İnsan için temel bir gereklilik olan sağlığın muhafaza edilmesi amaçlı yapılan hizmetlerin önemi ve değeri tedavi edici sağlık hizmetlerine göre daha farklıdır. Üstelik, koruyucu sağlık hizmetleri, hastalıkları tedavi etmekten daha ucuzdur.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanması için önerilen yöntem, periyodik sağlık muayeneleridir (PSM). PSM bir hastalık için var olabilecek riski belirlemek ya

da bir hastalığı erken semptomsuz döneminde tanımlayabilmek amacıyla tasarlanmışbir grup görevden oluşur ve koruyucu sağlık hizmetlerini sunmanın en önemli yoludur (28),(29). Bu görevlerini çeşitli tarama yöntemleri kullanarak gerçekleştirir. Tarama asemptomatik kişide bir durum ya da hastalığı tanımlamak için yapılır (30).

PSM ile ilgili kaynaklar 1800'lere kadar uzanmaktadır. İlk kez 1861 yılında Dr. Horace Dobell tarafından önerilmiştir (31). ABD'de büyük bir hayat sigortası şirketinin 1921'de yayınladığı çalışmanın yıllık muayene edilen bireyler arasında mortalitenin düştüğüne dair sonuçları, herhangi bir şikayeti olmayan erişkinlerin yıllık sağlık muayenesinden geçmelerini popüler hale getirmiş ve sigorta şirketleri tarafından "check-up" kavramı ortaya çıkarılmıştır.

1925'te Amerikan Tıp Birliği, hasta olmayan 35 yaş üstü erişkinlerin yıllık düzenli sağlık muayenelerini destekleyen bir bildiriyi ilk kez yayınlamıştır. 1975'te P.S. Frame ve S.J. Carlson tarafından koruyucu hizmetlerin yararını bildiren ilk bilimsel değeri olan makale yayınlanana kadar da Amerika'da düzenli sağlık muayenelerine yönelik bir değişiklik olmamıştır. (32). Daha sonraları ise yıllık sağlık muayenelerinin yeterli olmadığı gözlenmiş, kimi hastalıkların bu muayeneler sırasında henüz tanı konacak olgunluğa erişmediği için kolaylıkla gözden kaçabildiği, ayrıca bu hastalıklar tanısal olgunluğa eriştiğindeyse zaten semptom verdiği için ek tarama ya da tetkik yapılmasına gerek kalmadığı gözlemlenmiştir.

1977'de Koruyucu Sağlık Hizmeti için Kanada Çalışma Grubu (CTFPHC) kurulmuş ve PSM önerileri geliştirilmeye başlanmıştır. 1979'da CTFPHC ilk raporlarını yayınlamış ve günümüze kadar 200'ün üzerinde hastalık ve durum için önerilerde bulunmuştur. 1981'de Amerikan Aile Hekimleri Akademisi (AAFP) bu tartışmaya yıllık rutin muayenelerle birlikte daha seçici koruyucu yaklaşımların yapılması önerisini getirerek katılmıştır. Bunu 1984'de kurulan Birleşik Devletler Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu (USPSTF) izlemiştir. (32)(33)(34)

CTFPHC, PSM önerileri sunabilmek için klinik-epidemiyolojik bir yaklaşım belirlemiştir. (33). Bu yaklaşım USPSTF tarafından da kabul edilip uygulanmıştır. (35). AAFP ise önerilerini CTFPHC ve USPSTF'nin çalışmalarını özetleyerek ve birinci basamak hekimlerinin kullanımına uygun olacak şekilde düzenleyerek yapmıştır (34).

Morbidite ve mortalitenin sık karşılaşılan sebepleri için tarama yöntemlerinin önemini vurgulayan kanıta dayalı kılavuzlar, modern sağlık hizmetlerinin temelidir. Bu kılavuzlarda bulunan öneriler dayandıkları kanıtın gücüne göre sınıflandırılmıştır. (32)(36) (Tablo 1).

Tablo 1 : Birleşik Devletler Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu önerilerinin anlamı (13)

Seviye	Öneri	Açıklama
A	Kuvvetle önerilen	Gelişmiş sonuçlar ve faydasının zararına göre daha fazla olduğunu gösteren güvenilir kanıt olanlar
B	Önerilen	Gelişmiş sonuçlar ve faydasının zararına göre daha fazla olduğunu gösteren en azından vasat kanıt olanlar
C	Önerilmeyen	Gelişmiş sonuçlar için en azından vasat kanıt fakat faydasının zararına göre daha fazla olup olmadığı net değil
D	Önerilmesine karşı	Etkisizliği ya da zararının faydasından daha fazla olduğunu gösteren vasat kanıt olanlar
I	Önerilmeyen	Eksik, zayıf ya da çelişkili kanıt ve göreceli fayda ve zarar tahmin edilemez

2.2.1.Yetişkinler İçin Periyodik Sağlık Muayenesi Önerileri

Hipertansiyon

Hipertansiyon; erken ölüm, kalp krizi, böbrek yetmezliği, inme gibi

durumlara neden olan ve yaygın görülen bir hastalıktır. Bu yüzden USPSTF 18 yaş üzeri erişkinlerde yüksek tansiyon açısından tarama önermektedir (Öneri A). USPSTF erişkinlerde yüksek tansiyon tedavisinin kardiyovasküler olayların sıklığını büyük oranda azalttığına yönelik iyi kanıtlar bulmuştur (37)(38).
Türkiye'de yaklaşık 3 erişkinden birinin hipertansiyonu vardır. 18 yaşından büyük erkek ve kadınlarda hipertansiyon tanısının erken tesbit edilmesi ve kardiyovasküler hastalıkların önlenmesine yönelik olarak yılda en az 1 (bir) kez kan basıncı ölçümü hayati değere sahiptir. Bu uygulama USPSTF tarafından da kuvvetle önerilir. (Öneri A) (39)

Hiperlipidemi

Ülkemizde 3 kişiden birinin kan yağları normalin üzerindedir. (40) Türkiye'de birincil koruma yetersizdir. LDL düzeyinde 18 mg/dL düşürüm 5 yıllık major kardiyovasküler riski %5 azaltır. (41) 35 yaşından büyük bireylerde hiperlipidemi, kardiyovasküler hastalık, diabetes mellitus ve komplikasyonlarının erken teşhisi ve yan etkilerinin önlenmesi amacıyla 5 (beş) yılda bir serum lipid profile taraması yapılması önemlidir. (Öneri A) (39)

Diabetes Mellitus

2000 yılında her yaş grubu için %2,8 olan diyabet prevalansının 2030 yılında %4,4'e ulaşacağı öngörülmektedir. (42). Ülkemizde; Satman ve arkadaşlarının yaptığı Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması (TURDEP II) sonuçlarına göre diabetes mellitus prevalansı %7,5 olarak bildirilmiştir. (43) Amerikan Diyabet Birliği, 45 yaşından itibaren tüm erişkinlerin, aile öyküsü veya aşırı kilo gibi risk faktörleri olan bireylerin ise daha erken yaşlardan taramaya başlanmasını önermektedir. Ayrıca uzman görüşlerine dayanarak, 3 yıllık periyodlarla tarama önerilmektedir. (44)(39) (Öneri B)

Obezite

Obezite gerek erkekte, gerekse kadında koroner arter hastalığı için bağımsız bir risk faktörüdür (45). TURDEP 2 Çalışma verilerine göre, Türkiye nüfusu giderek şişmanlamaktadır. Günümüzde nüfusun %70'inin VKİ > 25 kg/ m²'den fazladır.

$$\textit{Vücut Kitle İndeksi} = \textit{Vücut ağırlığı (kg)} / \textit{Boy}^2\ (\textit{m}^2)$$

Aile Hekimlerinin tüm hastalarında obezite izlemi yapmaları önerilmektedir. (46) USPSTF tüm erişkinlerde obezite taraması olarak VKİhesaplanmasını (Tablo 2) önermektedir ve obez hastalara kilo vermek için yardımcı müdahaleler sunmaktadır (Öneri B) (39). CTFPHC önerileri de USPSTF önerileri ile uyuşmaktadır (33).

***Tablo 2 : Yetişkinlerde VKİ'ne göre zayıflık, fazla kiloluluk ve obezitenin sınıflandırılması* (47)**

Sınıflandırma	**VKİ (kg/m2)**
Zayıf (düşük ağırlıklı	**<18.50**
Aşırı düzeyde zayıflık	<16.00
Orta düzeyde zayıflık	16.00 - 16.99
Hafif düzeyde zayıflık	17.00 - 18.49
Normal	**18.50 - 24.99**
Toplu, hafif şişman, fazla kilolu	**≥ 25.00**
Şişmanlık öncesi (Pre-obez)	25.00 - 29.99
Şişman (Obez)	**≥ 30.00**
Şişman I. Derece	30.00 - 34-99
Şişman II. Derece	35.00 - 39.99
Şişman III. Derece	≥ 40.00

Alkolün Kötüye Kullanımı

Alkol kötüye kullanımı, kişiyi gelecekte problemlerle karşılaşma riskine maruz bırakan "riskli/tehlikeli" ve "zararlı" içmeyi içerir.

Kadınlarda haftada 7'den fazla standart içki veya her seferinde 3'den fazla standart içki ve erkeklerde haftada 14'ten fazla standart içki veya her seferinde 4'ten fazla standart içki içilmesi olarak tanımlanmıştır. Standart içki; bir küçük kutu bira veya iki bardak şarap, bir kadeh rakı veya viskidir. Farklı ülkelerde tipik içki büyüklüklerine göre farklı standart içki tanımı kullanılmaktadır; örneğin, bir standart içki Kanada'da 13.6 gr., Amerika Birleşik Devletleri'nde 14 gr., İngiltere'de 8 gr., Avustralya'da 10 gr., Japonya'da 19.75 gr. etanoldür. Ülkemizde bir standart içki 12-14 gr. etanoldür. "Zararlı içme" güncel olarak alkol kullanımından fiziksel, sosyal veya psikolojik zarar gören ancak bağımlılık kriterlerini karşılamayan kişileri tarif eder.(48)

18 yaş ve üzeri bireylerde alkol kullanım durumu Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (AUDIT) formu ile sorgulanmalıdır.(48) AUDIT zararlı alkol tüketimi ve alkol bağımlılığı olan kişileri tanımlamak üzere Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 'World Health Organization Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption'25 projesi kapsamında geliştirilmiştir. Riskli alkol kullanan kişileri tanıyabilmesi AUDIT'in bir avantajıdır, uzmanlık dışı ortamlarda erken müdahale olanağı yaratmaktadır. On sorudan ilk üçü alkol kullanımının miktar ve sıklığını, sonraki üç soru olası bağımlılık belirtilerini sorgular. Son dört soru alkol kullanımı ile ilişkili o andaki ve yaşam boyu sorunlarla ilgilidir. (49) Alkol bağımlılığına yönelik girişimlerin yararı iyi şekilde gösterilmiştir. (50) Bağımlılık tanı kriterlerine uyan bireylere sevk veya uzman tedavisi önerilmektedir.(Öneri B)(39)

Tütün Bağımlılığı

DSÖ sigara içimine dair aşağıdaki tanımlamaları yapmıştır:

A. *Sigara içen*

1. Her gün düzenli içen (regular daily smoker): Son 30 gün içinde her gün en az bir adet sigara içen kişiler.

2. Her günden daha seyrek içen (less than daily smoker):
Sigara içen ama son 30 günde her günden daha seyrek içen kişiler.

3. Ara sıra içen (occasional smoker): Ara sıra sigara içen kişiler.

B. *Sigara içmeyen*

1. Yaşam boyu hiç sigara içmeyen (life-long non smoker/ never smoker):
Yaşamı boyunca hiç sigara içmemiş kişiler

2. Sigarayı bırakmış olan (ex-smoker): Önceden sigara içmiş olup halen içmeyen kişiler.

Bu tanımlamalar dışında DSÖ sigara içen ve içmeyen kişilerin ayırımı için daha net bir tanımlama getirmektedir. Buna göre yaşamı boyunca toplam 100 adet sigara içmiş olan kişi yaşamı boyunca sigara içicisi (life time smoker) olarak kabul edilmektedir.(51)

Sigara senede yaklaşık 6 milyon kişinin ölümüne sebep olmaktadır. Sigara içmeyen 600 bin kişi sigara dumanı maruziyetinden dolayı hayatlarını kaybetmektedir. Ölümlerin sebebi kanser, astım, kalp hastalıkları ve diğer hastalıklardır. Sigara kullanımı dünyadaki ölümler arasında 6.numara risk faktörüdür.(52)
Hekimler tüm yetişkinlerin tütün kullanım durumlarını sorgulamalı ve tütün ürünlerini kullananlara bırakmalarını tavsiye etmelidirler. USPSTF hekimlerin tütün kullanımı için tüm erişkinleri taramasını ve tütün kullanıcısı olanlara tütünü bırakma yöntemleri sunmasını güçlü bir şekilde önermektedir. (Öneri A) (39). CTFPHC ve AAFP de benzer önerilerde bulunmaktadır (33)(34).

Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan Korunma

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH); kişiden kişiye cinsel temas ile geçen enfeksiyonlardır. Etken, kan, semen, diğer vücut sıvıları veya enfeksiyonlu vücut alanı ile direkt temas sonucunda bulaşmaktadır. Yirmiden çok CYBH ajanı bulunmaktadır. Klamidya, Trikomonas, Human Papilloma Virüs (HPV) enfeksiyonu, Sifiliz, Gonore, Kandida, Herpes, Hepatit B, C ve AIDS bu hastalıklardan bazılarıdır. Bilinen bir hayvan rezervuarı yoktur. Bu nedenle asemptomatik taşıyıcı kişiler en önemli kaynaktır. (53)

CYBH en çok 15-49 yaş grubunda görülmektedir. Sık görülmeleri, zor tanı koyulması ve tedavi edilmedikleri zaman ciddi komplikasyonlara yol açmaları sebebiyle insan sağlığı açısından çok önemli bir yere sahiptirler.

USPSTF, hekimlerin cinsel yönden aktif olan hastalarında riskli davranışları sorgulamasını ve koruyucu önlemler tavsiye etmesini önermektedir. (Öneri B) (39)

Sağlıklı Beslenme

USPSTF, CTFPHC ve AAFP birinci basamak tesislerinde seçilmemiş hastalarda sağlıklı diyete teşvik etmek için rutin davranışsal danışmanlık hizmetleri önermek ya da karşı tavsiyede bulunmak için kanıtların yetersiz olduğunu belirtmektedir (Öneri I). (39)

Hiperlipidemi, kardiyovasküler ve diyetle ilişkili kronik hastalıklar için bilinen diğer risk faktörleri olan erişkin hastalara USPSTF yoğun davranışsal diyet danışmanlığı önerir. Yoğun danışmanlık birincil basamak hekimlerince yapılabilir veya beslenme uzmanı veya diyetisyen gibi diğer uzmanlara teslim edilebilir. (Öneri B) (33)(34)(39)

Fizik Aktivite

Düzenli fiziksel aktivite kalp-damar hastalığı, hipertansiyon, tip 2 diyabet, obezite ve osteoporozu önlemeye yardımcı olur. Ayrıca morbiditeyi azaltabilir ve

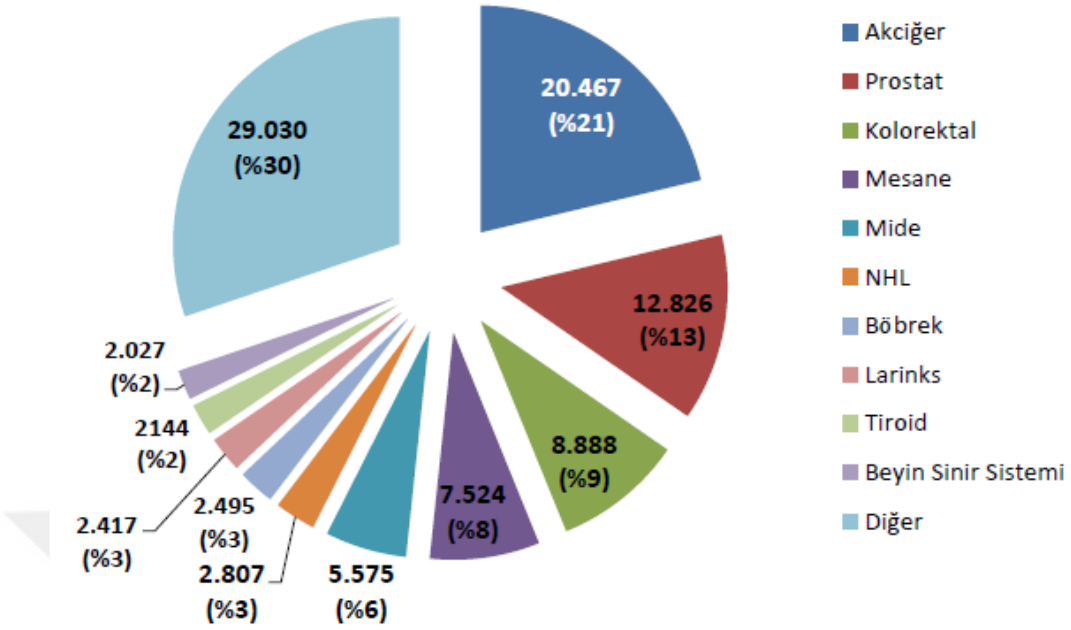
yaşam süresini uzatabilir (36). Fiziksel aktivitenin yararları açık olmasına rağmen, hekim tavsiyelerinin uzun dönemde hastaların aktivite seviyelerinde artışla sonuçlandığını gösteren az kanıt mevcuttur (32). Bu nedenle USPSTF ve AAFP hastaların egzersizine yönelik veya karşıt biçimde tavsiye için öneride bulunmamaktadır (Öneri I) (34)(39). Kanada Fiziksel Aktivite Rehberi ise 18-65 ve 65 yaş üstü olarak iki ayrı yaş grubuna farklı güç ve miktarlarda haftalık düzenli egzersiz yapmasını önermektedir. (54)

2.2.2. Kanser Taramaları

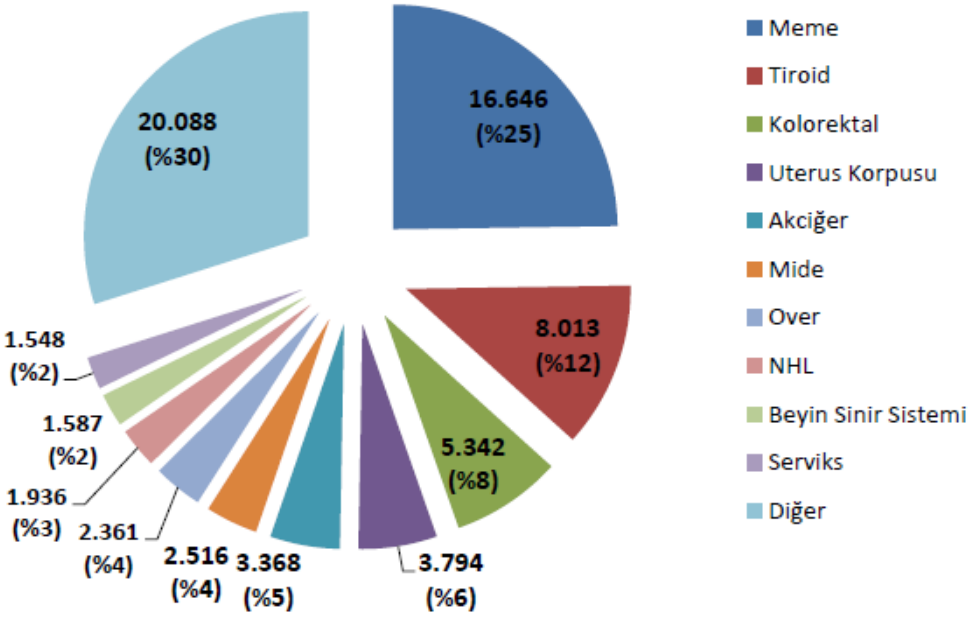
Kanser, dünya genelinde giderek artan bir sağlık problemidir ve toplumlarda önemli bir sosyoekonomik yüke, bireylerde de maddi ve manevi kayıp ve zorluklara yol açmaktadır. Yeni yayımlanan dünya kanser istatistiklerine göre; ölüm nedenleri arasında kanser ilk sırada yer almaktadır. Dünya'da toplam 14,1 milyon yeni kanser vakası gelişmiş ve 8,2 milyon kansere bağlı ölüm olmuştur. Kanserde benzer seyir devam ettiği takdirde 2030 yılına gelindiğinde yıllık 22 milyon yeni vaka ortaya çıkması, yani 2008 verilerine göre yeni vakalarda %75 artış olması beklenmektedir. Önümüzdeki yıllarda gelişecek olan kanser olgularının önemli bir kısmının az gelişmiş ülkelerde ortaya çıkması beklenmektedir. (55)

Ülkemizde sebebi bilinen ölümler sıralamasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra en sık görülen ikinci ölüm sebebi olması açısından kanserler önemli bir toplum sağlığı problemidir.(56)

Çağımızın hastalığı olarak nitelendirilen ve global bir sorun olan kanser ile mücadele de, Birleşmiş Milletler 2011 yılında tüm dünya ülkelerine kendi ulusal kanser kontrol programlarını hazırlamaları ve uygulamaya geçmeleri hususunda çağrıda bulunmuştur. (57)



Grafik 1. Ülkemizde erkeklerde en sık görülen kanserlerin dağılımı – 2014 (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı)



Grafik 2. Ülkemizde kadınlarda en sık görülen kanserlerin dağılımı – 2014 (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı)

DSÖ'nün önerisi ile birlikte ülkemizde de ilk sıralarda yer alan meme, rahim ağzı (serviks), bağırsak (kolorektal) kanserleri için toplum tabanlı tarama programları yürütülmektedir.

Meme Kanseri (Kadın)

20 yaş üstü kadınlarda meme kanseri farkındalığını artırmak ve meme kanserinin erken tanısı amacıyla kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi verilmesi ve ayda bir kez uygulamasının önerilmesi, 20-40 yaş arası kadınlarda kendi kendine meme muayenesinin yanı sıra birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü bulunan kadınlarda yılda bir, bulunmayanlarda ise iki yılda bir hekim tarafından rutin klinik muayenenin yapılması, 40-69 yaş arası bütün kadınlarda yılda bir hekim tarafından rutin klinik muayene yapılması ve iki yılda bir dijital/konvansiyonel mammografi yapılmasını ülkemizde Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi (KETEM) önermektedir. (58)

USPSTF'ye göre 40-49 yaş arası kadınlarda 2 yılda bir mammografi taraması, öneri C, 50-74 yaş arası kadınlarda öneri B değerindedir. 75 yaş üstü kadınlar için mammografinin yarar-zarar oranına dair yeterli kanıt yoktur. Öneri I (39)

Serviks Kanseri (Kadın)

Serviks kanseri ülkemizde kadınlarda en sık görülen 10 kanserden birisidir. Sıklığı 40'lı yaşlardan itibaren artar. (59)

Erken tanı ile kanserlerin %75'i önlenebilir (60) Rahim ağzı (serviks) kanserlerinin çoğu daha önce hiç taranmamış veya son 5 yılda taranmamış kadınlarda görülmektedir. (39)

30-65 yaş arası kadınlarda serviks kanseri ve prekanseröz lezyonları önleme ve erken tanı amaçlı her beş yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear testi) veya

Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yapılmalıdır.(öneri: KETEM) (61) USPSTF de benzer öneriyi sunmaktadır. (Öneri A) (39)

Kolorektal Kanser (Kadın ve Erkek)

Kanserler arasında ise kolorektal kanserler en sık görülen kanserlerden birisidir ve sıklığı 40'lı yaşlardan itibaren ivmelenerek artar.(60)

Kolorektal kanserlerin evresi ilerledikçe sağkalım oranları dramatik olarak azalırken, tarama programları ile erken evrede yakalanma oranları belirgin olarak artar.(62)

50-70 yaş grubundaki yetişkinlerin tamamında kolorektal kanserin erken tanısı amacıyla monoklonal antikorlar kullanılarak yılda bir gaitada gizli kan testi yapılması ve her on yılda bir gaitada gizli kan testinin yanısırakolonoskopi yapılması için yönlendirilmelidir. (63) USPSTF de ek risk faktörü olmayan tüm bireylere, 50 yaşından başlanarak kolorektal kanser taraması yapılmasını önermektedir. (Öneri A) (39)

2.2.3.Geriatrik Dönem

Abdominal Aort Anevrizması

Abdominal Aort Anevrizması (AAA) aortun yaşa ve cinsiyete göre beklenen çapın 1.5 katından fazla, kalıcı ve patolojik olarak dilate olmasıdır. Bu durum çoğu insanda 3 cm civarında gerçekleşir ve anevrizmaların %90'ı renal arterlerin altında görülür.(64)

65-79 yaş arası erkeklerde sıklığı %5-10 arasında bulunmuştur. Rüptür gerçekleştiğinde hastaneye ulaşabilenlerde mortalite %80, acil cerrahi müdahale sonrası ise %50 olarak belirlenmiştir. (39)

Sigara kullanmış (şimdi veya geçmişte) 65-75 yaş arası erkeklerde AAA yönünden tarama ve büyük AAA'ların (5.5 cm veya daha büyük) cerrahi onarımının AAA'ya spesifik mortalitede azalma sağladığına dair güçlü kanıtlar mevcuttur. USPSFT'ye göre, 65 ile 75 yaş aralığında olup , hayatının herhangi bir döneminde sigara içicisi olmuş tüm erkeklerde 1 kez abdominal USG ile tarama yapılmalıdır. (Öneri B) (39)

Osteoporoz

Osteoporoz, kemik gücünde azalma ile karakterize, kırık riskinin arttığı metabolik bir kemik hastalığıdır. Türkiye'de 50 yaş üstündekilerin dörtte birinde osteopeni, dörtte birinde ise osteoporoz saptanmıştır.(65)

65 yaş ve üzeri kadınların osteoporoz yönünden taranması tavsiyesi tüm ırk ve etnik grupları kapsar çünkü tarama testlerinin zararları azdır, kemik mineral yoğunluğu (BMD) düşük kadınlara tanı koymamanın ve tedavi uygulamamanın sonuçları önemli boyuttadır ve beyaz olmayan kadınları taramak için uygun alternatif yaş bilinmemektedir.(39)

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği'ne (TEMD) göre; 65 yaş üstü bütün kadınlara ve 70 yaş üstü bütün erkeklere 1-2 yılda bir kemik mineral yoğunluğu ölçümü yapılmalıdır.

Kalsiyum ve D vitamini Desteği

USPSFT , post menapozal kadınlarda günlük en az 400 IU Vitamin D ve en az 1,000 mg kalsiyum alımını Öneri D olarak nitelendirse de, TEMD 2016 kılavuzuna göre osteoporozlu tüm post menapozal kadınlar 1500-2000 IU/ gün vitamin D ve 1200 mg/gün kalsiyum almalıdır. (39)(66)

İşitme Keskinliği

Yaşlanmaya bağlı işitme kaybı (presbyacusis) ilerleyici yüksek frekanslı işitme kaybıdır ve geriatrik yaş grubunda en sık karşılaşılan işitme azlığı nedenidir. Geriatrik yaş grubunda görme bozukluklarının %70'in üzerinde, işitme bozukluklarının ise %14-46 sıklık aralığında görüldüğü bildirilmektedir.

İşitme kaybının saptanması ve yardımcı işitme cihazlarının kişiye önerilmesi, bireyin sosyal izolasyon ve depresyondan korunması açısından önemlidir.
65 yaş ve üzeri bireylerde işitme kaybının erken tanısı amaçlı yılda bir işitme kaybının aile hekimi tarafından sorgulanması tavsiye edilmekle beraber, bu sorgulama ile elde edilecek faydaya ilişkin elimizde güçlü kanıtlar bulunmamaktadır. İşitme kaybına yönelik, hastanın otoskopik bakısı yapıldıktan sonra 'fısıltı testi'ni uygulamakta yarar vardır. Fısıltı testi kolaylıkla cevaplandırılabilecek bir sorunun hastanın hekimin yüzünü görmeyeceği bir pozisyonda fısıldayarak sorulması ile yapılır. Fısıltı testi her iki kulak için de yapılmalı ve değişimleri gözden kaçırmamak için düzenli aralıklarla izlenmelidir. (67)

Görme Keskinliği

Yaşlılarda görme keskinliği sık görülen ve düşmelere, araba kazalarına yol açan ciddi bir sağlık sorunudur. Ancak yaşlı bireyler tarafından genellikle sorun olarak bildirilmez.

Görme keskinliği değerlendirilirken bir çok hastanın bir gözde tam görme kaybı olmasına karşın diğer gözün iyi görmesi sebebi ile görme kaybından şikayetçi olmayabileceği akılda tutulmalıdır. Bu nedenle iki gözün ayrı ayrı görme keskinliği açısından muayene edilmesi büyük öneme sahiptir. (68)

Düşme

Düşme; aniden gelişen, istenmeden olan, kişinin dengesini kaybettiği, kaydığı, takıldığı veya sendelediği herhangi bir durumda gelişen, bilinç kaybı eşlik eden ya da etmeyen, dışarıdan herhangi bir güç uygulanmasına maruz kalmadan

oluşan, herhangi bir sağlık sorununa yol açma potansiyeli olan ve kişinin kendini yerde veya zeminde bulmasına yol açan pozisyon değişikliği olarak tanımlanır. (69)

65 üstü bireylerin %30-40 yılda en az bir kere düşmektedir. (70) Yaşlılarda düşmelerin çoğunluğu kalça kırığına neden olmaktadır ve düşmelere bağlı kalça kırığı oluşan yaşlıların yaklaşık dörtte biri altı ay içinde ölmekte ve yaşam beklentileri %10-15 azalmaktadır. Neredeyse 2 yaşlıdan biri senede en az bir kere düşmektedir. Düşmeler 65 yaş üstü nüfusu etkileyen en önemli kaza nedenidir ve ölümlere neden olmaktadır.

Düşmeler önlenebilir. Güncel kılavuzlar ve USPSFT düşme açısından riskli bireylerin belirlenmesi ve müdahale edilmesini önermektedir. (Öneri B)(39)

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 Planlanan Araştırmanın Türü, Kapsamı ve Tasarımı

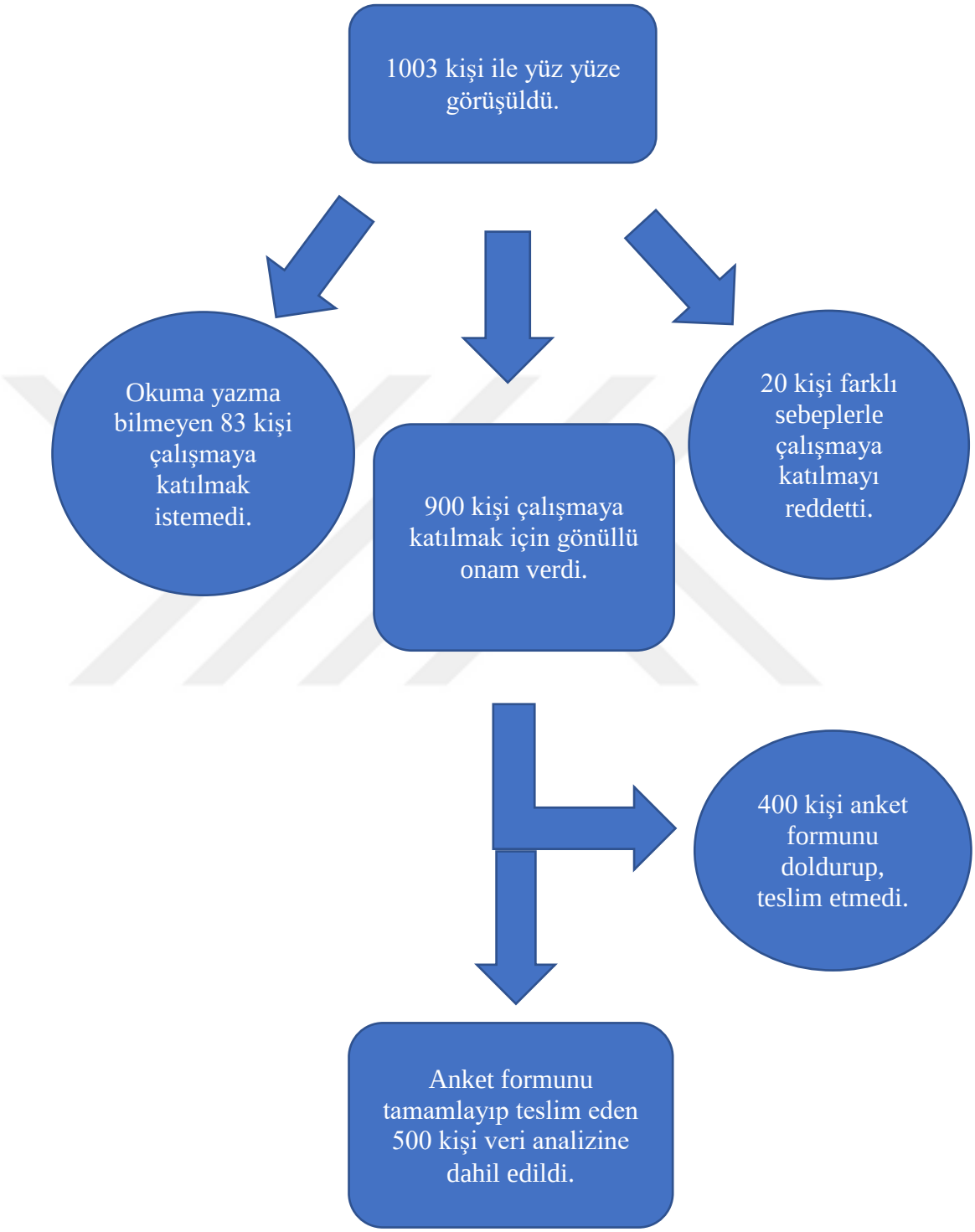
Araştırmanın tipi: Tanımlayıcı araştırma

Araştırma Evreni: Araştırma evrenini araştırmanın yapıldığı tarihlerde Pendik EASM'ye herhangi bir sebeple başvuran 18 yaş üstü erişkin nüfus oluşturmaktadır. Pendik EASM Temmuz 2016 tarihinde kurulmuştur. Pendik EASM, bir merkezde; 3 aile sağlığı birimi (ASB) olarak kurulmuş ve 3 aile hekimliği uzmanlığı (AHU) asistanı, 3 aile sağlığı elemanı (ASE) ve 1 sekreterle hizmet vermesi planlanmıştır. Ancak Pendik EASM'de 3 aile hekimliği uzmanlığı asistanı ile birlikte, S.B.Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden ASE olarak görevlendirilen sadece 1 hemşire ile hizmet verilmeye başlanmıştır. Çalışma planlanırken her bir ASB'nin nüfusunun çalışma sürecinde 2500 kayıta ulaşacağı varsayılmıştır. Pendik EASM 6 ay gibi uzun bir süre sadece 3 AHU ve 1 ASE ile personel yönünden eksik olarak hizmet vermiştir. Hemşire, personel ve diğer eksiklikler nedeniyle verilmek istenen hizmetler verilememiş ve kayıtlı nüfus sayısı çalışma sürecinde tahmin edilenden düşük olmuştur.

Araştırmanın örneklem büyüklüğü: Araştırmada örneklem seçilmemiş olup, araştırma sürecinde halen Pendik EASM'ye kayıtlar devam ediyordu. İki ay boyunca her hafta, haftanın üç günü, tüm gün boyunca EASM'ye muayene veya kayıt olmak için gelen erişkin nüfusa ulaşılarak, onayı olanlar çalışmaya dahil edildi.

Katılımcılar: Araştırma süresince 1003 kişi ile yüz yüze görüşüldü. Bunların 83'ü okuma yazması olmadığı için çalışmaya katılmak istemediğini belirtti. Okuma yazması olan 20 kişi ise belirtmek istemediği farklı sebeplerle çalışmaya katılmak istemedi. Kalan 900 kişi çalışmaya katılmak için gönüllü onam verdi. Bunlardan 400 kişi çalışma formunu evde doldurmayı tercih ettiğini ve daha sonra getirip konuşmak istediğini belirtti. Fakat anketi doldurup,

getirmedi. Anket formunu tamamlayıp teslim eden 500 kişi (yanıt oranı:%55) veri analizine dahil edildi. (Şekil 2)



Şekil 2: Katılımcıların Seçimi

3.2 Verilerin Analizi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 23.0 (Statistical Package for Social Sciences) bilgisayar paket programı kullanılmıştır. Analizde öncelikle tanımlayıcı istatistikler (yüzde, ortalama, standart sapma vb.) yapılmış, kesikli, kategorik verilerin karşılaştırmasında Ki-kare veya Fisher, sürekli değişkenlerin karşılaştırmasında yerine göre t-testi veya Mann Withney U testleri kullanılmıştır. Sonuçlar Ortalama ±SD olarak verilmiştir. Verilerin analiz sonucunda $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir

3.3 Çalışma Süresi, Başlangıç ve Bitiş Tarihleri

Çalışma verileri 2017 yılı Şubat ayı itibariyle toplanmaya başlandı ve veri toplama süreci 2 ay sürdü.

Literatür taraması : Ağustos 2016
Etik kurul onayı : Eylül 2016
Veri toplama : Şubat-Mart 2017
Spss veri girişi : Nisan 2017
Tez yazımı : Nisan-Mayıs 2017

Araştırmaya Dahil Olma ve Araştırmaya Almama Kriterleri

Çalışmaya alınma kriterleri:

- 18 yaşını doldurmuş olmak.
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek.

Çalışmaya alınmama kriterleri:

- 18 yaşından küçük olmak

- Gebe olmak

- Çalışmaya katılmayı reddetmek

- Anket sorularını yanıtlayamayacak derecede kognitif işlev bozukluğu

3.4 Etik Kurul Onayı ve Araştırma Süresi

Çalışmamız Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'nun 07.10.2016 tarih ve 09.2016.500 protokol kodu ile İstanbul Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün 21.03.2017 tarih ve 64222187/060.99 sayılı izni ve 67350377/663.08 sayılı izniyle yürütülmüştür

4. BULGULAR

4.1.Tanımlayıcı Veriler

4.1.1 Sosyo-demografik Özellikler

Çalışmamıza katılan 500 kişiden, 284 (%56,8) kişi kadın, 216 (% 43,2) kişi ise erkektir. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 40,92 ± 14,03 (min:18 – max: 81) yıldır. Tüm katılımcıların sosyodemografik özellikleri **Tablo 3** ve **Tablo 4** ’te gösterilmiştir.

Katılımcıların %79,2’si evlidir, %95,8’i okuma yazma bilmektedir. Türkiye ortalamasına göre ailelerinin aylık gelir durumunu nasıl değerlendirdikleri sorusuna katılımcıların %43,2’si Türkiye ortalamasının altında, %53,2’si Türkiye ortalamasında, %3,6’sı ise Türkiye ortalamasının üzerinde olarak yanıt vermiştir. Katılımcıların arasında son on yıldır kentte yaşayanların oranı, %90,4’tür. Ailenizde sağlık personeli olarak çalışan var mı, sorusuna %7 oranında evet yanıtı verilmiştir.

Obezite katılımcılarımızın %27,6’sını etkilemektedir. Cinsiyete göre yaş ve obezite dağılımı **Tablo 5** ’te gösterilmiştir.

Tablo – 3 : Katılımcı Özellikleri 1

Özellik		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	284	56,8
	Erkek	216	43,2
Obezite	Obez (VKİ≥30)	138	27,6
	Obez Olmayan (VKİ<30)	362	72,4
Medeni Durum	Evli	396	79,2
	Evli Olmayan	104	20,8
Okuma Yazma	Var	479	95,8
	Yok	21	4,2
Çalışma Durumu	Çalışıyor	256	51,2
	Çalışmıyor	244	48,8
Ailenin Aylık Ortalama Geliri	Türkiye Ortalamasının Altında	216	43,2
	Türkiye Ortalamasında	266	53,2
	Türkiye Ortalamasının Üzerinde	18	3,6
Son On Yıl İçinde En Uzun Süre Yaşanılan Yer	Kent	452	90,4
	Köy	48	9,6
Birlikte Yaşanan Kişiler* (*Bu soruda birden fazla seçenek işaretlenmiştir.)	Yalnız/Eşi/Ev Arkadaşı	427	85,4
	Çocuk/Çocuklar	320	64
	Anne-Baba/ Kayınvalide-Kayınpeder	96	19,2
Ailede Sağlık Personeli Varlığı	Var	35	7
	Yok	465	93

Tablo – 4: Katılımcı Özellikleri 2

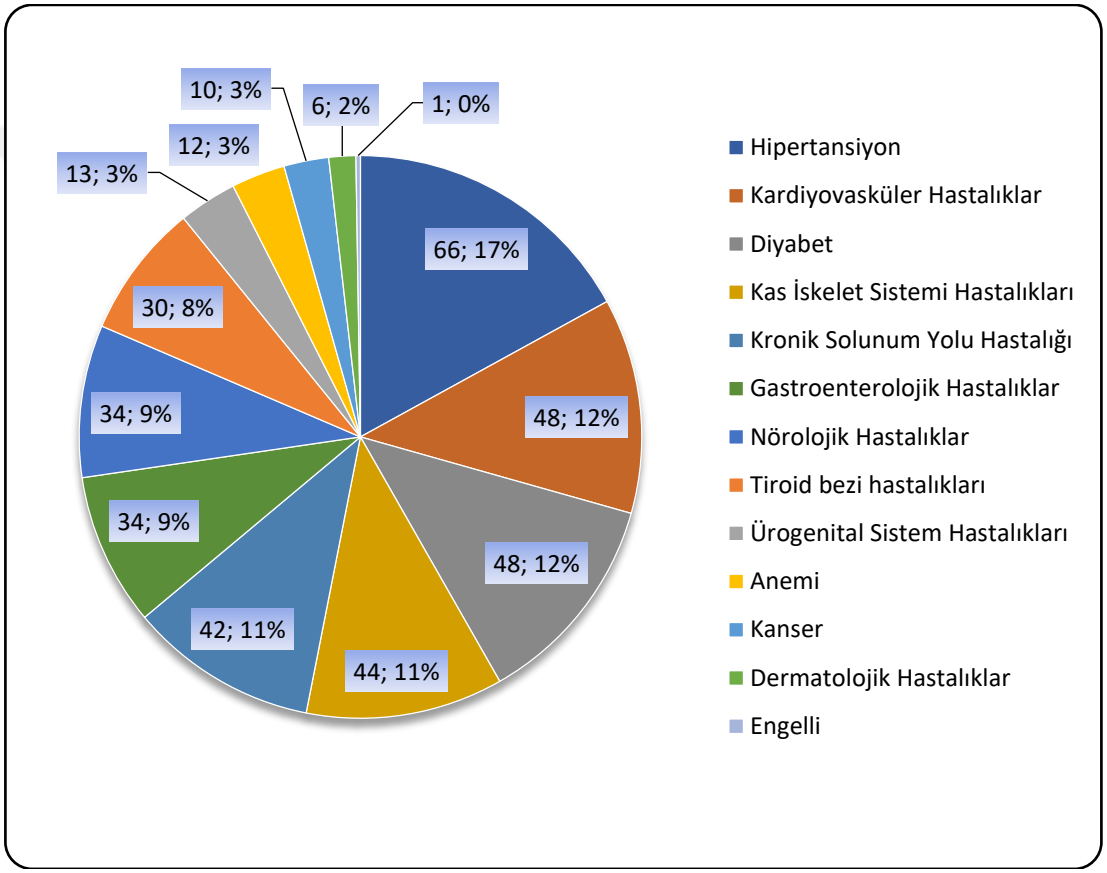
Özellik	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma	n
Yaş	18	81	40,92	± 14,03	500
Okula Gidilen Yıl	0	20	7,9	± 4,3	500
VKİ	15,1	54,1	27,4	± 5	500
Hatırladığı Son Tansiyon Değeri	70/48	191/126	123,7/78,7	± 17/ ± 10,4	496
Hatırladığı Son Kolesterol Değeri	85	270	182	± 51,43	40

Tablo - 5 : Cinsiyete Göre Yaş ve VKİ Dağılımı

		Yaş	Vücut Kitle İndeksi (VKİ) kg/m²
Kadın S=284	**Ortalama**	39,7	27,6
	Min	18	15,94
	Max	80	54,11
	Standart sapma	± 13,2	± 5,66
Erkek S=216	**Ortalama**	42,5	27,18
	Min	18	15,15
	Max	81	46,77
	Standart Sapma	± 14,89	± 4,2

4.1.2 Kronik Hastalıklar

Tüm katılımcıların en çok sahip olduğu kronik hastalık hipertansiyon olarak bulunmuştur. Diğer hastalıkların görülme oranları Grafik 3'te belirtilmiştir.



Grafik - 3: Kronik Hastalıkların Görülme Oranları

4.1.3 Sağlık Kurumu Başvurusu

Katılımcıların sağlık hizmetinden faydalanmak için nereye daha sık başvurduğunu gözlemek amacıyla yıllık ASM ve hastane başvuru sayılarını işaretlemeleri istendi. Tablo 6' ya göre, yıllık ASM başvurusunda yılda 1 kez cevabını %17,6 (n=88) kişinin, hastane başvurusunda ise yılda 4 ve 5 kez cevabını %22,8

(n=114) kişinin işaretlediği gözlenmiştir. Yıllık ASM ziyaretini 10'un üzerinde olarak belirten %10,4 (n=52) kişi, hastane ziyaretini 10'un üzerinde olarak belirten %10,8 (n=54) kişi olarak bulunmuştur.

Tablo – 6: Yıllık ASM ve hastane başvuru sayısı

Bir Yıl İçinde Başvuru Sayısı	**ASM**		**Hastane**	
	n	%	n	%
1	88	17,6	51	10,2
2	65	13,0	62	12,4
3	68	13,6	75	15
4	45	9,0	57	11,4
5	61	12,2	57	11,4
6	37	7,4	39	7,8
7	22	4,4	35	7
8	21	4,2	20	4
9	8	1,6	9	1,8
10	33	6,6	41	8,2
>10	52	10,4	54	10,8
Toplam	500	100	500	100

4.1.4 Alışkanlıklar

Sigara: Sigara kullanımı ve danışmanlık ile ilgili katılımcı özellikleri **Tablo 7** 'de ortaya konmuştur. Tüm katılımcılar arasında sigara içme oranı %24,6 (n=123) olarak saptanmıştır. Sigara içenlerin %46,3 (n=57) 'ü günde 11 ila 20 adet arasında sigara içtiğini, %87,9 (n=109)'u sigara hakkında herhangi bir danışmanlık hizmeti almadığını belirtmiştir. Sigara içmekte olan ve kendisine danışmanlık hizmeti verildiğini ifade

edenlerden ancak % 11,1 (n=1) ‘i bu hizmeti aile hekiminden aldığını ifade etmiştir. Sigara içenlerin ortalama sigara kullanım süresi 19,3 ± 10,69 yıl olarak saptanmıştır

Tablo – 7: Sigara kullanımı ve danışmanlık alıp almamaya ilişkin özellikler

Sigara Alışkanlığı			**n**	**%**
Sigara Kullanımı	İçiyor		123	24,6
	İçmiyor		377	75,4
Günlük Kullanım Adedi	10 taneden az		46	37,4
	11-20 arası		57	46,3
	21-30 arası		14	11,4
	31 ve daha fazla		6	4,9
Danışmanlık	Verilmiş		9	7,3
	Verilmemiş		109	87,9
	Hatırlamıyor		6	4,8
Danışmanlık Veren	Aile Hekimi		1	11,1
	Diğer		8	89,9
Kullanım Süresi (Yıl)	0rtalama	SD	Minimum	Maksimum
	19,3	± 10,69	1	42

Alkol: Alkol kullanımı ile ilgili katılımcı özellikleri **Tablo 8**'de ortaya konmuştur. Çalışmamıza katılanların %9,4 (n=47) 'ü alkol kullandığını, alkol kullananların da %91,49 (n=43) 'ü kendilerine alkol konusunda danışmanlık verilmediğini, %8,51 (n=4) kişi ise danışmanlık verilip verilmediğini hatırlamadığını ifade etmiştir. Alkol kullanımına dair danışmanlık aldığını belirten katılımcı bulunmamaktadır.

Tablo – 8: Alkol kullanımı ve danışmanlık alıp almamaya ilişkin özellikler

		n	**%**
Alkol	**Tüketen**	47	9,4
	Tüketmeyen	453	90,6
Danışmanlık	**Verilmiş**	0	0
	Verilmemiş	43	91,49
	Hatırlamıyor	4	8,51

4.1.5 Genel Muayeneler

Tablo – 9: Genel muayeneler

Sorular - Cevaplar		n	%
Son 1 yıl içinde boyunuz ve kilonuz herhangi bir sağlık kuruluşunda ölçüldü mü?	Evet	146	29,2
	Hayır	354	70,8
Son 1 yıl içinde boyunuz ve kilonuz ölçüldü ise nerede ölçüldü?	ASM	57	39
	Diğer	89	61
Son 1 yıl içinde bir diş hekimine muayene oldunuz mu?	Evet	293	58,6
	Hayır	207	41,4
Son 1 yıl içinde kan basıncınız herhangi bir sağlık kuruluşunda ölçüldü mü?	Evet	293	58,6
	Hayır	207	41,4
Son 1 yıl içinde kan basıncınız ölçüldü ise nerede ölçüldü?	ASM	123	42
	Diğer	170	58
Son 1 yıl içinde diş hekimi muayenesi olmanız önerildi mi?	Evet	155	31
	Hayır	329	65,8
	Hatırlamıyorum	16	3,2
Diş hekimi muayenesi olmanızı kim önerdi?	Aile hekimim	25	16,1
	Diğer	130	89,9
Son 3 yıl içerisinde AKŞ ölçüldü mü? (VKİ ≥ 25 veya yaş > 45)	Evet	185	52,1
	Hayır	170	47,9
AKŞ ölçüldü ise nerede ölçüldü?	ASM	64	34,6
	Diğer	121	65,8
Son 5 yıl içerisinde kolesterol değerleriniz ölçüldü mü? **(Yaş >35)**	Evet	144	40,1
	Hayır	149	50,9
Son 5 yıl içerisinde kolesterol değerleriniz ölçüldü ise nerede ölçüldü?	ASM	42	29,2
	Diğer	102	70,8

Katılımcılarımız son bir yıl içerisinde diş hekimine muayene olmalarının önerilip önerilmediği hakkındaki soruya, %31 (n=155) olumlu yanıt vermişlerdir. Diş hekimi muayenesi olmaları önerilenler, bunu %16,1 (n=25) oranında aile hekimlerinin önerdiğini belirtmişlerdir. Tüm katılımcılar arasında son 1 yıl içinde diş hekimine muayene olma oranı % 58,6 (n=293) ‘dır.

4.1.6 Cinsel Sağlık

Katılımcılarımız cinsel yönden aktif misiniz sorusuna %81 (n=405) oranında “evet” yanıtını vermişlerdir.%19 (n=95) oranında katılımcı “hayır” seçeneğini işaretlemiştir.

Cinsel yönden aktif olduğunu belirten katılımcılardan %95,6 (n=387) ‘sı kendisini cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) açısından risk altında hissetmemekte olup, %77 (n=312) ‘si de kondom kullanmamaktadır. CYBH’dan korunmak için kondom kullanması önerilen kişi %20,5 (n=83) ‘tir, bu kişilerin de %38,6 (n=32) ‘sına aile hekimi tarafından kondom kullanması önerilmiştir.Cinsel yönden aktif olan katılımcıların yalnızca %6 ,9 (n=28) ‘una cinsel yaşamlarına yönelik (tek-çok partnerlilik, korunma yöntemi…vb) sorgulama yapılmıştır, bu sorgulamayı gerçekleştirenler de % 75 (n= 21) oranında aile hekimleridir. Cinsel yönden aktif olduğunu belirten 405 katılımcı arasında mutlu bir cinsel yaşam ile ilgili danışmanlık alan yalnızca 2 kişidir. Bu 2 kişi de aile hekimlerinden bu danışmanlığı aldığını belirtmiştir. Katılımcıların cinsel sağlıkla ilgili sorguladığımız tüm özellikleri **Tablo 10** ’da belirtilmiştir.

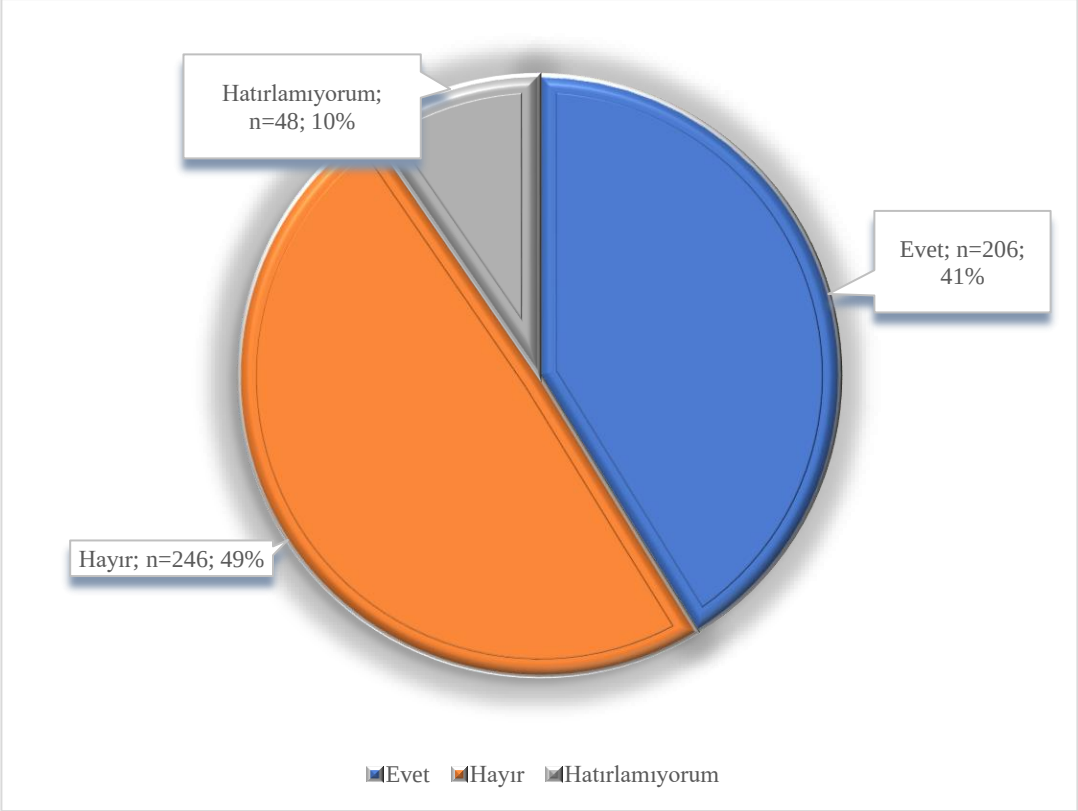
Tablo – 10: Cinsel sağlık özellikleri

Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı;	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	
risk altında hissediyor musunuz?	18 (4,4)	387 (95,6)	405 (100)	
korunmak için kondom kullanımı önerildi mi?	Evet n (%)	Hayır n (%)	Hatırla-mıyorum n (%)	Toplam n (%)
	83 (20,5)	289 (71,4)	33 (20,8)	405 (100)
kondom kullanımı kimin tarafından önerildi?	Aile hekimim n (%)	Diğer n (%)	Toplam n (%)	
	32 (38,6)	41 (61,4)	83 (100)	
korunmak için kondom kullanıyor musunuz?	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	
	93 (23)	312 (77)	405 (100)	
Cinsel yaşama yönelik (partner, korunma yöntemi..vb) sorgulama;	Evet n (%)	Hayır n (%)	Hatırla-mıyorum n (%)	Toplam n (%)
Yapılmış mı?	28 (6,9)	346 (85,4)	31 (7,7)	405 (100)
Yapan kişi	Aile hekimim n (%)	Diğer n (%)	Toplam n (%)	
	21 (75)	7 (25)	28 (100)	
Mutlu bir cinsel yaşam danışmanlığı;	Evet n (%)	Hayır n (%)	Hatırla-mıyorum n (%)	Toplam n (%)
Verilmiş mi?	2 (0,5)	389 (96)	14 (3,5)	405 (100)
Verilme yeri	Aile hekimim n	Diğer n	Toplam n	
	2	0	2	

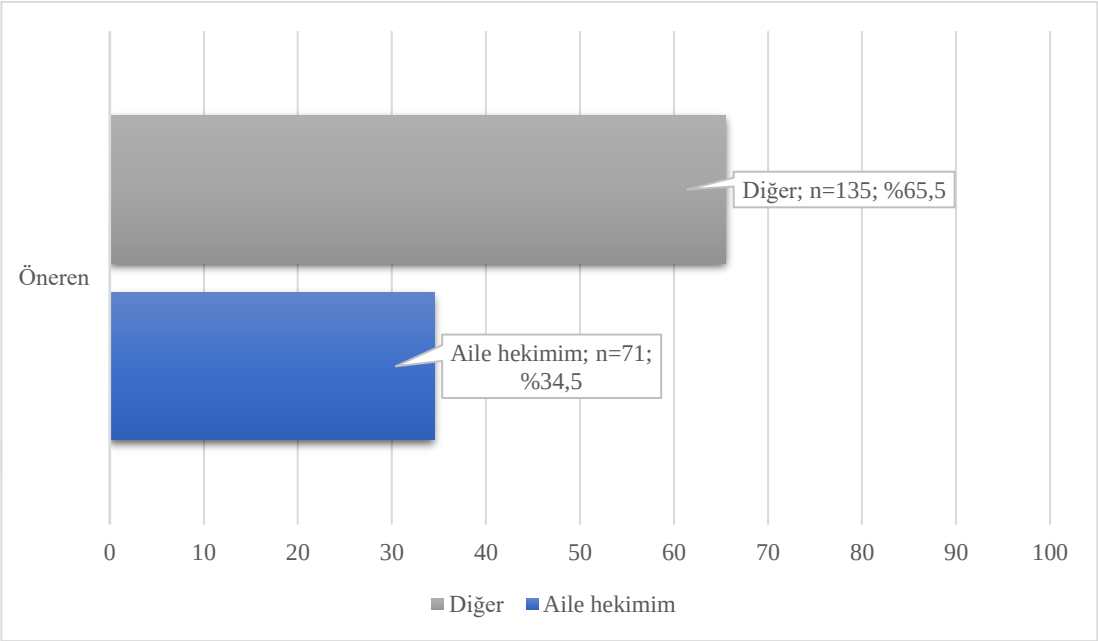
4.1.7 Bağışıklama

Tetanoz

Katılımcılar, son on yıl içinde tetanoz aşısı yaptırdınız mı, sorusuna %41 (n=206) oranında “evet” yanıtını vermişlerdir. **Grafik 4** Tetanoz aşısı yaptıranlara bu aşıyı kendilerine kimin önerdiği sorulduğunda %34,5 (n=71) oranında ”aile hekimim” yanıtını vermişlerdir. **Grafik 5**



Grafik - 4 : Son 10 yıl içinde tetanoz aşısı oldunuz mu?



Grafik – 5: Tetanoz aşısı yaptıranlara kimin aşı önerdiği

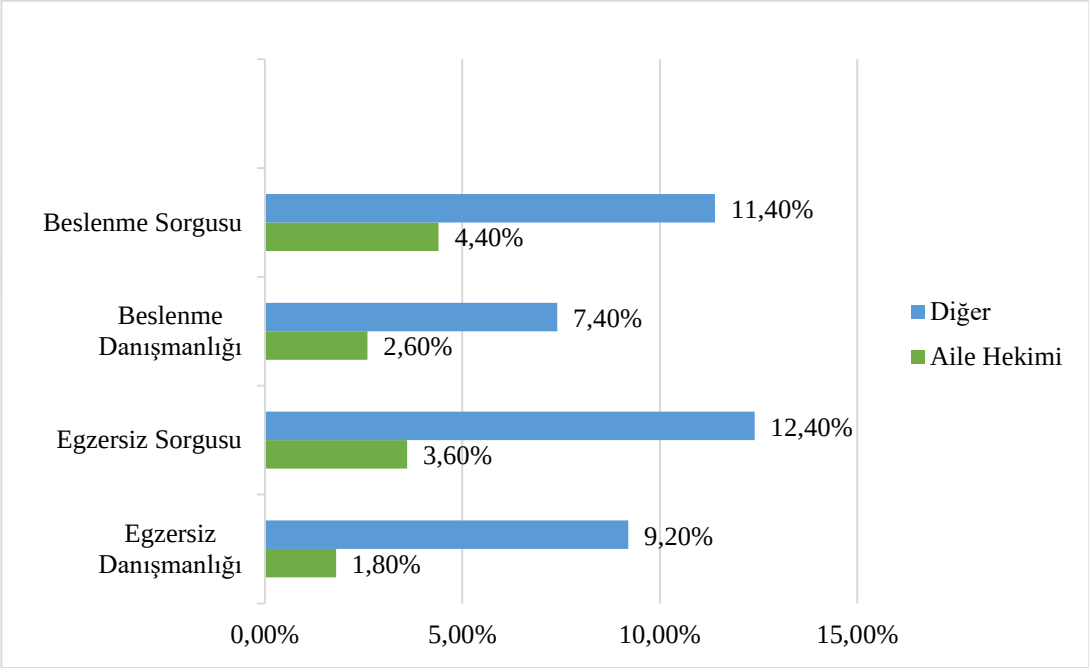
4.1.8 Beslenme ve Egzersiz

Tüm katılımcılarımıza, son bir yıl içinde beslenme alışkanlıklarının sorgulanıp sorgulanmadığı sorulduğunda, %79,2 (n=397) oranında "hayır", %15,8 (n=79) oranında evet, %5 (n=25) oranında "hatırlamıyorum" yanıtı alınmıştır. Beslenme ve egzersize dair sorduğumuz sorulara verdikleri cevaplara göre katılımcı özellikleri **Tablo 11** 'de belirtilmiştir.

Tablo - 11: Beslenme ve egzersizle ilgili sorulara verilen cevaplar

Sorular - Cevaplar		**n**	**%**
Son 1 yıl içinde beslenme alışkanlıklarınız sorgulandı mı?	Evet	79	15,8
	Hayır	396	79,2
	Hatırlamıyorum	25	5
Beslenme alışkanlıklarınız sorgulandı ise nerede sorgulandı?	ASM	22	27,8
	Diğer	57	72,2
Son 1 yıl içinde beslenme danışmanlığı aldınız mı?	Evet	50	10
	Hayır	445	89
	Hatırlamıyorum	5	1
Beslenme danışmanlığı aldıysanız nereden aldınız?	ASM	13	26
	Diğer	37	74
Son 1 yıl içinde egzersiz yapıp yapmadığınız sorgulandı mı?	Evet	80	16
	Hayır	408	81,6
	Hatırlamıyorum	12	2,4
Egzersiz durumunuz sorgulandı ise kimin tarafından?	Aile hekimim	18	22,5
	Diğer	62	77,5
Son 1 yıl içinde size egzersiz ile ilgili danışmanlık verildi mi?	Evet	55	11
	Hayır	437	87,4
	Hatırlamıyorum	8	1,6
Egzersiz ile ilgili danışmanlık verildiyse kimin tarafından?	Aile hekimim	9	16,4
	Diğer	46	83,6

Grafik 6 'ya göre tüm katılımcıların %2,6 (n=13) 'sının beslenme danışmanlığı ihtiyacı, % 1,8 (n=9) 'inin egzersiz danışmanlığı ihtiyacı aile hekimleri tarafından karşılanmıştır.



Grafik - 6: Beslenme ve egzersizde karşılanan ihtiyacın oranı ve kimin tarafından karşılandığı

Katılımcılardan ne kadar sağlıklı beslendiklerini düşündükleri 1'den 10'a kadar (1; çok sağlıksız, 10;çok sağlıklı) ve günlük yaşamlarının ne kadar hareketli olduğunu 1'de 10'a kadar (1;çok hareketsiz, 10;çok hareketli) numaralandırmaları istendi. Sonuçlar **Tablo 12**'dedir.

Tablo - 12: Katılımcıların sağlıklı beslenme ve günlük hareketlilik düzeyinde kendilerine verdikleri puanlar

Sorular	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma	n
Ne kadar sağlıklı beslendiğinizi düşünüyorsunuz?	1	10	5,8	± 2,2	500
Günlük yaşamınız ne kadar hareketli?	1	10	6,69	± 2,39	500

Katılımcılarımızın %52,2 (n=256) ‘si düzenli egzersiz yapar mısınız sorusuna “hayır” yanıtını vermişlerdir. Bu sorunun cevaplarına ait tüm oranlar **Tablo 13** ’tedir.

Tablo – 13: Katılımcıların düzenli egzersiz durumu

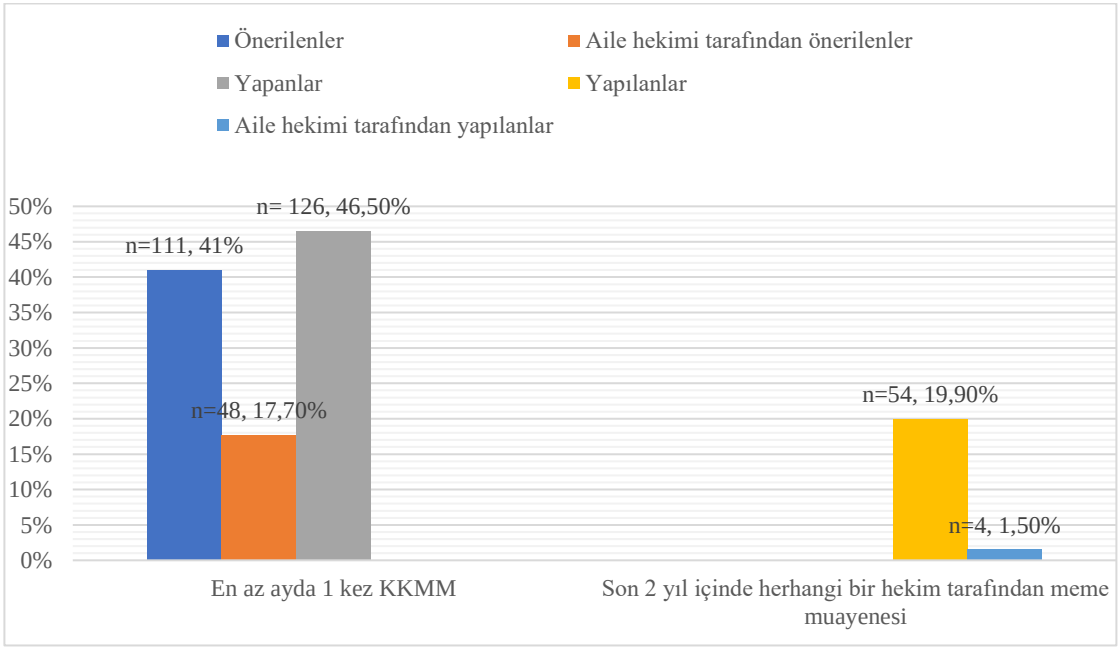
Düzenli egzersiz yapar mısınız?	**n**	**%**
Hayır	256	52,2
Haftada 1 kez	76	15,2
Haftada 2-3 kez	70	14
Haftada 3’ten fazla	54	10,8
Ayda 1 kez	22	4,4
Ayda 2-3 kez	17	3,4
Toplam	500	100

4.1.9 Kanser Taramaları

Meme Kanseri

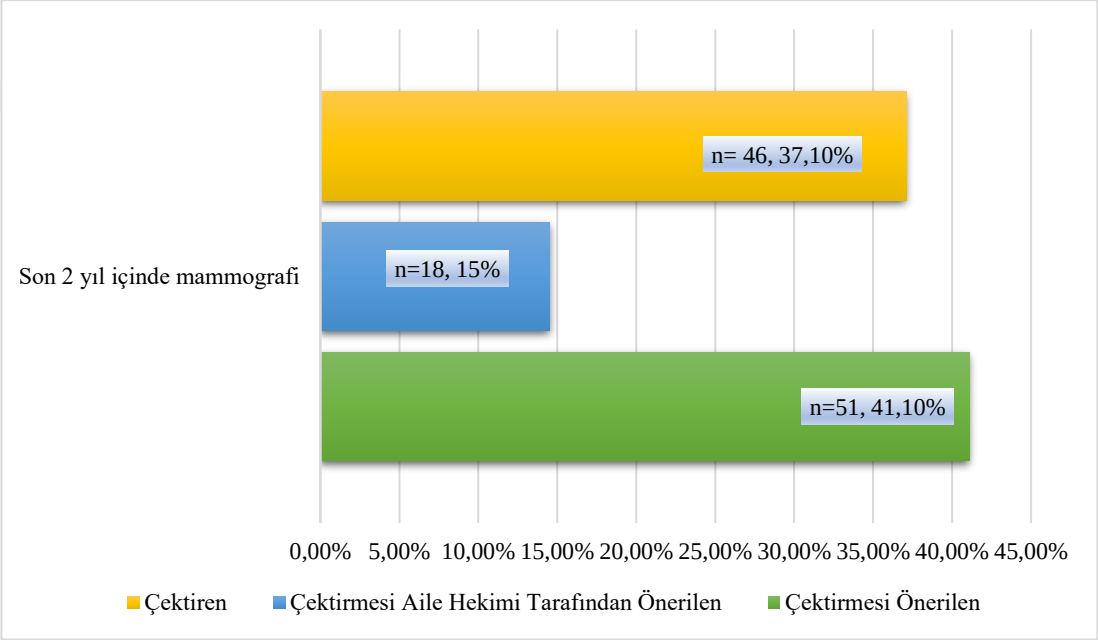
Katılımcılardan 20 yaş üstü olan kadınlar (n=271) , ayda en az 1 kez KKMM yapmanız önerildi mi, sorusuna %41 (n= 111) oranında "evet", % 54,6 (n= 148) oranında "hayır", % 4,4 (n=12) oranında "hatırlamıyorum" yanıtını vermiştir. **Grafik 7**'ye göre ayda en az 1 KKMM yapması önerilen (n=111) kadınlara bunu kimin önerdiği sorulduğunda ise, tüm 20 yaş üstü kadın katılımcıların yalnızca %17,7 (n=48) 'sine aile hekimlerinin bunu önerdiği sonucuna varılmıştır. 20 yaş üstü olan kadın katılımcıların %46,5 (n=126)'i ayda en az 1 kez KKMM yaptıklarını, % 53,5 (n=145) 'i ise yapmadıklarını belirtmiştir.

Son 2 yıl içinde bir hekim tarafından meme muayenesi yapılan 20 yaş üstü kadın katılımcıların oranı, %19,9 (n=54) 'dur. Aynı katılımcı grubunda bu muayenenin aile hekimleri tarafından yapılma oranı %1,5 (n=4) 'tur.



Grafik - 7: 20 yaş üstü kadınların kendi kendine ve hekim tarafından meme muayenesi

Katılımcılardan 40 yaş üstü kadınlar (n=124) arasında, son 2 yıl içinde mammografi çektirmesi önerilen kişi oranı %41,1 (n=51) olarak saptandı. Grafik 8'de belirtildiği gibi, 40 yaş üstü kadın katılımcıların yalnızca %14,5 (n=18) 'una son 2 yıl içinde mammografi çektirmesini aile hekimlerinin önerdiği belirlendi. Aynı katılımcı grubunun, %37.1 (n=46) 'i son 2 yıl içinde mammografi çektirdiğini belirtti.

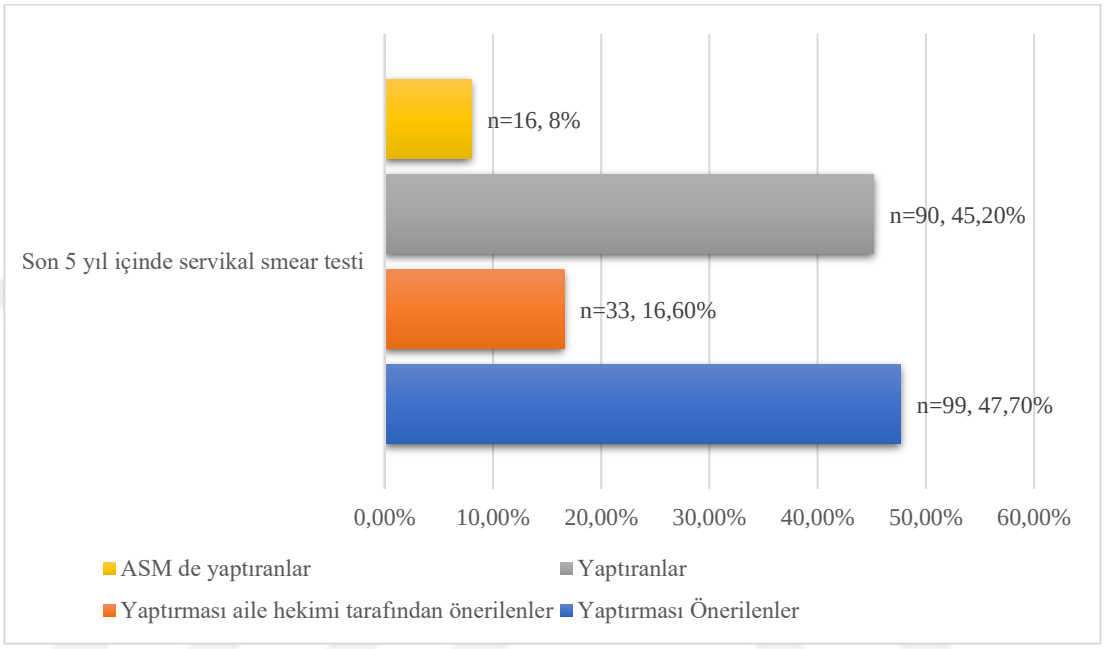


Grafik - 8: 40 yaş üstü kadınlarda mammografi önerisi ve uygulaması

Serviks (Rahim Ağzı) Kanseri

30 yaş üstü kadın katılımcılara (n=199), rahim ağzından sürüntü örneği (servikal smear) testi yaptırmaları önerilip önerilmediği sorulduğunda, %47,7 (n=95)'si önerildiğini , % 49,7 (n=99) 'si önerilmediğini, %2,5 (n=5) ise önerilip önerilmediğini hatırlamadığını ifade etmiştir. **Grafik – 9** 'da da belirtildiği gibi, 30 yaş üstü bayan katılımcıların %16,6 (n=33) 'sına servikal smear testi yaptırmasını aile hekimi önermiş,

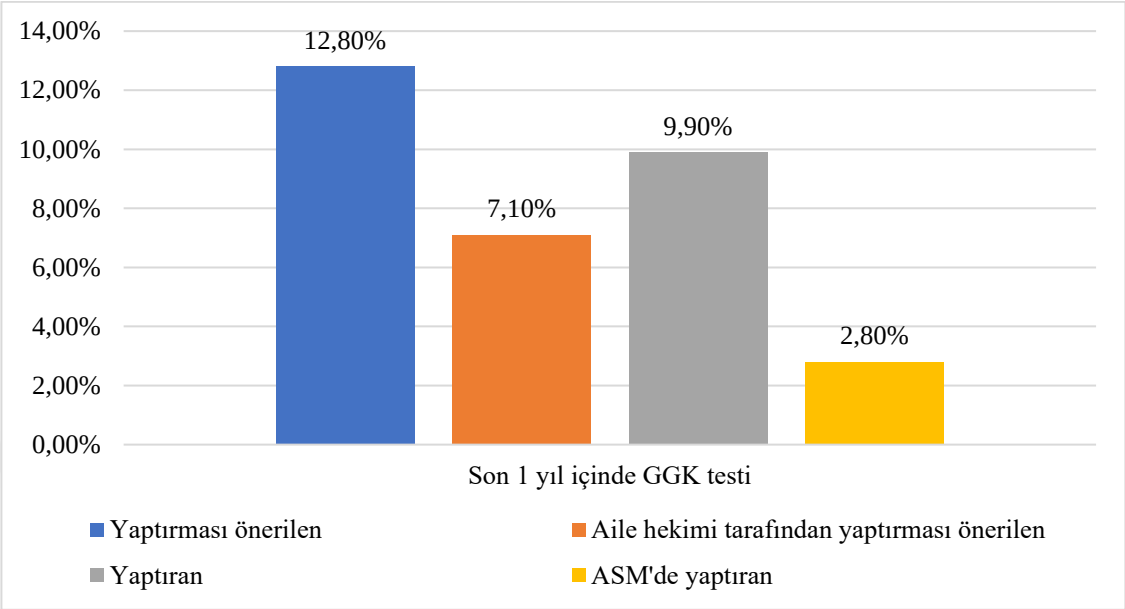
%45,2 (n=90) 'si testi yaptırmıştır, %8 (n=16) 'i servikal smear testini ASM'de yaptırmıştır.



Grafik - 9: 30 yaş üstü kadınlara servikal smear testi önerisi ve uygulaması

Kolorektal Kanser

50 yaş üstü olan tüm katılımcılara (n=141) kolorektal kanser taramalarına yönelik sorgulamalar yapıldığında **Grafik – 10** 'da ifade edildiği gibi, son 1 yıl içerisinde gaitada gizli kan (GGK) testi yaptırması önerilen kişi oranı %12,8 (n=18) , aile hekimi tarafından son 1 yılda GGK testini yaptırması önerilen kişi oranı %7,1 (n=10), GGK testini yaptırma oranı %9,9 (n=14) olarak saptanmıştır. 50 yaş üstü olan katılımcıların yalnızca %2,8 (n=4)'i GGK testini ASM'de yaptırmıştır.



Grafik - 10: 50 yaş üstü katılımcılara GGK testi önerisi ve uygulaması

50 yaş üstü katılımcılara **Grafik 11** 'da belirtildiği gibi, son 10 yıl içinde kolonoskopi yaptırmalarının önerilme oranı %14,2 (n=20) , aile hekimleri tarafından bu önerinin yapılma oranının %2,1 (n=3) olduğu tesbit edilmiştir. 50 yaş üstü katılımcıların %12,1 (n=17) 'i son 10 yıl içinde en az 1 kez kolonoskopi yaptırmıştır.

4.1.10 Geriatrik Dönem (65 Yaş Üstü)

Abdominal Aort Anevrizması

Erkek katılımcılarımızdan 65-75 yaş aralığında olanların (n=10) , AAA açısından USG yaptırması önerilmiş mi sorgulamasında, yalnızca %20(n=2) kişiye önerildiği ve bu önerilerin aile hekimi dışındaki doktorlar tarafından yapıldığı tesbit edilmiştir. AAA açısından USG yaptıran kişi oranı da %20(n=2) olarak bulunmuştur.

Osteoporoz

65 yaş üstü kadın ve 70 yaş üstü erkek katılımcılarımıza (n=18), kendilerine BMD ölçümü önerilip önerilmediğini sorduğumuzda, yalnızca %16,7(n=3) kişi kendisine önerildiğini ve bu önerinin aile hekimi dışındaki diğer doktorlardan geldiğini belirtmiştir. %22,2(n=4) oranında BMD ölçümü yaptırmış oldukları saptanmıştır.

Kalsiyum ve Vitamin D Desteği

65 yaş üstü kadın katılımcılara (n=8) kalsiyum ve D vitamini desteği almaları önerilip önerilmediği sorulduğunda, %62(n=5) kişi önerildiğini, %12,5(n=1) kişi aile hekimi tarafından önerildiğini ifade etmiştir. %37,5(n=3) kişi D vitamini ve kalsiyum desteği almaktadır.

İşitme ve Görme Keskinliği Muayenesi

65 yaş üstü katılımcılara (n=23) son 1 yıl içinde işitme testi önerilme oranı %21,7 (n=5) olarak bulunmuştur. 2 katılımcı, öneriyi aile hekiminin yaptığını belirtmiş, %21 (n=5) katılımcı da son 1 yıl içinde işitme muayenesi yaptırdığını ifade etmiştir.

65 yaş üstü katılımcılara son 1 yıl içinde görme muayenesi önerilme oranı %47,8 (n=11) olarak bulunmuştur. 4 katılımcı, aile hekiminin önerdiğini belirtmiş, %39,1 (n=9) kişi de son 1 yıl içinde görme muayenesi yaptırdığını belirtmiştir.

Düşme

65 yaş üstü katılımcılarımıza (n=23) , son 1 yıl içerisinde düşüp düşmediğine ya da ne sıklıkla düşecek gibi olduğuna dair soruların sorulma oranı %13 (n=3) olarak bulunmuştur. Katılımcılar bu soruları kendilerine aile hekimi dışındaki, diğer doktorların

sorduğunu belirtmişlerdir. Düşme sorunları açısından egzersiz ve güvenlik bilgilendirmesi yapılan 65 yaş üstü katılımcı oranı %13 (n=3) olarak bulunmuş, yalnızca %0,08 (n=2) kişiye güvenlik bilgilendirmesi aile hekimi tarafından yapılmıştır.

4.2 Karşılaştırmalı Analizler

Toplam 500 katılımcının içerisinde, kadınların herhangi bir kronik hastalığa sahip olma oranı, %52,5 (n=149) olarak, erkeklerin herhangi bir kronik hastalığa sahip olma oranı, %36,1 (n=78) olarak bulunmuştur. Cinsiyetler arasında kronik hastalığa sahip olma durumu açısından kadınlar yönünden anlamlı fark saptanmıştır.

Tüm katılımcılar cinsiyetleri açısından sigara kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında, erkeklerin sigara kullanımı %36,1 (n=78), kadınların sigara kullanımı %15,8 (n=45) olarak saptanmış, erkekler açısından sigara içme yönünden anlamlı farklı bulunmuştur.

Kadınların son 1 yıl içinde diş hekimine muayene olma oranının, %47,9 (n=136) , erkeklere göre 32,9 (n=71) istatistiksel açıdan anlamlı olarak fazla olduğu tesbit edilmiştir.

Katılımcılarımız cinsiyet ve cinsel yönden aktiflik açısından karşılaştırıldığında, erkeklerin %87,5 (n=189)'nın aktif, kadınların %76,1 (n=216) 'inin aktif olduğu, sonucun istatistiksel olarak erkekler lehine anlamlı olduğu saptanmıştır.

Katılımcılara yöneltilen, "CYBH'dan korunmak için kondom kullanmanız önerildi mi?" sorusuna, erkekler %27 (n=51) oranında "evet" yanıtını verirken, kadınlar %14,8 (32) oranında "evet" yanıtını vermişlerdir.

Katılımcılara yöneltilen, "CYBH'dan korunmak için kondom kullanmanız önerildi ise bunu kim önerdi?" sorusuna cevaben kadınların %62,5 (n=20) oranında "aile

hekimim", erkeklerin ise %76,5 (n=39) oranında "diğer" yanıtını vermesi istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

Kadın ve erkek grupları arasında son 10 yıl içinde tetanoz aşısı yaptırma durumu açısıdan erkekler %49,5 (n=107) oranında yaptırmış olup, bu oran, kadınların %34,9 (n=99) aşı yaptırma oranına göre anlamlı yüksek saptanmıştır. Kadınlara tetanoz aşısı yaptırmasını %55,6 (n=55) oranında aile hekimleri iken, erkeklere %85 (n=91) oranında diğerleri olarak anlamlı bulunmuştur.

Son 1 yıl içinde kadınlar %48,5 (n=80) oranında tansiyonunun ASM'de ölçülmüş olduğunu belirtirken, erkekler %66,4 (n=85) oranında diğer sağlık kurumlarında ölçüldüğünü belirtmiştir. Tablo 14'te de görüleceği üzere, her iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmaktadır.

Tablo – 14: Katılımcıların sağlık durumlarına ilişkin risklerinin cinsiyete göre dağılımı

		Kadın % (n)	Erkek % (n)
x^2= 13,23 p<0,01 Kronik hastalık	Kronik hastalığı olan	52,5 (149)	36,1 (78)
	Kronik hastalığı olmayan	47,5 (135)	63,9 (138)
	Toplam	100 (284)	100 (216)
x^2= 27,16 p<0,01 Sigara	Sigara içen	15,8 (45)	36,1 (78)
	Sigara içmeyen	84,2 (239)	63,9 (138)
	Toplam	100 (284)	100 (216)
x^2= 11,4 p<0,01 Son 1 yılda diş hekimi muayenesi	Olmuş	47,9 (136)	32,9 (71)
	Olmamış	52,1 (148)	67,1 (145)
	Toplam	100 (284)	100 (216)
x^2= 10,44 p<0,01 Cinsel yönden aktiflik	Aktif	76,1 (216)	87,5 (189)
	Aktif değil	23,9 (68)	12,5 (27)
	Toplam	100 (284)	100 (216)

x^2= 9,26 p<0,05 CYBH ‘dan korunmak için kondom kullanımı;	Önerilmiş	14,8 (32)	27 (51)
	Önerilmemiş	76,9 (166)	65,1 (123)
	Hatırlamıyor	8,3 (18)	7,9 (15)
	Toplam	100 (216)	100 (189)
x^2= 12,6 p<0,01 CYBH’dan korunmak için kondom kullanması önerildi ise bunu öneren;	Aile hekimim	62,5 (20)	23,5 (12)
	Diğer	37,5 (12)	76,5 (39)
	Toplam	100 (32)	100 (51)
x^2= 11,05 p<0,01 Son 10 yıl içinde tetanoz aşısı;	Yaptırmış	34,9 (99)	49,5 (107)
	Yaptırmamış	54,9 (156)	41,7 (90)
	Hatırlamıyor	10,2 (29)	8,8 (19)
	Toplam	100 (284)	100 (216)
x^2= 37,51 p<0,01 Son 10 yıl içinde tetanoz aşısı yaptırmasını öneren;	Aile hekimi	55,6 (55)	15 (16)
	Diğer	44,4 (44)	85 (91)
	Toplam	100 (99)	100 (107)
x^2= 6,56 p<0,05 Son 1 yılda kan basıncını ölçen yer;	ASM	48,5 (80)	33,6 (43)
	Diğer	51,5 (85)	66,4 (85)
	Toplam	100 (165)	100 (128)
x^2= 10,38 p<0,01 Son 3 yıl içinde AKŞ bir sağlık kuruluşunda;	Ölçülmüş	52,5 (149)	38 (82)
	Ölçülmemiş	47,5 (135)	62 (134)
	Toplam	100 (284)	100 (216)
x^2= 5,9 p<0,05 AKŞ ölçüm yeri;	ASM	38,9 (58)	23,2 (19)
	Diğer	61,1 (91)	76,8 (63)
	Toplam	100 (149)	100 (82)

Ayrıca son 1 yılda, kadınların beslenmesinin sorgulanma oranı %19,7 (n=56), erkeklerin beslenmesinin sorgulanma oranı %10,6 (n=23) ‘ya göre, yine kadınların egzersizinin sorgulanma oranı %20,1 (n=57) de, erkeklerin egzersizinin sorgulanma oranı %10,6 (n=23) ‘ya göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Katılımcıların çalışıp, çalışmama durumunun sağlık durumlarıyla anlamlı ilişkisi Tablo 15 ’te ayrıntılı aktarılmıştır. Buna göre, çalışmayanlarda kronik hastalık görülme oranı %52,8 (n=128) iken, çalışanlarda %38,7 (n=99) olarak, çalışmayanlar açısından anlamlı yüksek bulunmuştur.

Çalışmayanlarda sigara içme oranı %18 (n=44) iken, çalışanlarda sigara içme oranı %30,9 (n=79) olması, anlamlı olarak yüksektir.

Çalışmayan grupta CYBH’dan korunmak için kondom kullanım oranı %14,3 (n=28) iken, çalışan grupta bu oranın %31,1 (n=65) olması anlamlı bulunmuştur.

Son 10 yıl içinde tetanoz aşısı yaptırma oranı çalışmayan grupta %34 (n=83) iken, çalışan grupta %48 (n=123) oranında anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Tetanoz aşısını yaptırmayı, çalışmayan gruba %55,4 (n=46) oranında aile hekimi, çalışan gruba %79,7 (n=98) oranında diğerleri önermiştir.

Son 1 yıl içinde çalışmayan grubun beslenme alışkanlıklarının sorgulanma oranı %20,9 (n=51) iken, çalışan grubun %10,9 (n=28) olarak bulunmuş, iki grup arasında anlamlı fark tesbit edilmiştir.

Tablo - 15: Katılımcıların sağlık durumlarına ilişkin risklerinin çalışma durumuna göre dağılımı

		Çalışmıyor % (n)	Çalışıyor % (n)
x^2= 9,58 p<0,01 Kronik hastalık	Kronik hastalığı olan	52,5 (128)	38,7 (99)
	Kronik hastalığı olmayan	47,5 (116)	61,3 (157)
	Toplam	100 (244)	100 (256)
x^2= 11,08 p<0,01 Sigara	Sigara içen	18 (44)	30,9 (79)
	Sigara içmeyen	82 (200)	69,1 (177)
	Toplam	100 (244)	100 (256)
x^2= 16,16 p<0,01 CYBH'den korunmak için kondom;	Kullanıyor	14,3 (28)	31,1 (65)
	Kullanmıyor	85,7 (168)	68,9 (65)
	Toplam	100 (196)	100 (209)
x^2= 11,98 p<0,01 Son 10 yılda tetanoz aşısı;	Yaptırmış	34 (83)	48 (123)
	Yaptırmamış	57 (139)	41,8 (107)
	Hatırlamıyor	9 (22)	10,2 (26)
	Toplam	100 (244)	100 (256)
x^2= 27,02 p<0,01 Tetanoz aşısını öneren;	Aile hekimi	55,4 (46)	20,3 (25)
	Diğer	44,6 (37)	79,7 (98)
	Toplam	100 (83)	100 (123)
x^2= 9,68 p<0,01 Son 1 yıl içinde beslenme alışkanlıkları;	Sorgulanmış	20,9 (51)	10,9 (28)
	Sorgulanmamış	75 (183)	83,2 (213)
	Hatırlamıyor	4,1 (10)	5,9 (15)
	Toplam	100 (244)	100 (256)

Tablo 16'da görüleceği gibi, katılımcılardan, evli olanlara tetanoz aşısını %40,9 (n=65) oranında aile hekimleri önerirken, evli olmayanlar için bu oran %12,8 (n=6) olarak bulunmuştur. Son 1 yıl içinde evli olanların %45,1 (n=107)'i tansiyonunu ASM'de ölçtürürken, evli olmayanların %28,6 (n=16) 'sı ASM'de tansiyonunu ölçtürmüştür. Evli olanların % 37 (n=147) 'si haftada 1'den az olmamak üzere düzenli egzersiz yaptığını belirtirken, evli olmayanlar için bu oran %51 (n=55) olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Tablo - 16: Katılımcıların sağlık durumlarına ilişkin risklerinin medeni duruma göre dağılımı

x^2= 12,69 p<0,01 Tetanoz aşısını öneren		Evli % (n)	Evli değil % (n)
	Aile hekimi	40,9 (65)	12,8 (6)
	Diğer	59,1 (94)	87,2 (41)
	Toplam	100 (159)	100 (47)
x^2= 5,11 p<0,01 Son 1 yıl içinde kan basıncını ölçen yer;	ASM	45,1 (107)	28,6 (16)
	Diğer	54,9 (130)	71,4 (40)
	Toplam	100 (237)	100 (56)
x^2= 14,77 p<0,05 Egzersiz	Düzenli egzersiz yapan	37 (147)	51 (55)
	Düzenli egzersiz yapmayan	63 (249)	49 (51)
	Toplam	100 (396)	100 (104)

Son 1 yılda hastaneye başvuru sayısı 3 ve 3'ün altında olanların %55,9 (n=105) 'u erkektir. Son 1 yılda hastaneye başvuru sayısı 3'ün üzerinde olanların %64,3 (n=200) 'ü ise kadın olarak bulunmuştur.

Tablo - 17: Katılımcıların sağlık durumlarına ilişkin risklerinin hastaneye başvuru sayısına göre dağılımı

Sağlık durumu parametreleri		Son bir yılda hastaneye başvuru sayısı ≤ 3 olanlar % (n)	Son bir yılda hastaneye başvuru sayısı > 3 olanlar % (n)
x^2= 19,39 p<0,01 Cinsiyet	Kadın	44,1 (83)	64,3 (200)
	Erkek	55,9 (105)	35,7 (111)
	Toplam	100 (188)	100 (311)
x^2= 5,1 p<0,05 Okuma-yazma	Var	98,4 (185)	94,2 (293)
	Yok	1,6 (3)	5,8 (18)
	Toplam	100 (188)	100 (311)
x^2= 38,67 p<0,01 Kronik hastalık varlığı	Var	27,7 (52)	56,3 (175)
	Yok	72,3 (136)	43,7 (136)
	Toplam	100 (188)	100 (311)
x^2= 25,9 p<0,01 Multimorbidite varlığı	Var	9,6 (18)	28,9 (90)
	Yok	90,4 (170)	71,1 (221)
	Toplam	100 (188)	100 (311)
x^2= 6,89 p<0,01 CYBH'dan korunmak için kondom;	Kullanan	30,1 (46)	18,7 (47)
	Kullanmayan	69,9(107)	81,3 (204)
	Toplam	100 (153)	100 (251)

x^2= 6,24 p<0,05 Son on yılda tetanoz aşısı;	Yaptıran	41 (77)	41,5 (129)
	Yaptırmayan	51,1 (96)	47,9 (149)
	Hatırlamayan	8 (15)	10,6 (33)
	Toplam	100 (188)	100 (311)
x^2= 12,15 p<0,05 Medeni durum	Evli	72,9 (137)	83(258)
	Dul/boşanmış	4,3 (8)	5,8(18)
	Bekar	22,9 (43)	11,3(35)
	Toplam	100(188)	100 (311)
x^2= 15,65 p<0,01 Son 1 yılda diş hekimi muayenesi;	Önerilmiş	21,8 (41)	36,3 (113)
	Önerilmemiş	76,6 (144)	59,5 (185)
	Hatırlamıyor	1,6 (3)	4,2 (13)
	Toplam	100 (188)	100 (311)
x^2= 12,19 p<0,01 Son 1 yıl içinde diş hekimi muayenesi;	Olmuş	31,4 (59)	47,3 (147)
	Olmamış	68,6 (129)	52,7 (164)
	Toplam	100 (188)	100 (311)
x^2= 10,77 p<0,01 Son 1 yılda beslenme danışmanlığı;	Almış	5,3 (10)	12,9 (40)
	Almamış	94,7 (178)	85,5 (266)
	Hatırlamıyor	0	1,6 (5)
	Toplam	100 (188)	100 (311)

Tablo - 18: Katılımcıların sağlık durumlarına ilişkin risklerinin aile hekimine başvuru sayısına göre dağılımı

Sağlık durumu parametreleri		Son 1 yıl içinde aile hekimine başvuru sayısı ≤ 3 olanlar	Son 1 yıl içinde aile hekimine başvuru sayısı> 3 olanlar
x^2= 25,53 p< 0,01 Cinsiyet	Kadın	44,1 (97)	66,7 (186)
	Erkek	55,9 (123)	33,3 (93)
	Toplam	100 (220)	100 (279)
x^2= 17,04 p< 0,01 Medeni durum	Evli	72,3 (159)	84,6 (236)
	Dul/boşanmış	4,5 (10)	5,7 (16)
	Bekar	23,2 (51)	9,7 (27)
	Toplam	100 (220)	100 (279)
x^2= 7,89 p<0,05 Okuma-yazma	Var	98,6 (217)	93,5 (261)
	Yok	1,4 (3)	6,5 (18)
	Toplam	100 (220)	100 (279)
x^2= 47,54 p<0,01 Kronik hastalık varlığı	Var	28,2 (62)	59,1 (165)
	Yok	71,8 (158)	40,9 (114)
	Toplam	100 (220)	100 (279)
x^2= 31,45 p<0,01 Multimorbidite varlığı	Var	10 (22)	30,8 (86)
	Yok	90 (198)	69,2 (193)
	Toplam	100 (220)	100 (279)

x^2= 13,44 p<0,01 Son 1 yıl içinde diş hekimi muayenesi;	Önerilmiş	23,6 (52)	36,6 (102)
	Önerilmemiş	74,5 (164)	59,1 (165)
	Hatırlamıyor	1,8 (4)	4,3 (12)
	Toplam	100 (220)	100 (279)
x^2= 10,65 p<0,01 Son 1 yıl içinde diş hekimi muayenesi;	Olmuş	33,2 (73)	47,7 (133)
	Olmamış	66,8 (147)	52,3 (146)
	Toplam	100 (220)	100 (279)
x^2= 12,31 p<0,01 Sigara	İçiyor	32,3 (71)	18,6 (52)
	İçmiyor	67,7 (149)	81,4 (227)
	Toplam	100 (220)	100 (279)
x^2= 13,69 p<0,01 CYBH'dan korunmak için kondom;	Kullanan	31,7 (57)	16,1 (36)
	Kullanmayan	68,3 (123)	83,9 (188)
	Toplam	100 (180)	100 (224)
x^2= 10,52 p<0,01 Son 1 yılda boy ve kilosu;	Ölçülen	21,8 (48)	35,1 (98)
	Ölçülmeyen	78,2 (172)	64,9 (181)
	Toplam	100 (220)	100 (279)
x^2= 23,56 p<0,01 Son 3 yıl içinde AKŞ;	Ölçülmüş	34,1 (75)	55,9 (156)
	Ölçülmemiş	65,9 (145)	44,1 (123)
	Toplam	100 (220)	100 (279)
x^2= 22,27 p<0,01	Sorgulanmış	7,7 (17)	22,2 (62)
	Sorgulanmamış	88,6 (95)	71,7 (200)

Son 1 yıl içinde beslenme durumu;	Hatırlamıyor	3,6 (8)	6,1 (17)
	Toplam	100 (220)	100 (279)
x^2= 13,62 p<0,01 Son 5 yıl içinde kolesterol değerleri;	Ölçülmüş	34,6 (36)	57,1 (108)
	Ölçülmemiş	65,4 (68)	42,9 (81)
	Toplam	100 (104)	100 (189)

Tablo 19, 20 ve 21'de belirtildiği üzere katılımcılarımızın yaş, VKİ ve okula gittiği yıl değerleri cinsel sağlık parametreleriyle karşılaştırıldığında, CYBH'dan korunmak için kondom önerilenlerin yaş ortalaması, 36,24± 9,88 yıl olarak kondom önerilmeyenlerin yaş ortalamasının altında, toplam okula gittikleri yıl ise ortalama 9,3 ± 4,45 olarak kondom önerilmeyenlerin ortalamasının üstünde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. CYBH'dan korunmak için kondom kullananların yaş ortalaması ise 34,84 ± 9,72 yıl ve VKİ 26,64 ± 3,88 kg/m² olarak kullanmayanların ortalamasının altında, okula gittikleri ortalama yıl ise 9,64 ± 4,35 olarak kondom kullanmayanların ortalamasının üstünde bulunmuştur.

Tablo 19: Yaş, VKİ, okula gidilen yıl ile CYBH'dan korunma önerisi ilişkisi

	CYBH'dan korunmak için kondom önerilmiş olanlar			CYBH'dan korunmak için kondom önerilmemiş olanlar		
	Ortalama	Standart sapma	n	Ortalama	Standart sapma	n
t= 8,64 p<0,01 **Yaş**	36,24	± 9,88	83	42,3	± 12,53	289
t= 7,56 p<0,01 **Toplam okula gittiği yıl**	9,3	± 4,45		7,44	± 3,87	

Tablo 20: Yaş, VKİ, okula gidilen yıl ile CYBH'dan korunmak için kondom kullanım ilişkisi

	CYBH'dan korunmak için kondom kullananlar			CYBH'dan korunmak için kondom kullanmayanlar		
	Ortalama	Standart Sapma	n	Ortalama	Standart Sapma	n
t= 11,16 p<0,01 **Yaş**	34,84	± 9,72	93	43,21	± 12,64	312
x^2= 5,77 p<0,05 **VKİ**	26,64	± 3,88		28,04	± 5,23	
t=6,18 p<0,01 **Toplam okula gittiği yıl**	9,64	± 4,35		7,14	± 3,8	

Tablo 21: Yaş, VKİ, okula gidilen yıl ile mutlu cinsel yaşam danışmanlığı alma ilişkisi

	Mutlu bir cinsel yaşam için danışmanlık almış olanlar			Mutlu bir cinsel yaşam için danışmanlık almamış olanlar		
	Ortalama	Standart Sapma	n	Ortalama	Standart Sapma	n
t= 3,61 p<0,05 **Yaş**	27	± 1,41	2	41,28	± 12,51	389
t= 2,7 p<0,05 **Toplam okula gittiği yıl**	15,5	± 0,7		7,7	± 4,05	

Tablo 22'de de yer aldığı üzere, son 10 yıl içinde tetanoz aşısı yaptırmış olan katılımcıların yaş ortalaması ve VKİ tetanoz aşısı yaptırmayanların ortalamasının altında olup, toplam okula gittikleri yıl ise üzerindedir.

Tablo 22: Yaş, VKİ, okula gidilen yıl ile tetanoz aşısı yaptırma ilişkisi

	Son 10 yıl içinde tetanoz aşısı yaptırmış olanlar			Son 10 yıl içinde tetanoz aşısı yaptırmamış olanlar		
	Ortalama	Standart Sapma	n	Ortalama	Standart Sapma	n
t=24,86 p<0,01 **Yaş**	35,66	± 11,1	206	45,8	± 14,49	246
t= 0,40 p<0,05 **VKİ**	26,86	± 5,09		27,94	± 5,06	
t= 1,19 p<0,01 **Toplam okula gittiği yıl**	9,04	± 4,16		6,75	± 4,11	

Aile hekimini ziyaretlerinde kendilerine hiçbir ölçüm yapılmadığını ifade eden grubun yaş ortalaması ve VKİ diğer gruba göre anlamlı olarak düşük, toplam okula gittikleri yıl ise istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır.

Tablo 23: Yaş, VKİ, okula gidilen yıl ile aile hekimlerinin ölçümlerinin ilişkisi

	Aile hekimim ziyaretlerimde boy, kilo veya tansiyondan en az birini ölçer yanıtını verenler			Aile hekimim ziyaretlerimde hiçbir ölçüm yapmaz yanıtını verenler		
	Ortalama	Standart Sapma	n	Ortalama	Standart Sapma	n
t= 2,52 p<0,01 **Yaş**	45,07	± 14,5	161	38,65	± 13,22	339
t=0,349 p<0,01 **VKİ**	28,31	± 5,33		27,04	± 4,92	
t= 10,94 p<0,01 **Toplam okula gittiği yıl**	6,9	± 3,88		8,38	± 4,53	

Ayrıca son 2 yıl içinde bir hekim tarafından meme muayenesi yapılanların (n=54) yaş ortalaması 45,0 ± 11,26 yıl, VKİ ise 30,32 ± 5,76 kg/ m² olarak meme muayenesi yapılmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Son 2 yıl içinde mamografi çektirenlerin (n=47) yaş ortalaması 49,72 ± 6,36 olarak, çektirmeyenlerin yaş ortalamasına göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır.

5.TARTIŞMA ve SONUÇ

5.1.Katılımcı Özellikleri

Çalışmamıza katılan 500 kişiden, 284 (%56,8) kişi kadın, 216 (% 43,2) kişi ise erkektir. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 40,92 ± 14,03 yıldır. Katılımcıların %79,2'si evlidir, %95,8'i okuma-yazma bilmektedir, %52'si herhangi bir işte çalışmaktadır, %43,2'si ailelerinin aylık gelirinin Türkiye ortalamasının altında olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların okula gittiği yıl ortalama 7,9 ± 4,3 yıl olarak bulunmuş, ortalama VKİ; 27,4 ± 5 kg/m² olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların %90,4'ünün son 10 yıldır en uzun süre yaşadığı yer, kent olup, %7'si ailesinde bir sağlık personeli bulunduğunu belirtmiştir. Katılımcıların hatırladıkları son tansiyon değeri ortalama, 123,7 ± 17 / 78,7 ± 10,4 mm/Hg, hatırladıkları son total kolesterol değeri ise 182 ± 51,43 mg/dL bulunmuştur. Katılımcıların en çok sahip olduğu kronik hastalığın %17 oranıyla, hipertansiyon olduğu saptanmıştır. Katılımcılarımızdan %10,4 'ü ASM'ye, %10,8'i ise hastaneye yılda 10 defanın üzerinde başvurduğunu belirtmiştir. Tüm katılımcılar arasında sigara içme oranı %24,6, alkol kullanma oranı ise %9,4 olarak saptanmıştır. Obezite tüm katılımcılarımızın %27,6'sını etkilemektedir.

Çalışmamıza katılanların %58,6'sı son 1 yılda diş hekimine muayene olduğunu, %58,6'sı tansiyonunun, %29,2'si ise boyunun ve kilosunun son 1 yıl içerisinde bir sağlık kuruluşunda ölçüldüğünü belirtmiştir. Yaş > 45 veya VKİ ≥ 25 olan katılımcılar arasında son 3 yıl içerisinde açlık kan şekerinin ölçülme oranı %52,1, yaş > 35 olan katılımcılar arasında son 5 yıl içerisinde kolesterol değerlerinin ölçülme oranı ise %40,1'dir. Katılımcılarımız %81 oranında cinsel yönden aktif olup, cinsel yönden aktif olanların %95,6'sı kendisini CYBH açısından risk altında hissetmemekte, yine aynı grubun yalnızca %23'ü kondom kullanmaktadır. Katılımcıların %41'i son on yıl içinde tetanoz aşısı yaptırdığını belirtmiştir. Tüm katılımcılar arasında, son bir yıl içerisinde beslenme alışkanlıkları sorgulanan %15,8, beslenme danışmanlığı verilen %10, egzersiz durumu

sorgulanan %16, egzersiz danışmanlığı verilen ise yalnızca %11 oranında katılımcı bulunmaktadır. 20 yaş üstü kadınların %46,5'inin düzenli KKMM yaptığı, %19,9'una son 2 yıl içinde bir hekim tarafından meme muayenesi yapıldığı, 40 yaş üstü kadınların %32,1'inin son iki yıl içinde mammografi çektirdiği belirlenmiştir. 30 yaş üstü kadın katılımcıların %45,2'si son 5 yıl içinde smear testi yaptırmıştır. 50 yaş üstü tüm katılımcıların yalnızca %9,9'u son 1 yıl içinde GGK testi, %12,1'i de son 10 yıl içinde en az 1 kez kolonoskopi yaptırmıştır. 65 ile 75 yaş aralığındaki erkek katılımcıların %20'si AAA açısından USG yaptırmıştır. 65 yaş üstü kadın ve 70 yaş üstü erkek katılımcılarımız arasında BMD ölçtürme oranı %22 bulunmuştur. 65 yaş üstü kadın katılımcıların %37,5'u kalsiyum ve D vitamini desteği aldığını belirtmiştir. 65 yaş üstü tüm katılımcılar arasında son 1 yıl içerisinde görme muayenesi yaptırma oranı %39,1, işitme testi yaptırma oranı %21 olarak saptanmıştır. Düşme sorunları açısından egzersiz ve güvenlik bilgilendirmesi yapılan 65 yaş üstü katılımcı oranı %13'tür.

5.2.Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Karşılanmama Oranları

Çalışmamızda koruyucu sağlık hizmetlerinin karşılanma oranlarının istenildiği gibi olmadığı görülmüştür.

Tüm katılımcılar arasında sigara içme oranı %24,6 olup, Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması (TKHRFS) 2013 'te yer alan düzenli sigara kullananların oranı %24 ile örtüşmektedir. Katılımcılarımızdan, kadınların %15,8'i, erkeklerin %36,1'i sigara içmektedir. Sigara her iki cinsiyet için de, sağlıksız diyet alışkanlıkları, fiziksel aktivite azlığı ve alkol ile birlikte kronik hastalıkların oluşmasında ve mortalitesinde önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. (71) TKHRFS 'te ülkemizde 2011 yılı itibariyle erkeklerin sigara içme oranı %43, kadınların sigara içme oranı %17 bulunmuştur.(72) Çalışmamıza katılan grubun cinsiyete göre sigara içme yüzdesi Türkiye ortalamasından düşüktür. Çalışmamıza göre, çalışan bireylerde sigara içme oranı %30,9 iken, çalışmayanlarda bu oran %18 bulunmuştur. İş hayatının getirdiği stres bu sonuca sebep olabilir. Sigara içen katılımcılarımızın

%87,9'una sigarayı bırakma konusunda herhangi bir danışmanlık hizmeti verilmediği tesbit edilmiştir. Sigara tiryakilerine sağlık durumlarının sorulması ya da sigaranın sağlık risklerini açıklamak bu kişileri sigarayı bırakmak için motive edebilir. (73)(74). Bir çalışmada sigara içme sıklığının ABD'ye göre Avrupa'da daha yüksek olmasının nedeninin Avrupa'da sigaranın sağlık üzerine etkileri ile ilgili kişilerin daha az bilgilendirilmeleri olduğu belirtilmiştir. (75) Ülkemizde birinci basamak sağlık kuruluşları kişilere sigarayı bıraktırmak için gerekli çalışmaları yoğun bir şekilde yapmalı ve bu konuda aile hekimlerine gereken destek; hastayla görüşme için ayrılacak yeterli vakit, uygun bir mekan, broşür, ilaç..vb sağlanmalıdır.

Alkol kullanan %9,4 katılımcı saptanmış olup, TKHRFS 2013'te yer alan alkol kullanma oranı olan %13'ten düşük bulunmuştur. Alkol tüketen katılımcıların %91,49'u alkol kullanımı ile ilgili herhangi bir danışmanlık almadığını belirtmiştir.(72)

Obezite, katılımcılarımızın %27,6'sını etkilemektedir. Çalışmaya katılanların ortalama VKİ= 27,4 ± 5 kg/m² bulunmuştur. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 raporuna göre Türkiye'de obezite oranı %30,3 olup, katılımcılarımızın yüzdesinden yüksektir.(76) Katılımcıların son 1 yıl içerisinde boy ve kilosu yalnızca %11,4 oranında ASM'de ölçülmüş olup, %70,8'inin boy ve kilosu herhangi bir sağlık kuruluşunda ölçülmemiştir.

Obeziteye neden olduğu bilinen çok sayıda faktör içinde, aşırı ve yanlış beslenme ve fiziksel aktivite yetersizliği en önemli nedenler olarak kabul edilmektedir.(77) Çok merkezli çalışmalarla önemli miktarda kilo kaybetmenin, sağlıklı beslenme ve düzenli egzersizle mümkün olduğu, böylelikle tip 2 diyabet ve diğer obezite ile ilişkili risk faktörlerinin oluşumunun da önüne geçilebileceği gösterilmiştir. (78)Tüm katılımcıların, son bir yıl içerisinde beslenme alışkanlıklarının aile hekimleri tarafından sorgulanma oranı %4,4'tür, katılımcıların %79,2'sinin beslenme alışkanlıkları herhangi bir doktor tarafından sorgulanmamıştır. Yine herhangi bir doktordan beslenme danışmanlığı almadığını belirten katılımcı oranı %89'dur. Yalnızca %2,6 oranında katılımcı beslenme

danışmanlığını aile hekiminden aldığını ifade etmiştir. 2011 yılında Ümraniye'de birinci basamak bir sağlık merkezinde gerçekleştirilen, kronik hastalıklardan korunmada kaçırılan fırsatlarla ilgili bir çalışmada, bizim çalışmamızdakine benzer şekilde katılımcıların yalnızca %11,4'üne sağlıklı beslenme uygulamalarının faydası açıklanmıştır. (79) Görülmektedir ki, aile hekimliği uygulaması, obeziteyle mücadelede önemli bir basamak olan sağlıklı beslenme danışmanlığında yetersiz kalmaktadır.

Katılımcılarımız arasında fiziksel aktivite-egzersiz yapma durumu sorgulanmamış olan katılımcıların oranı %81,6 olup, aile hekimleri tarafından bu durumun sorgulanma oranı ise %3,6'dır. Katılımcıların %1,8'ine son 1 yıl içinde aile hekimi tarafından egzersiz ile ilgili danışmanlık verilmiş, % 87,4'ü kendilerine hiçbir doktor tarafından fiziksel aktivite ve egzersiz danışmanlığı verilmediğini belirtmiştir. Katılımcılarımızın %52,2'si düzenli egzersiz yapmamaktadır.

2011 yılında Ümraniye'de yapılan çalışmada bizim çalışmamızdakine benzer şekilde, katılımcılara egzersiz ile ilgili sorular yöneltilmiş, 500 katılımcının ancak %7,2'si kendisine aile hekimi tarafından egzersiz yapıp yapmadığına dair sorgulama yapıldığını, %7'si aile hekimi tarafından düzenli egzersiz önerildiğini ve yalnızca %5,4'ü kendisine aile hekimi tarafından egzersizin faydalarının açıklandığını belirtmiştir.(79) Aile hekimleri, ASM'ye başvuran erişkin bireylere fiziksel aktivite danışmanlığı verme konusunda da yetersiz kalmaktadır. Literatürde sağlıklı diyet ve düzenli egzersizin teşvik edilmesinin ileride oluşabilecek obezite ve kan kolesterol düzeyi yüksekliğinden korunmada olduğu kadar, şu anda kilolu ya da obez olan hastaların tedavisinde de gerekli olduğu belirtilmiştir.(80) Bütün bu bilgiler değerlendirildiğinde birinci basamak sağlık kuruluşları için bu konularda etkin bir şekilde uygulanabilecek rehberler oluşturulması, tıp fakültelerinde ve uzmanlık eğitiminde, beslenme ve egzersiz danışmanlığı konusunda eğitimlere daha çok önem verilmesi bir zorunluluk olarak görülmektedir.

Çalışmamızda yıllık ASM başvuru sayısı 3 ve 3'ten az olanların %55'inin erkekler olduğu, yıllık ASM başvuru sayısı 3'ten fazla olanların %66,7'sinin kadınlar olduğu tesbit edilmiştir. Kadınlar, aile hekimine erkeklerden daha çok gitmektedir. Literatürde de ülkemizdeki gibi kadınların çoğunun ev hanımı olduğu ülkelerde ve diğer bazı ülkelerde birinci basamak sağlık hizmetlerini çoğunlukla kadınların kullandığı belirtilmiştir. (81)

Yıllık hastane başvuru sayılarına bakıldığında, 3 ve 3'ten az olanların %55,9'unun erkekler olduğu, yıllık hastane başvuru sayısı 3'ten fazla olanların %64,3'ünün kadınlar olduğu sonucu elde edilmiştir. Kadınlar hastaneye de erkeklerden daha fazla gitmektedir.

Katılımcıların en çok sahip olduğu kronik hastalık %17 oranıyla, hipertansiyon olarak bulunmuştur. Türk hipertansiyon prevalans çalışması verilerine göre genel populasyonda hipertansiyon prevalansı, çalışmamızdaki bulgularımızdan daha yüksek olup, %31,8 'dir.(82) Katılımcıların hatırladıkları son kan basıncı değeri ortalama 123,7 / 78,7 ± 17/10,4 mmHg'dır. Son bir yıl içinde yalnızca %24,6'sının kan basıncı ASM'de ölçülmüş olup, %41,4'ünün kan basıncı herhangi bir sağlık kuruluşunda ölçülmemiştir. Kadınların %48,5'inin, erkeklerin ise %33,6'sının kan basıncı ASM'de ölçülmüştür. Bunun sebebi kadınların birinci basamak sağlık hizmetlerini erkeklerden daha çok kullanıyor olması olabilir..

Katılımcılarımızda diyabet %12 oranıyla en sık görülen 2. kronik hastalıktır, TURDEP II çalışmasına göre diyabet prevalansı ülkemizde %16,5 olup, çalışmamıza katılan grubun verisi, bu sonuçlardan daha düşüktür. (43) Katılımcılarımızdan VKİ ≥ 25 veya yaş > 40 olan grubun yalnızca %18'inin son 3 yıl içinde açlık kan şekeri ölçümü ASM'de yapılmış, yine aynı grubun %47,9'unun son 3 yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşunda açlık kan şekeri ölçümü yapılmamıştır. AKŞ ölçüm oranı yeterli düzeye ulaşmadığı için çalışma grubumuzun yeterli diyabet tanısı almamış olduğu söylenebilir.

Hipertansiyon ve diyabet ülkemizde en yaygın görülen hastalıklardan olmasına rağmen, bunlardan korunmaya yönelik birinci basamak sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanılamadığı görülmüştür. Bu konuda bireylerin ve sağlık personelinin farkındalığını artıracak periyodik eğitimler planlanmalı ve birinci basamağa uygun rehberler oluşturulmalıdır.

35 yaşın üzerinde olan katılımcı tüm bireylerin son 5 yıl içinde kolesterol değerlerinin aile hekimleri tarafından ölçülme oranı %8,4 olup, %50,9'una son 5 yıl içinde kolesterol ölçümü yapılmamıştır.

Katılımcıların yalnızca % 5'ine aile hekimi tarafından son 1 yıl içinde bir diş hekimine muayene olması önerilmiştir. Kadınların %47,9'u, erkeklerin ise % 32,9'u son 1 yılda diş hekimine muayene olmuştur. Bunun sebebi kadın katılımcıların daha yüksek oranda çalışmıyor olması ve daha çok vakti olması sayılabilir. Tüm katılımcıların % 71'i son 1 yıl içinde bir diş hekimine muayene olmamıştır. Hacettepe Üniversitesi'nin 2004 yılında yaptığı bir çalışmaya göre, son 1 yıl içinde 35-44 yaş aralığındaki bireylerin diş hekimine muayene olmama oranı %56,4, 65-74 aralığındaki bireylerin de %79,8 olarak bulunmuş olup, çalışmamızdaki verilere benzemektedir. (83) Ağız ve diş sağlığını korumaya yönelik kendi nüfusuna kayıtlı bireylere muayene önerisinde bulunmak da aile hekimin sorumluluklarından biri olarak görülmelidir.

CYBH tüm dünyada yaygın ve önemli bir halk sağlığı sorunudur. (84) WHO 2016 yılı verilerine göre dünya genelinde her gün 1 milyon yeni enfeksiyon vakası ortaya çıkmaktadır. Kişiden kişiye bulaş olduktan sonra çoğu zaman semptom vermeden devam etmesi, enfeksiyon etkenlerinden en sık olanlardan bazılarının tedavisinin olmaması, bize CYBH'a karşı korunmanın, tedaviden daha önemli bir yol olduğunu göstermektedir. Katılımcılarımız %81 oranında cinsel yönden aktiftir. Kadınların % 76,1'i, erkeklerin %87,5'i cinsel yönden aktiftir. Cinsel yönden aktif olan katılımcıların, %95,6'sı kendisini cinsel yönden risk altında hissetmediğini belirtmiştir. Cinsel aktif katılımcıların %16,6'sına CYBH'dan korunmak için kondom kullanması önerilmiştir,

önerilen gruptan da kadınların % 62,5'una CYBH'dan korunmak için kondom kullanması aile hekimi tarafından önerilirken, erkeklerin ancak %23,5'una bu öneri aile hekimleri tarafından yapılmıştır. Buradan erkeklerin korunma yöntemleri konusunda aile hekimlerine daha az danıştığı sonucuna varılabilir. Cinsel yönden aktif olan katılımcıların, %85,4'ü kendisine herhangi bir hekim tarafından cinsel yaşama yönelik bir sorgulama yapılmadığını, %96'sı mutlu bir cinsel yaşam için herhangi bir danışmanlık almadığını, %77'si CYBH'dan korunmak için kondom kullanmadığını ifade etmiştir.

Görülmektedir ki, CYBH ve cinsel danışmanlık konusunda hastaların ihtiyacı birinci basamak sağlık merkezleri tarafından karşılanamamaktadır. Ülkemizde tüm birinci basamak sağlık merkezleri için bu konuda kanıta dayalı ulusal rehberler hazırlanması ve diğer sağlık problemlerine göre konuşulmaktan daha çok çekinilen fakat toplum sağlığı için önem arz eden bu konularda güvenli hasta-hekim ilişkisinin oluşabilmesi için hekimlere yeterli hasta bakma süresinin de sağlanması gerekmektedir.

Tetanoz, gelişmekte olan ülkelerde hala sorun olmaya devam eden, uygun aşılamayla önlenebilir bir hastalıktır. Her yıl dünyada bir milyon olgu bildirilirken, ülkemizde 2008-2010 yılları arasında 51 tetanoz olgusu bildirilmiştir.(85) Katılımcılarımızın yalnızca %14,2'sine son 10 yıl içinde tetanoz aşısı yaptırması aile hekimleri tarafından önerilmiş olup, %49,2'si son 10 yıl içinde tetanoz aşısı yaptırmamıştır. Kadınların %34,9'u tetanoz aşısı yaptırmışken, erkekler daha fazla oranda %49,5 tetanoz aşısı yaptırmıştır. Erkekler daha yüksek oranda çalışmakta olup, daha fazla risk maruziyeti sonucunda veya askerlik esnasında aşı yaptırmış olabilir. Kadınlara %55,6 oranında tetanoz aşısı yaptırmasını aile hekimleri önerirken, erkeklere %85 diğer hekimler önermiştir. Bunun sebebi birinci basamak sağlık hizmetlerinden kadınların daha çok faydalanması olabilir.

Meme kanseri kadın kanserleri içinde en fazla görülen ve en fazla ölüme neden olan kanserdir. Dünyada kanser olan her 4 kadından biri meme kanseridir.(86) 20 yaşın

üzerinde olan kadın katılımcılara, ayda en az 1 kez KKMM yapmasını aile hekimlerinin önerme oranı %17,7 olarak saptanmış, %53,5'i ayda en az 1 kez KKMM yapmadığını belirtmiştir. Ülkemizde 18 yaş ve üstü bayanların %58,2'si çalışmamızdaki orana yakın olarak, hiç KKMM yapmadığını belirtmiştir.(59)Yine aynı katılımcı grubunun yalnızca %1,5'una son iki yıl içinde meme muayenesinin aile hekimleri tarafından yapıldığı, %77,9'una son iki yıl içinde herhangi bir hekim tarafından meme muayenesi yapılmadığı belirlenmiştir. 40 yaşın üzerindeki kadın katılımcılara son 2 yıl içinde mamografi çektirmelerini %14,5 oranında aile hekimleri tavsiye etmiş, 40 yaşın üzerindeki kadın katılımcıların %62,9'u son 2 yıl içinde mammografi çektirmemiştir. Ülkemizde 15 yaş ve üzeri bireylerin mamografi çektirmeme oranı %75,1 olup, bizim çalışmamızdaki bireylerin yaşının büyük olmasından kaynaklı daha yüksek bir mamografi çektirme oranı oluşmuş ve çektirmeme oranı düşmüş olabilir.(59)

Servikal kanserler, dünyada kadınlarda en sık görülen dördüncü kanserdir.(86) 30 yaşından büyük olan kadın katılımcılara son beş yıl içinde rahim ağzından sürüntü örneği (servikal smear) testi yaptırmaları önerilip, önerilmediği sorulduğunda %49,7'si önerilmediğini, %16,6'sı bunun aile hekimleri tarafından önerildiğini belirtmiş olup, %54,8'i ise son 5 yıl içinde smear testi yaptırmamıştır. 15 yaş ve üzeri kadınların smear yaptırmama durumu Türkiye istatistiklerine baktığımızda %72 olup, çalışmamızdan daha yüksektir.(59)

Dünya'da kolorektal kanser vakalarının %90'ı 50 yaş üzerindedir.(87) Türkiye'de hem erkeklerde hem de kadınlarda bağırsak (kolorektal) kanseri üçüncü en sık görülen kanser türüdür.(88) 50 yaşın üzerinde olan katılımcılarımızın, %84,4'ü kendilerine son 1 yıl içinde GGK testi önerilmediğini, %7,1'i ise aile hekimi tarafından önerildiğini ifade etmiştir. Yaş >50 olan katılımcıların %90,1'i son 1 yıl içinde GGK testi yaptırmamıştır, %2,8'ine ASM'de son 1 yıl içinde GGK testi uygulanmıştır. Yaş >50 olan katılımcılarımızın, %80,1'ine son 10 yıl içinde kolonoskopi yaptırması önerilmemiş olup, %2,1'ine bunu aile hekimleri önermiştir. Yaş >50 olan katılımcılarımızın %87,2'si son 10 yıl içinde kolonoskopi yaptırmamıştır.

Çalışmamızda az sayıda (n=10) 65 -75 yaş arasında birey bulunmaktadır. Bu bireylerin %80'ine AAA açısından USG yaptırması önerilmemiş, ve yine %80'i AAA açısından USG yaptırmamıştır. Yaptırmış olanlara, yaptırmalarını aile hekimleri dışındaki diğer hekimleri tavsiye etmiştir.

65 yaş üstü kadın ve 70 yaş üstü erkek katılımcılarımızın %83,3'üne BMD ölçümü yaptırması önerilmemiştir, %77,8'ine BMD ölçümü yapılmamıştır. 65 yaş üstü kadın katılımcıların %37,5'ine kalsiyum ve d vitamini desteği alması önerilmemiştir, yalnızca %12,5'ine aile hekimleri önermiştir, %62,5'i kalsiyum ve d vitamini desteği kullanmamaktadır.

Geriatrik yaş grubunda görme bozukluklarının %70'in üzerinde, işitme bozukluklarının ise %14-46 sıklık aralığında görüldüğü bildirilmektedir. (68) 65 yaş üstü katılımcılarımızın yalnızca %8'ine aile hekimleri tarafından işitme testi yaptırması önerilmiş, % 78,3'üne herhangi bir hekim tarafından işitme testi önerilmemiş ve yapılmamıştır. Görme muayenesi, 65 yaş üstü katılımcılarımızın %17,4'üne aile hekimleri tarafından önerilmiş, %52,2'sine hiçbir hekim tarafından önerilmemiş, %60,9'u son bir yıl içinde görme muayenesi yaptırmamıştır.

Toplumda yaşayan yaşlıların %30-40 kadarı bir önceki yıl düşmüş olduğunu bildirmektedir ve düşmeler bu yaş grubunda en önemli yaralanma nedenidir.(89) Çalışmamıza katılan 65 yaş üstü bireylerin %87'sine düşüp düşmediğine veya ne sıklıkla düşecek gibi olduğuna dair bir hekim sorgulaması yapılmamış olup, %13'üne bu sorgulamayı yapan aile hekimleri dışındaki diğer hekimlerdir. Düşme sorunları ve egzersizle ilgili bilgilendirme ise yalnızca %0,08'ine aile hekimleri tarafından yapılmış, %87'sine ise bu konuda bir bilgilendirme yapılmamıştır.

Çalışmamızdaki 65 yaş üstü bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik sorguladığımız ihtiyaçlarının karşılanmama oranı çok yüksektir. Yaşlılara bağlı sağlık

hizmetleri zor ve süreklilik istemektedir. Geriatrik hizmetler multidisipliner bir yaklaşımla yapılmalıdır. (90) Dikkatli bir planlama, örgütlenme ve yönetim bu hizmetlerin planlanması ve ihtiyaçların daha çok ve daha iyi karşılanması için gereklidir.

5.3.Çalışmanın Kısıtlılıkları – Güçlü Yanları

Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında Pendik EASM'de halen devam eden nüfus kayıtları sebebiyle var olan kayıtlardan ulaşabileceğimiz bir evren ve örneklem belirlenememesi sayılabilir. Ayrıca çalışma verisi yüz yüze ve katılımcıların beyanı doğrultusunda toplandığından ötürü hafıza faktörüne bağlı hataya (recall bias) açıktır.

Bir diğer kısıtlılık da, verilerin yalnızca bir birinci basamak sağlık kuruluşundan toplanmış olmasıdır. Bu nedenle bir temsil niteliği yoktur ve sonuçları ülkedeki tüm birinci basamak sağlık kuruluşlarına genellenemez.

Çalışmanın güçlü yanlarından biri, karşılanmamış ihtiyaçları belirleme konusunda, bir EASM'de yapılan ilk çalışma olmasıdır. Ayrıca hastalarla yüz yüze görüşülmesi verilen yanıtların doğruluğunu ve güvenilirliğini desteklemektedir.

Çalışmanın bir diğer güçlü yönü ise araştırmayı yapan doktorun Pendik EASM'de çalışmış doktorlardan biri olması ve bunun EASM'ye başvuran bireylerde güven ortamı oluşturarak, iletişimi kolaylaştırmasıdır.

5.4.Sonuç ve Öneriler

Sağlık hizmet sunumunda toplumun sağlık durumunun ve ihtiyaçlarının belirlenmesi, hizmet sunumunun içeriğinin, önceliklerinin ve kalitesinin belirlenmesi açısından oldukça önemlidir. Ayrıca toplumun sağlık ihtiyaçlarının değerlendirilmesinin periyodik olarak yapılması gerekmektedir. Çünkü zamanla toplumun sağlık ihtiyaçları değişebilir. Bu durumda ihtiyaçların karşılanma düzeyi belirlenip yeni sağlık stratejileri

planlanabilir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2000 yılındaki raporunda sağlık sistemlerinin üç temel amacından biri olarak hasta beklentilerinin/ihtiyaçlarının karşılanması yer almaktadır. Çalışmamız da bu doğrultuda yapılmış olup üzerinde çok fazla çalışılmamış bir grupta sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesini sağlamıştır.

Birinci basamağa başvuran erişkin bireylerin karşılanmayan koruyucu sağlık hizmeti ihtiyacını belirleyebilmek için Sağlık Bakanlığı önerilerinin, AAFP, CTFPHC ve USPSTF gibi diğer ülkelerin koruyucu sağlıkla ilgili çalışma gruplarının erişkinlere yönelik koruyucu sağlık hizmeti uygulamalarının büyük bir kısmı çalışma grubumuzda sorgulanmıştır.

En az karşılanan koruyucu hekimlik ihtiyacı, alkol tüketim danışmanlığıdır. En çok karşılanan ise son 1 yıl içinde tansiyon ölçümüdür. Yaşlı sağlığına yönelik koruyucu önlemlerin ve cinsel sağlığa yönelik koruyucu hekimlik ihtiyacının da karşılanmama oranının yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Tüm veriler göz önüne alındığında koruyucu sağlık hizmetleri için birinci basamaktan çok az yararlanıldığını ve halen karşılanmamış büyük bir ihtiyacın var olduğu tesbit edilmiştir.

Birinci basamakta hekim başına düşen nüfusun fazla olması, negatif performansa düşmemek için bir ay içerisinde yapmaları gereken izlemleri yetiştirme çabası, aile hekimlerinin, koruyucu hekimlik uygulamalarına yönelik pozitif performans ile teşvik edilmemeleri, hekimlerin iş yükünü artıran ve koruyucu sağlık hizmetlerine yeterli vakit ayıramamasına yol açan sebeplerden olabilir.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarının ve buralarda çalışan sağlık personelinin çalışma koşullarının yeterli kaliteye ulaştırılması birincil ve ikincil korunmanın buralarda daha etkin bir şekilde yapılmasına olanak verecektir. Ayrıca birinci basamakta koruyucu sağlık hizmetleri konusunda toplum tabanlı müdahaleler de planlanmalıdır.

Sonuç olarak; birinci basamağın koruyucu sağlık hizmetlerindeki rolünün etkinliğini artırmak için acilen yeni stratejilere ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Clarke EA. What is Preventive Medicine? Canadian Family Physician. 1974;20(11):65-68.
2. Fişek, N (1974) Türkiye Tıp Akademisi Mecmuası, 9:sayı
3. Ölüm İstatistikleri İl ve İlçe Merkezleri 2015, TÜİK 2016. Ankara.
4. Strong K, Mathers C, Leeder S, Beaglehole R. Preventing chronic diseases: How many lives can wesave? Lancet 2005;366:1578-82.
5. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoğlu AS, Yariş F. Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi. Turkiye Klin J Med Sci. 2007;27(3):412–8.
6. World Health Organization. The World Health Report. Health Systems: Improving Performance. Who. 2000. p. 215.
7. Dünya Sağlık Örgütü Anayasası, 1948 Mcwhinney IR, Freeman T. Aile Hekimliği. 1.baskı ed. Güldal D, editor. Medikal Akademi Yayıncılık ve Prodüksiyon Tic. Ltd. Şti.; 2012. 194-214 p.
8. Aslantekin F, Göktaş B, Uluşen M, Erdem R. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi : Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği. Fırat Sağlık Hizmetleri Derg. 2007;2(6):55–71
9. WHO. Theworld health report 2013. World Heal Organ Press. 2013;146.
10. Özdemir O, Ocaktan E, Akdur R. SAĞLIK REFORMU SÜRECİNDE TÜRKİYE VE AVRUPADA BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2003;56(4):207–16
11. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun [Internet]. [cited 2017 April 20]. Available from: http://ailehekimligi.gov.tr/genel-mevzuat/kanunlar/118-salk-hizmetlerinin-sosyalletirilmesi-hakknda-kanun-.html
12. Başak O. Sürekli Bakım: Aile Hekimliği Uygulamasında Ne Yapıyoruz, Neler Yapmalıyız? Türk Aile Hek Derg. 2003;7(3):122–30
13. Başak O, Atay E, Polatlı D. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve AileHekimliği: Pratisyen Hekimlerin Yaklaşımları. Türk Aile Hek Derg.2002;6(1):36–41.

14. Aile Hekimligi - Türkiye'de Aile Hekimliği [Internet]. [cited 2017 April 21]. Available from: http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/tuerkiyedeki-ailehekimlii.html
15. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği_2015 [Internet]. [cited 2017 April 20].Available from: http://ailehekimligi.gov.tr/genelmevzuat/yoenetmelikler/4058-aile-hekimlii-uygulama-yoenetmelii.html
16. Aile Hekimliği Kanunu [Internet]. [cited 2017 April 22]. Available from: http://ailehekimligi.gov.tr/genel-mevzuat/kanunlar/3289-aile-hekimlii-kanunu-html
17. Sağlık Bakanlığı. AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMA YÖNETMELİĞİ. 2013.
18. Yök. Yüksek Öğretim Kurumları, Mediko-Sosyal Sağlık, Kültür Ve Spor İşleri Dairesi Uygulama Yönetmeliği [Internet]. [cited 2017 April 20]. Available from:http://www.mevzuat.gov.tr.
19. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Veri Rehberi
20. Shi L. The impact of primary care: a focused review. Scientifica (Cairo) [Internet]. 2012;2012:432892. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3820521&tool=pmcentrez&rendertype=abstract
21. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q [Internet]. 2005 Jan [cited 2017 April 26];83(3):457–502.Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2690145&tool=pmcentrez&rendertype=abstract
22. WONCA. AİLE HEKİMLİĞİ / GENEL PRATİSYENLİK AVRUPA TANIMI. 2002.
23. Gauld R, Blank R, Burgers J, Cohen AB, Dobrow MK, Ikegami NKI, et al. The World Health report 2008 – Primary health care: How wide is the gap between its agenda and implementation in 12 high-income health systems? Health Policy. 2012;7(3):38–58.
24. Üstü Y, Uğurlu M, Örnek M, Sanisoğlu SY. 2002-2008 Yılları ArasındaErzurum Bölgesinde Birinci ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi/Evaluation of Primary and Secondary Health Care Services in the Erzurum Region Between 2002-2008. Balkan Med J. 2011;28(1):55–61.
25. WHO "Primary Health Care: Now More Than Ever." World Health Organization; [cited 2017 April 30]; Available from: http://www.who.int/whr/2008/summary/en/
26. Oklay Bozkaya A. Hasta Beklentileri Ve Bu Beklentiler Açısından Hasta Hekim Görüşmesinin Sonuçları. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi; Uzmanlık Tezi, 2008.

27. Aydın S, Hatırlı Y. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi. Türk Aile Hek Derg. 2003;7(3):131–4.
28. Battista RN, Beaulieu MD, Feightner JW, Mann KV, Owen G. The periodic health examination: 3. An evolving concept. Can Med Assoc J 1984;130:1288-92.
29. Katz A. Canadian task force on the periodic health examination. Canadian Family Physician 1996;42:1637-50.
30. Mulley AG. Periodic Health Evaluation. In: Humes HD (Ed). Kelley's Textbook of Internal Medicine. 4th ed. Lippincott Williams&Wilkins, 2000;164-8.
31. Schneider RF. A Review of the Value of Periodic Health Examinations. Occup.Med.,April 1961; 11: 27-36.
32. Grimm JK, Diebold MM. The Periodic Health Examination. In: Rakel RE (Ed). Textbook of Family Practice. 7th ed. Philadelphia: WB Saunders Co., 2007;139-59.
33. CTFPHC Canadian Task Force for Preventive Health Care (Koruyucu Sağlık Hizmeti için Kanada Çalışma Grubu). http://www.ctfphc.org/
34. American Academy of FamilyPhysicians – PeriodicHealthExaminations.http://www.aafp.org/
35. USPSTF United States Preventive Services Task Force (Birlesik Devletler Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu). http://158.72.20.10/pubs/guidecps
36. The Guide to Clinical Preventive Services 2009, Recommendations of the U.S Preventive Services Task Force. http://www.ahrq.gov/clinic/prevenix.htm
37. Sheridan S, Pignone M, Donahue K. Screening for High Blood Pressure: U.S. Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement. Annals of InternalMedicine 2007;147(11):783-6.
38. Wolff T, Miller T. Evidence for the reaffirmation of the U.S. Preventive Services Task Force recommendation on screening for high blood pressure. Ann Intern Med.2007;147:787-91.
39. U.S. Department of Health and Human Services https://epss.ahrq.gov/ePSS/Topics.do
40. Abacı A. Kardiyovasküler risk faktörlerinin ülkemizdeki durumu. Türk Kardiyol Dern Arş Arch Turk Soc Cardiol 2011; 39:1-5 PMID: 22011566
41. Cholesterol Treatment Trialists' Ctt Collaborators. The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of vascular disease: meta-analysis of individual data from 27 randomised trials. Lancet. 2012 May 16. (Review) PMID: 22607822

42. Wild S, Roglic G, Gren A, Scree R, King H. Global Prevalence of Diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030 Diabetes Care. 2004; 27(5): 1047-53.
43. Satman, İlhan, and TURDEP-II Çalışma Grubu. "TURDEP-II Sonuçları." Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği [homepage on the Internet]. Avaible from: http://www. turkendokrin. org/fi les/fi le/TURDEP_ II_2011. Pdf Last access: 16th May 2017.
44. American Diabetes Association. "Standards of medicalcare in diabetes—2016 abridged for primary care providers." Clinical diabetes: a publication of the American Diabetes Association 34.1 (2016): 3.
45. Hubert HB, Feinleib M, McNamara PM, Castelli WB. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26 year followup participants in the Framingham Heart Study. Circulation 1983; 67: 968-77.
46. Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayın No: 773, Şubat 2010, Ankara.
47. Samur, Gülhan, and Emine Yıldız. "OBEZİTE VE KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR/HİPERTANSİYON." (Sağlık Bakanlığı)
48. National Institude on Alcohol Abuse and Alcoholism. Helping patients who drink too much. A Clinician's Guide. NIH Publication No. 05-3769, NationalInstitute of Health, 2005
49. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders, Monterio MG. AUDIT The Alcohol Use Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care. Second ed.,Geneva, World Health Organization, 2001.
50. Bush, Kristen, et al. "The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking." Archives of internal medicine 158.16 (1998): 1789-1795.
51. Tütün mücadele el kitabı 2010
52. [Cited 11 May 2017] http://www.who.int/features/factfiles/tobacco_epidemic/tobacco_epidemic_facts/en/index.html
53. Workowski KA, Berman S: Sexually transmitted diseases treatment guidelines; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 17;59(RR-12):1-110,2010.
54. New Canadian Physical Activity Guidelines Mark S. Tremblay, Darren E.R. Warburton, IanJanssen, Donald H. Paterson, Amy E. Latimer, Ryan E. Rhodes, Michelle E. Kho,

AudreyHicks, Allana G. LeBlanc, LoriZehr, Kelly Murumets, Mary Duggan, Physiology, Nutrition, and Metabolism, 2011, 36:36-46, 10.1139/H11-009

55. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Erişim Adresi: http://globocan.iarc.fr Erişim Tarihi:15.04.2017
56. TÜİK. "Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2014". Erişim Adresi: http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18855 Erişim Tarihi: 15.04.2017
57. Bray F, Znaor A, Cueva P, Korir A, Swaminathan R, Ullrich A, Wang SA, Parkin DM. Planning and Developing Population-Based Cancer Registration in Low- and Middle-Income Settings IARC Technical Publication No. 43. Erişim Adresi: http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/treport-pub/treport-pub43/IARC_Technical_Report_No43_1.pdf Erişim Tarihi: 16.04.2017
58. KETEM http://kanser.gov.tr/kanser/kanserturleri/49-meme-kanseri.html Son erişim:16.04.2017
59. Sağlık İstatistikleri Yıllığı-2015-Sağlık Bakanlığı http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2015.pdf sitesinden 31.05.2017 tarihinde erişilmiştir.)
60. NHS Cervical Screening Programme http://www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/about-cervical-screening.html
61. KETEM http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-turleri/56-servikskanseri.html Son erişim:16.04.2017
62. The NHS Bowel Cancer Screening Programme Information for Primary Care http://www.cancerscreening.nhs.uk/bowel/ipc-pack.html
63. KETEM http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-turleri/45-kalin-bagirsakkanseri.html Son erişim 17.04.2017
64. Cosford PA, Leng GC. Screening for abdominal aortic aneurysm. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Apr 18;(2):CD002945.
65. FRATURK Türkiye Kalça Kırığı İnsidansı ve Osteoporoz Prevalansı Çalışması http://www.osteoporoz.org.tr/dosya/Osteoporoz.pdf

66. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği - TEMD – Metabolik Kemik Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu http://www.turkendokrin.org/files/METABOLIK_KH_BOOK_web(1).pdf
67. Çifçili, Serap. Aile Hekimleri İçin Yaşlı Sağlığına Bütüncül Yaklaşım. İstanbul. Deomed, 2011. Birinci baskı
68. Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi , Sağlık Bakanlığı Ankara 2015 (http://www.thsk.gov.tr/dosya/birimler/ah_egitim_gelis_db/dokumanlar/rehberler/30062015.pdf sitesinden 30.05.2017 tarihinde erişilmiştir.)
69. Apaydın Kaya Ç ve ark. HUZUREVLERİNDE KALAN YAŞLILARDA DÜŞME İNSİDANSI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER Turkish Journal of Geriatrics 2012; 15 (1) 40-46
70. Primary Care–Relevant Interventions to Prevent Falling in OlderAdults http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf11/fallsprevention/fallsprevart.htm sitesinden 20.04.2017 tarihinde erişilmiştir.
71. Ezzati M, Lopez A, Rodgers A, Van der Horn S, Murray C. Comparative risk assessment collaborating group. Selected major risk factors and global and regional burden of disease, Lancet. 2002; 360: 1347-1360.
72. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması – Ankara 2013 https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf adresinden 30.05.2017 tarihinde erişilmiştir.
73. Ferketich AK, Khan Y, Wewers ME. Are physicians asking about tobacco use and assisting with cessation? Results from the 2001–2004 national ambulatory medical care survey (NAMCS). Prev Med. 2006; 43: 472-476
74. Thorndike AN, Rigotti NA, Stafford RS, Singer DE. National patterns in the treatment of smokers by physicians. JAMA. 1998; 279: 604-608
75. Cutler DM, Glaeser E. Why do Europeans smoke more than Americans? Working paper number 12124. Cambridge: National Bureau of Economic Research. 2006.
76. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) – 2010 raporu, http://beslenme.gov.tr/index.php?page=40 adresinden 30.05.2017 tarihinde erişilmiştir.)
77. Arslan M, Başkal N, Çorakçı A ve ark. Ulusal Obezite Rehberi, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Yayını, 1999

78. Kriska AM, Delahanty LM, Pettee KK. Lifestyle intervention for the prevention of type 2 diabetes: translation and future recommendations. Curr Diab Rep. 2004; 4: 113-118.
79. Topuzoğlu, Ahmet, et al. "İstanbul'da bir birinci basamak sağlık kuruluşunda kronik hastalıklardan korunmada kaçırılmış fırsatlar." TAF Preventive Medicine Bulletin 10.6 (2011): 665-674.
80. Noel PH, Pugh JA. Management of overweight and obese adults. Br Med J. 2002; 325: 757-761.).
81. Woodwell DA, Cherry DK. National ambulatory medical care survey: 2002 summary-Advance data from vital and health statistics: No. 346. Hyattsville. MD: National Center for Health Statistics. 2004
82. Arıcı M, Altun B, Erdem Y, Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması, Journal of Hypertension. 2005;23(10):1817-1823)
83. Gökalp, Saadet, et al. "Erişkin ve yaşlılarda ağız-diş sağlığı profili Türkiye-2004." *Hacettepe Diş Hekimliği Dergisi* 31 (2007): 11-18.
84. Huges G, Lowndes CM, Epidemiology of sexually transmitted infections:UK, Epidemiology and behaviour, 2014, Medicine volume 42 issue 6 (281-286)
85. TÜİK, İstatistiklerle Türkiye, 2011. Türkiye İstatistik Kurumu, Ankara, 2011
86. KETEM http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri/860-yeni-d%C3%BCnya-kanser-istatistikleri-yay%C4%B1nland%C4%B1.html sitesinden 30.05.2017 tarihinde erişilmiştir.)
87. Burt RW, DiSario JA, Cannon-Albright L. Genetics of colon cancer: impact of inheritance on colon cancer risk. Annu Rev Med 1995; 46:371.
88. KETEM, http://kanser.gov.tr/Dosya/2017Haberler/2017_4_subat.pdf sitesinden 30 Mart 2017 tarihinde erişilmiştir
89. Moyer VA on behalf of falls in community-dwelling older adults. USPSTF Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2012;157:197-204.
90. Goldberg TH. Preventive medicine and screening in the elderly: Working guidelines. Clev Clin J Med. 2000;67:521-30.

EKLER

EK 1 – ANKET FORMU

BİRİNCİ BASAMAĞA BAŞVURAN ERİŞKİN BİREYLERİN KARŞILANMAMIŞ KORUYUCU SAĞLIK HİZMETİ İHTİYACININ BELİRLENMESİ

ANKET FORMU **TARİH:**

1. Yaşınız: 2. Cinsiyetiniz:

3. Boyunuz: 4.Kilonuz: 5.VKİ (doktorunuz hesaplayacak) :

6. Hatırladığınız son kolesterol değeriniz: Tarihi:

7. Hatırladığınız son tansiyon değeriniz: Tarihi:

8. Mevcut Hastalıklarınız:

9. Medeni Durum:
- ☐ evli
- ☐ dul/boşanmış
- ☐ bekar
- ☐ diğer

10. Okuma – yazma:
- ☐ var
- ☐ yok

11. Toplam okula gittiğiniz yılı yazınız:

12. Çalışma Durumu:
- ☐ Ev hanımı
- ☐ İşçi
- ☐ Memur
- ☐ Serbest meslek
- ☐ İş arıyor
- ☐ diğer

13. Ailenin aylık ortalama geliri aşağıdaki kategorilerden hangisinde uymaktadır
- ☐ Türkiye ortalamasının altında
- ☐ Türkiye ortalamasında
- ☐ Türkiye ortalamasının üstünde

14. Son 10 yıl içinde en uzun süre yaşadığınız yer neresi?

☐ Köy
☐ Kent

15. Evde kimlerle beraber yaşıyorsunuz? (birden fazla işaretlenebilir)

□ Yalnız/Eşi
□ Çocuk/ Çocuklar
□ Kayınvalide / Kayınpeder

16. Ailede sağlık personeli olarak çalışan var mı?

☐ Evet
☐ Hayır

17. Herhangi bir sebeple ortalama yılda kaç kez aile hekimine başvurursunuz? (size uyan rakamı yuvarlak içine alınız)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 10 dan fazla

18. Herhangi bir sebeple ortalama yılda kaç kez hastaneye başvurursunuz? (size uyan rakamı yuvarlak içine alınız)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 10 dan fazla

19. Sigara kullanıyor musunuz?

☐ Evet
☐ Hayır

20. Günde kaç tane sigara içiyorsunuz?

☐ 10 taneden az
☐ 11-20 arası
☐ 21-30 arası
☐ 31 ve daha fazla

21. Kaç yıldır sigara kullanıyorsunuz:

22. Sigarayı bırakmanız konusunda size danışmanlık verildi mi?

☐ Evet
☐ Hayır
☐ Hatırlamıyorum

23. Üstteki sorunun cevabı evet ise kimin tarafından verildi?

- ☐ Aile hekimim
- ☐ Diğer

24. Alkollü içecekleri ne sıklıkla tüketiyorsunuz?

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Ayda bir veya daha az
- ☐ Haftada bir veya daha az
- ☐ Haftada 2-4 kez
- ☐ Haftada 5 kez veya daha fazla

25. Size alkolle ile ilgili bir danışmanlık verildi mi?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Hatırlamıyorum

26. Üstteki sorunun cevabı evet ise kimin tarafından verildi?

- ☐ Aile hekimim
- ☐ Diğer

27. Son bir yıl içinde bir diş hekimine muayene olmanız önerildi mi?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Hatırlamıyorum

28. Üstteki sorunun cevabı evet ise kim önerdi?

- ☐ Aile hekimim
- ☐ Diğer

29. Son bir yıl içinde bir diş hekimine muayene oldunuz mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

30. Son 5 yıl içinde kan sayımınız (hemogram ölçümünüz) yapıldı mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

31. Üstteki sorunun cevabı evet ise nerede?

- ☐ Aile Hekimliği
- ☐ Diğer

32. Cinsel yönden aktif misiniz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

Üstteki soruya cevabınız evet ise; 33-40 arasını cevaplayınız.

33. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından kendinizi risk altında hissediyor musunuz?
- ☐ Evet
- ☐ Hayır

34. Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için kondom (prezervatif) kullanmanız önerildi mi?
- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Hatırlamıyorum

35. Üstteki soruya cevabınız evet ise kim önerdi?
- ☐ Aile Hekimim
- ☐ Diğer

36. Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için kondom (prezervatif) kullanıyor musunuz?
- ☐ Evet
- ☐ Hayır

37. Hiç şu ana kadar cinsel yaşamınıza yönelik (tek-çok partnerlilik, kullandığınız korunma yöntemleri vb.) sorgulama yapıldı mı?
- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Hatırlamıyorum

38. Üstteki sorunun cevabı evet ise nerede?
- ☐ Aile Hekimliği
- ☐ Diğer

39. Mutlu bir cinsel yaşam için şu ana kadar herhangi bir danışmanlık aldınız mı?
- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Hatırlamıyorum

40. Üstteki sorunun cevabı evet ise nerede?
- ☐ Aile hekimliği
- ☐ Diğer

41. Son 10 yıl içerisinde tetanoz aşısı oldunuz mu?
- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Hatırlamıyorum

42. Üstteki sorunun cevabı evet ise kim önerdi?

- ☐ Aile hekimliği
- ☐ Diğer

43. Son 1 yıl içinde vücudunuzdaki benlerinizi kontrol etmek için bir cildiye uzmanına tarama yaptırmanız önerildi mi?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Hatırlamıyorum

44. Üstteki sorunun cevabı evet ise kim önerdi?

- ☐ Aile Hekimim
- ☐ Diğer

45. Son 1 yıl içinde vücudunuzdaki benlerinizi kontrol etmek için bir cildiye uzmanına başvurdunuz mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

46. Son 1 yıl içerisinde tansiyonunuz herhangi bir sağlık kuruluşunda ölçüldü mü?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

47. Üstteki sorunun cevabı evet ise nerede?

- ☐ Aile Hekimliği
- ☐ Diğer

48. Son 1 yıl içinde boyunuz ve kilonuz herhangi bir sağlık kuruluşunda ölçüldü mü?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

49. Üstteki sorunun cevabı evet ise nerede?

- ☐ Aile Hekimliği
- ☐ Diğer

50. Son üç yıl içinde açlık kan şekeriniz ölçüldü mü?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

51. Üstteki sorunun cevabı evet ise nerede?

- ☐ Aile Hekimliği
- ☐ Diğer

52. Son 1 yıl içinde beslenme alışkanlıklarınız sorgulandı mı?

- ☐ Evet

☐ Hayır
☐ Hatırlamıyorum

53. Üstteki sorunun cevabı evet ise nerede?
☐ Aile Hekimliği
☐ Diğer

54. Son 1 yıl içinde beslenme danışmanlığı aldınız mı?
☐ Evet
☐ Hayır
☐ Hatırlamıyorum

55. Üstteki sorunun cevabı evet ise nerede?
☐ Aile Hekimliği
☐ Diğer

56. Ne kadar sağlıklı beslendiğinizi düşünüyorsunuz? (uygun rakamı işaretleyiniz)

Çok sağlıksız 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok sağlıklı

57. Son 1 yıl içinde egzersiz yapıp yapmadığınız sorgulandı mı?

☐ Evet
☐ Hayır
☐ Hatırlamıyorum

58. Üstteki sorunun cevabı evet ise kimin tarafından?

☐ Aile Hekimliği
☐ Diğer

59. Son bir yıl içinde size egzersiz ile ilgili danışmanlık verildi mi?
☐ Evet
☐ Hayır
☐ Hatırlamıyorum

60. Üstteki sorunun cevabı evet ise kimin tarafından?
☐ Aile hekimim
☐ Diğer

61. Günlük yaşamınız ne kadar hareketli? (uygun rakamı işaretleyiniz)

Çok hareketsiz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok hareketli

62. Düzenli egzersiz (spor amaçlı, sonunda hafi terlenilen yürüyüş vb aktıviteler) yapar mısınız?

- ☐ Hayır
- ☐ Haftada 1
- ☐ Haftada 2-3
- ☐ Haftada 3'ten fazla
- ☐ Ayda 1
- ☐ Ayda 2-3

63. Aile hekiminiz her ziyaretinizde aşağıdakilerden hangi ölçümleri yapar? (birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Tansiyon
- ☐ Boy
- ☐ Kilo
- ☐ Hiçbiri

20 YAŞ ÜSTÜ KADINLAR CEVAPLAYACAK	*64.* Ayda en az 1 kez kendi kendinize meme muayenesi yapmanız önerildi mi? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Hatırlamıyorum *65.* Üstteki sorunun cevabı evet ise kim önerdi? ☐ Aile Hekimim ☐ Diğer *66.* Ayda en az 1 kez kendi kendinize meme muayenesi yapıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır *67.* Son 2 yıl içinde bir hekim tarafından meme muayeneniz yapıldı mı? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Hatırlamıyorum *68.* Üstteki sorunun cevabı evet ise kimin tarafından? ☐ Aile hekimim ☐ Diğer

30 YAŞ ÜSTÜ KADINLAR CEVAPLAYACAK	*69.* Son 5 yıl içinde rahim ağzından sürüntü örneği (servikal smear) testi yaptırmanız önerildi mi? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Hatırlamıyorum *70.* Üstteki sorunun cevabı evet ise kim önerdi? ☐ Aile Hekimim ☐ Diğer *69.* Son 5 yıl içinde rahim ağzından sürüntü örneği (servikal smear) testi yaptırdınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır *70.* Üstteki sorunun cevabı evet ise nerede? ☐ Aile Hekimliği ☐ Diğer
35 YAŞ ÜSTÜ TÜM BİREYLER CEVAPLAYACAK	*71.* Son 5 yıl içerisinde kolesterol değerleriniz ölçüldü mü? ☐ Evet ☐ Hayır *72.* Üstteki sorunun cevabı evet ise nerede? ☐ Aile Hekimliği ☐ Diğer
40 YAŞ ÜSTÜ KADINLAR CEVAPLAYACAK	*73.* Son 2 yıl içinde mammografi (meme filmi) çektirmeniz önerildi mi? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Hatırlamıyorum *74.* Üstteki sorunun cevabı evet ise kim önerdi? ☐ Aile Hekimim ☐ Diğer

	75. Son 2 yıl içinde mammografi (meme filmi) çektirdiniz mi? ☐ Evet ☐ Hayır
50 YAŞ ÜSTÜ TÜM BİREYLER CEVAPLAYACAK	*76.* Son 1 yıl içinde gaitada (kakanızda) gizli kan testine baktırmanız önerildi mi? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Hatırlamıyorum *77.* Üstteki sorunun cevabı evet ise kim önerdi? ☐ Aile Hekimliği ☐ Diğer *78.* Son 1 yıl içinde gaitada (kakanızda) gizli kan testine baktırdınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır *79.* Üstteki sorunun cevabı evet ise nerede? ☐ Aile Hekimliği ☐ Diğer *80.* Son 10 yıl içinde kolonoskopi yaptırmanız önerildi mi? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Hatırlamıyorum *81.* Üstteki sorunun cevabı evet ise kim önerdi? ☐ Aile Hekimim ☐ Diğer *82.* Son 10 yıl içinde en az bir kez kolonoskopi yaptırdınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır

65 YAŞ ÜSTÜ TÜM BİREYLER CEVAPLAYACAK	*83.* Karnınızdaki ana damarda genişleme (abdominal aort anevrizması) açısından ultrason yaptırmanız önerildi mi? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Hatırlamıyorum *84.* Üstteki sorunun cevabı evet ise kim önerdi? ☐ Aile Hekimim ☐ Diğer *85.* Karnınızdaki ana damarda genişleme (abdominal aort anevrizması) açısından ultrason yaptırdınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır *86.* Kemik mineral yoğunluğunuzu ölçtürmeniz önerildi mi? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Hatırlamıyorum *87.* Üstteki sorunun cevabı evet ise kim önerdi? ☐ Aile Hekimim ☐ Diğer *88.* Son 2 yıl içerisinde kemik mineral yoğunluğunuz (DEXA) ölçüldü mü? ☐ Evet ☐ Hayır *89.* Kalsiyum ve D vitamini desteği almanız önerildi mi? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Hatırlamıyorum *90.* Üstteki sorunun cevabı evet ise kim önerdi? ☐ Aile Hekimim ☐ Diğer

	91. Kalsiyum ve D vitamini desteği alıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır *92.* İşitme muayenesi yaptırmanız önerildi mi? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Hatırlamıyorum *93.* Üstteki sorunun cevabı evet ise kim önerdi? ☐ Aile Hekimim ☐ Diğer *94.* Son 1 yıl içinde işitme muayenesi yaptırdınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır *95.* Görme muayenesi yaptırmanız önerildi mi? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Hatırlamıyorum *96.* Üstteki sorunun cevabı evet ise <u>kim önerdi?</u> ☐ Aile Hekimim ☐ Diğer *97.* Son 1 yıl içerisinde görme muayenesi yaptırdınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır *98.* Son 1 yıl içerisinde size düşüp düşmediğiniz ya da ne sıklıkla düşecek gibi olduğunuz soruları soruldu mu? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Hatırlamıyorum *99.* Üstteki sorunun cevabı evet ise <u>kimin tarafından?</u> ☐ Aile hekimim ☐ Diğer

	100. Düşme sorunları açısından size egzersiz ve güvenlik önlemleri için bir sağlık bilgilendirmesi yapıldı mı? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Hatırlamıyorum *101.* Üstteki sorunun cevabı evet ise kimin tarafından? ☐ Aile hekimim ☐ Diğer

EK 2 – GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup araştırma adı "Birinci Basamağa Başvuran Erişkin Bireylerin Karşılanmamış Koruyucu Sağlık Hizmeti İhtiyaçlarının Belirlenmesi"dir.

Bu araştırmada size sağlık durumunuzla ilgili sorular sorulacaktır. Anket verileri yalnızca araştırıcı tarafından bu çalışma için kullanılacak olup bireysel bazda değerlendirilmeyecektir ve kişisel bilgiler paylaşılmayacaktır. Araştırma kapsamında isim, iletişim bilgisi vb. herhangi bir bilgi paylaşmanız istenmemektedir.

Araştırma hakkında ek bilgi almak için ya da çalışma ile herhangi bir sorun için 05557454063 no'lu telefondan Dr. Süheyla Atalay'a başvurabilirsiniz. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. İstediğiniz anda soru formunu doldurmaktan vazgeçebilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin için dezavantajlı bir duruma yol açmayacaktır.

Size ait tüm tıbbi ve klinik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgilerinize yer verilmeyecektir ancak araştırmacının izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir.

Katılımcının Beyanı

Sayın Dr.Süheyla Atalay tarafından Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi amacıyla araştırmacı tarafından araştırmadan çıkartılabileceğimi de biliyorum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi biliyorum.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr.Süheyla Atalay'ı, Merdivenköy mah. Zaman sok. No:42 Daire:10 Kadıköy/İSTANBUL adresinden ve 05557454063 no'lu telefondan bulabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

EK 3 - GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

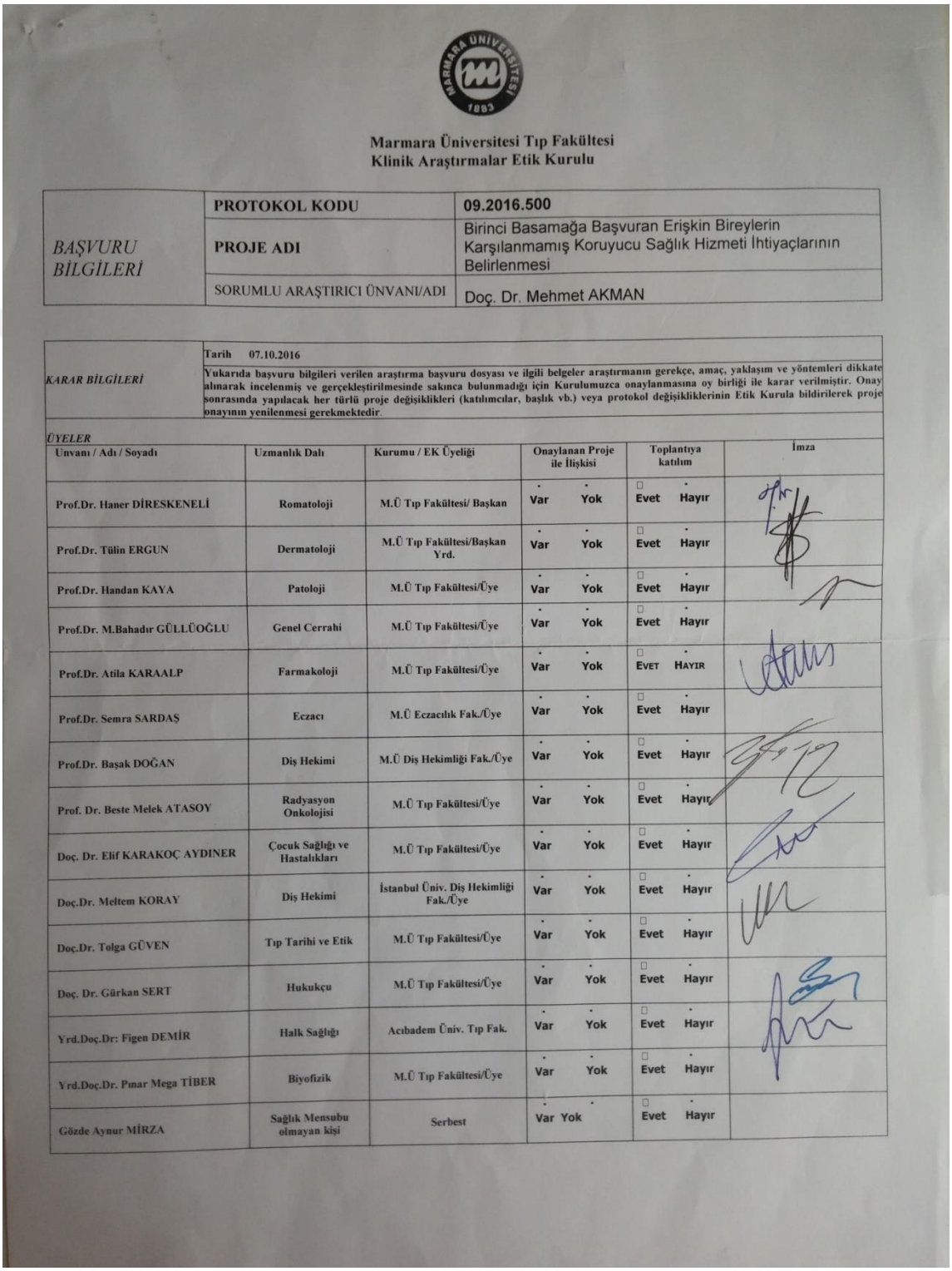
Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin adı-soyadı, imzası, adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Açıklamaları yapan araştırmacının adı-soyadı, imzası

Asist. Dr. Süheyla Atalay

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin adı-soyadı, imzası, görevi

EK 4 – ETİK KURUL ONAYI



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

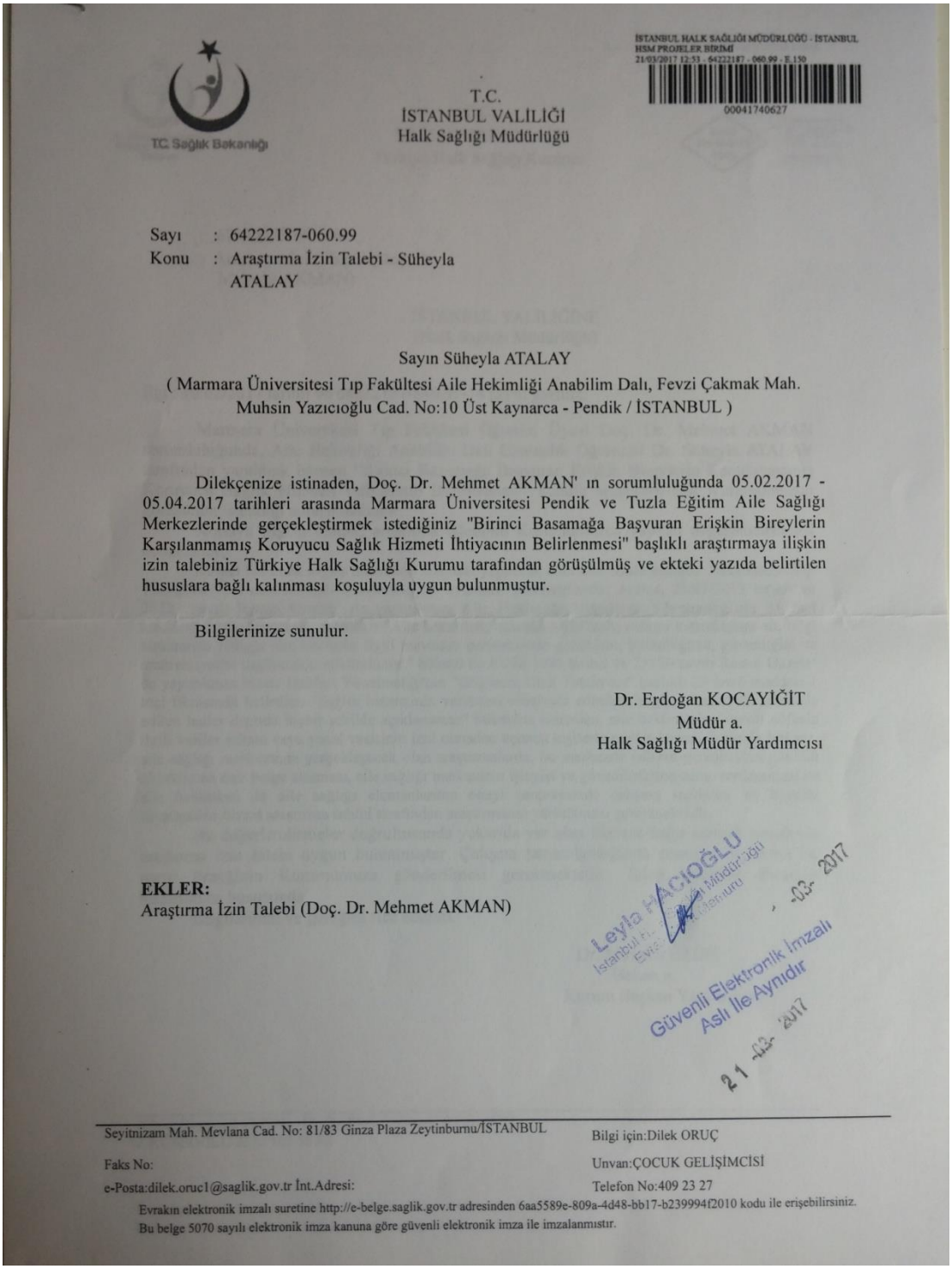
BAŞVURU BİLGİLERİ	**PROTOKOL KODU**	**09.2016.500**
	PROJE ADI	Birinci Basamağa Başvuran Erişkin Bireylerin Karşılanmamış Koruyucu Sağlık Hizmeti İhtiyaçlarının Belirlenmesi
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Doç. Dr. Mehmet AKMAN

KARAR BİLGİLERİ	**Tarih** 07.10.2016 Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılımcılar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula bildirilerek proje onayının yenilenmesi gerekmektedir.

ÜYELER

Unvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyeliği	Onaylanan Proje ile İlişkisi	Toplantıya katılım	İmza
Prof.Dr. Haner DİRESKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Tülin ERGUN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Handan KAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Atila KARAALP	Farmakoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	EVET HAYIR	
Prof.Dr. Semra SARDAŞ	Eczacı	M.Ü Eczacılık Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Başak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof. Dr. Beste Melek ATASOY	Radyasyon Onkolojisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç. Dr. Elif KARAKOÇ AYDINER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç.Dr. Meltem KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç.Dr. Tolga GÜVEN	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç. Dr. Gürkan SERT	Hukukçu	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Yrd.Doç.Dr: Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Acıbadem Üniv. Tıp Fak.	Var Yok	Evet Hayır	
Yrd.Doç.Dr. Pınar Mega TİBER	Biyofizik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Gözde Aynur MİRZA	Sağlık Mensubu olmayan kişi	Serbest	Var Yok	Evet Hayır	

EK 5 – HALK SAĞLIĞI ARAŞTIRMA İZNİ



İSTANBUL HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL
HSM PROJELER BİRİMİ
21/03/2017 12:53 - 64222187 - 060.99 - E.150
00041740627

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

T.C. Sağlık Bakanlığı

Sayı : 64222187-060.99
Konu : Araştırma İzin Talebi - Süheyla ATALAY

Sayın Süheyla ATALAY
(Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Fevzi Çakmak Mah. Muhsin Yazıcıoğlu Cad. No:10 Üst Kaynarca - Pendik / İSTANBUL)

Dilekçenize istinaden, Doç. Dr. Mehmet AKMAN' ın sorumluluğunda 05.02.2017 - 05.04.2017 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Pendik ve Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinde gerçekleştirmek istediğiniz "Birinci Basamağa Başvuran Erişkin Bireylerin Karşılanmamış Koruyucu Sağlık Hizmeti İhtiyacının Belirlenmesi" başlıklı araştırmaya ilişkin izin talebiniz Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından görüşülmüş ve ekteki yazıda belirtilen hususlara bağlı kalınması koşuluyla uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunulur.

Dr. Erdoğan KOCAYİĞİT
Müdür a.
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

EKLER:
Araştırma İzin Talebi (Doç. Dr. Mehmet AKMAN)

Leyla HACIOĞLU
İstanbul İl... Müdürlüğü
Evrak Kontrol Görevlisi
03- 2017

Güvenli Elektronik İmzalı
Aslı İle Aynıdır
21-03-2017

Seyitnizam Mah. Mevlana Cad. No: 81/83 Ginza Plaza Zeytinburnu/İSTANBUL
Faks No:
e-Posta:dilek.oruc1@saglik.gov.tr İnt.Adresi:
Bilgi için:Dilek ORUÇ
Unvan:ÇOCUK GELİŞİMCİSİ
Telefon No:409 23 27

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 6aa5589e-809a-4d48-bb17-b239994f2010 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU - THSK AİLE HEKİMLİĞİ EĞİTİM VE GELİŞTİRME DAİRE BAŞKANLIĞI
15/03/2017 17:46 - 67350377 - 663.08 - E.284

K-Q TSE-ISO-EN 9000 — IQNet CERTIFICATE

Sayı : 67350377/663.08
Konu : Araştırma İzin Talebi (Doç. Dr. Mehmet AKMAN)

İSTANBUL VALİLİĞİNE
(Halk Sağlığı Müdürlüğü)

İlgi : 16/02/2017 tarihli ve 64222187-849.99-74 sayılı yazınız.

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Mehmet AKMAN sorumluluğunda, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Öğrencisi Dr. Süheyla ATALAY tarafından yapılmak istenen "Birinci Basamağa Başvuran Erişkin Bireylerin Karşılanmamış Koruyucu Sağlık Hizmeti İhtiyacının Belirlenmesi" konulu araştırma için Kurumumuzun görüşünün istendiği anlaşılmaktadır.

Konuya ilişkin olarak, araştırma talebinin Kurumumuzca yapılan değerlendirilmesi neticesinde,

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz. Bununla birlikte, aile sağlığı merkezinde gerçekleşecek olan araştırmalarda, bu merkezde çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması, aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde çalışma saatlerini ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir.

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Kurumumuza gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Mustafa UZUN
Bakan a.
Kurum Başkan Yardımcısı

Adnan Saygun 2 Cad. No: 55 Çankaya / Ankara 03125655892
Z.KÖSEOĞLU 0312 565 58 92

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 6aa5589e-809a-4d48-bb17-b239994f2010 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 6 – ÖZGEÇMİŞ

Süheyla ATALAY

Doğum Tarihi: 17.11.1988

Medeni Durum: Bekar

E-posta: shyl.atalay@gmail.com

Adres: Merdivenköy mah. Zaman sok. No:42 Tavukçuoğlu Apt. Daire:10 Göztepe-Kadıköy/ İSTANBUL

Cep Telefonu: 090 0555 745 40 63

EĞİTİM GEÇMİŞİ

KADEME	ÜNİVERSİTE	BÖLÜM	YIL
Mezuniyet	Pamukkale Üniversitesi	Tıp Fakültesi	Haziran 2012
Asistanlık	Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Aile Hekimliği Anabilim Dalı	Temmuz 2014-Şubat 2016
	Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Aile Hekimliği Anabilim Dalı	Şubat 2016 – Temmuz 2017

MESLEKİ TECRÜBESİ

ÇALIŞTIĞI YER	GÖREVİ	YILI
Ağrı Merkez Toplum Sağlığı Merkezi	Pratisyen Hekim	Eylül 2012
Ağrı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi	Sorumlu Hekim	Ekim 2012- Eylül 2013
İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Asistan Hekim	Temmuz 2014 – Şubat 2016
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Asistan Hekim	Şubat 2016 – Temmuz 2017

YABANCI DİLLER

İngilizce (Intermediate) - **YDS:** 81

Almanca (Beginner)

ÜYELİKLER

2014 - Vasco da Gama Movement (VdGM) (2015 itibariyle Değişim Grubu Üyesi, 2017 itibariyle Awards & Fundraising Koordinatörü)

2014 - TAHUD (Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği)

SERTİFİKALAR

2010 - Neonatal Resusitasyon

2013 – Üreme ve Cinsel Sağlık Eğitimi

2014 – Temel Yaşam Desteği

2014 – MediCRes, Introduction To Clinical Trials, Planning, Analyzing, Reporting

2015 – Insulin Management Therapy

2015 – Basic Ultrasound Education

2015 – Çocuklarda Beslenme

2015 – Sigara Bıraktırma

ULUSAL KONGRELER

2015 – 14. Çapa Gastroenterohepatoloji Günleri

2015 - 3. Çocuk Dostları Kongresi

2015 – 14. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi

2016 – 8. Aile Hekimliği Araştırma Günleri (AHAG), Trabzon

2016 – 10. İstanbul Aile Hekimliği Kongresi

2016 – 4. Ulusal Diyabetik Ayak Enfeksiyonları Kongresi

2016 – 10. Aile Hekimliği Güz Okulu

2016 – 9.Aile Hekimliği Araştırma Günleri (AHAG) , Aydın

2017 – 5. Çocuk Dostları Kongresi

ULUSLARARASI KONGRELER

2014 – 1st Foundation Days, Zagreb, Croatia (Exchanger)

2015 – 20th WONCA Europe VdGM Preconference İstanbul

2015 – 20th WONCA Europe Conference İstanbul

2016 – 21st WONCA Europe VdGM Preconference, Kopenhag

2016 – 15. Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi

2016 – 5. Trakya Aile Hekimliği Kongresi

2017 – 16. Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi

KATILDIĞIM DEĞİŞİMLER (EXCHANGES)

2014 – Mini Exchange Program, Foundation Days, Zagreb, Croatia (Exchanger)

2015 – Hippokrates Exchange in Sardenya Health Center, Barcelona, Spain (Exchanger)

2015 – Preconference Exchange, İstanbul, Turkey (Host)

2017 – Erasmus Plus + Hippokrates Exchange with United Kingdom (Host)

YAYINLAR

2009 - Fatma Belger, Başak Beggi, Süheyla Atalay, Çağrı Ergin; Pamukkale University Faculty of Medicine Private Study Module; Investigation of Human Pathogen Black Yeast Colonization in Daily Water Healers By Culture Method ; Pamukkale Medical Journal, 2009, 2(3), 131-1

2016 - Hoorick IV, Yakubu K, Tsipou A, Figueiredo AB, Özkan N, Atalay S. WONCA 2015 preconference exchange: Selfdiscovery, friendship, and innovation amidst diversity and uncertainty. Journal of Family Medicine and Primary Care 2016;5:220-4.

2017 - Demet Merder Coşkun, Candan Kendir Çopurlar, Hakan Mut, Süheyla Atalay, Tuğba Onat, Halil Volkan Tekayak, Hilal Toplu Öztürk, Saliha Şahin, Merve Karademirci, Kübra Makara, Ozan Şengül;
Uluslararası Değişim Programları Genç Aile Hekimlerinin Kişisel ve Profesyonel Gelişimlerine Olumlu Etki Etmektedir; Konuralp Tıp Dergisi 2016;8(3) 202-207