

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK SINIF ÖĞRENCİLERİNİN
AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA ERİŞKİNLİK ÇAĞINDA ÖNERİLEN
PERİYODİK SAĞLIK MUAYENELERİ VE TARAMA TESTLERİ HAKKINDAKİ
BİLGİ VE TUTUMLARININ ARAŞTIRILMASI

Dr. İsmail Talha ÖZDOĞAN

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

2021

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK SINIF ÖĞRENCİLERİNİN
AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA ERİŞKİNLİK ÇAĞINDA ÖNERİLEN
PERİYODİK SAĞLIK MUAYENELERİ VE TARAMA TESTLERİ HAKKINDAKİ
BİLGİ VE TUTUMLARININ ARAŞTIRILMASI**

Dr. İsmail Talha ÖZDOĞAN

Tez Danışmanı:
Prof. Dr. Tuncay Müge ALVUR

Anabilim Dalı Başkanı:
Prof. Dr. Tuncay Müge ALVUR

Etik Kurul Uygunluk Onayı

Karar No: GOKAEK-2020/18.26 Proje No: 2020/314

İÇİNDEKİLER DİZELGESİ

TEŞEKKÜR	IV
KISALTMALAR DİZELGESİ	V
TABLOLAR DİZELGESİ	VI
ŞEKİLLER DİZELGESİ	X
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. GİRİŞ	1
1.2. AMAÇ	2
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Tıp Eğitimi	4
2.1.1. Dünyada Tıp Eğitimi	4
2.1.2. Türkiye’de Tıp Eğitimi	6
2.1.2.1 Türkiye’de Tıp Eğitiminin İçeriği	7
2.1.2.2 Türkiye’de Tıp Eğitiminin Amacı	8
2.2. Aile Hekimliği	11
2.2.1 Aile Hekimliğinin Tarihçesi	12
2.2.2. Aile Hekimi Kimdir?	12
2.2.3. Aile Hekiminin Görev ve Sorumlulukları Nelerdir?	14
2.3. Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri	14
2.3.1. Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testlerinin Tarihçesi	15
2.3.2. Periyodik Sağlık Muayenesi ve Tarama Testi Nedir?	16
2.3.3. Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testlerinde Adımlar	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Yeri	22
3.2. Örneklem Seçimi	22

3.3. Araştırmanın Uygulama Şekli ve Verilerin Toplanması	22
3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi	23
4. BULGULAR	24
4.1. Sosyodemografik Veriler	24
4.2. Katılımcıların Erişkinlik Çağında Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Hakkında Bilgi Düzeylerine İlişkin Veriler	24
4.2.1. Bilgi Ölçen Sorulardan Elde Edilen Sonuçların Her Bir Periyodik Sağlık Muayenesi ve Tarama Testi Bağlamında Sunulması	25
4.2.2. Katılımcılarının Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testlerine İlişkin Kapsamlı Değerlendirmelerde Bulunmalarını Gerektiren 16. ve 17. Sorulardan Elde Edilen Bulgular	35
4.3. Katılımcıların Erişkinlik Çağında Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Hakkındaki Tutumlarına İlişkin Veriler	41
4.4. Katılımcıların Erişkinlik Çağında Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Hakkındaki Aldıkları Eğitimin Yeterliliğine ve Kendi Öz yeterliliklerine İlişkin Değerlendirmeleri	43
4.5. Katılımcıların Erişkinlik Çağında Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Hakkında Bilgi Düzeyleri ile Öz Yeterliliklerine İlişkin Verilerin Değerlendirilmesi	47
4.6. Katılımcıların Erişkinlik Çağında Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Hakkında Bilgi Düzeyleri ile Tutumlarına İlişkin Verilerin Değerlendirilmesi	53
4.7. Erişkinlik Çağında Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleriyle Saptanabilecek Hastalıkların Katılımcıların Birinci Derece Akrabalarında Bulunma Durumu ile Katılımcıların Bu Muayene ve Testler Hakkındaki Bilgi Düzeylerine İlişkin Verilerin Değerlendirilmesi.....	62

4.8. Katılımcıların Erişkinlik Çağında Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleriyle Saptanabilecek Hastalıkların Birinci Derece Akrabalarında Bulunma Durumu ile Bu Muayene ve Testler Hakkındaki Tutumlarına İlişkin Verilerin Değerlendirilmesi	66
5. TARTIŞMA.....	71
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	79
7. ÖZET	81
8. ABSTRACT	83
9. KAYNAKÇA	85
10. EKLER	90
10.1. Ek 1: Tez Anketi	90
10.2. Ek 2: Bilgi Sorularını İçeren Cevap Anahtarı.....	98
10.3. Ek 3: PSM ve Tarama Testleri Hakkında Bilgi Ölçen Soruların Veri Toplama Aracındaki Yerleri	102

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte çalışma fırsatı bulduğum, bilgi ve tecrübeleriyle her zaman bana yol gösteren, asistanı olmaktan onur ve gurur duyduğum değerli hocam Prof. Dr. Tuncay Müge Alvur'a;

Uzmanlık eğitimim boyunca kendilerini tanımaktan ve birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum başta kıdem arkadaşlarım Dr. Onur Şen ve Dr. Vildan Sönmez olmak üzere KOÜAH ailemizin her bir mensubu olan Aile Hekimliği asistanlarına;

Her başarımda çok büyük emekleri ve destekleri olan annem Ayşe Gülcan Özbalak'a, kardeşlerim Mustafa Fatih Özdoğan, Osman Selim Özdoğan ve Ayşe Betül Özdoğan'a;

Asistanlık sürecimin en zor ve en büyük kazanımı, 1,5 yıldır hayatımın merkezine yerleşen göz bebeğim, biricik kızım Hatice Büşra'ya;

Koşulsuz sevgisini her zaman hissettiğim, hayat yoldaşım, iyi ki var dediğim ve her zor anımda olduğu gibi tezimin hazırlanma sürecinde de en büyük destekçim olan, biricik eşim Sevde Nur Özdoğan'a tüm kalbimle teşekkür ederim.

Dr. İsmail Talha Özdoğan

KISALTMALAR DİZELGESİ

AAMC	: Amerikan Tıp Fakülteleri Birliği
A.B.D.	: Amerika Birleşik Devleti
AMA	: Amerikan Tıp Birliği
CTFPHC	: Koruyucu Sağlık Hizmetleri Kanada Görev Gücü
MÖ	: Milattan önce
MS	: Milattan sonra
PSM	: Periyodik sağlık muayenesi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UÇEP	: Ulusal Çekirdek Eğitim Programı
WFME	: Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu
WONCA	: Dünya genel pratisyen/aile hekimliği ulusal kolejler, akademileri ve akademik dernekleri birliği
yy.	: Yüzyıl

TABLolar DİZELGESİ

Tablo 1 Sosyodemografik veriler	24
Tablo 2 Toplam bilgi puanı ile sınıf ilişkisi	25
Tablo 3 Kardiyovasküler olaylardan korunmada risk değerlendirilmesine ilişkin bilgi düzeyleri ile sınıf ilişkisi	26
Tablo 4 Tütün ürünü kullanımı ve pasif etkilenim durumunun değerlendirilmesine ilişkin bilgi düzeyleri ile sınıf ilişkisi	27
Tablo 5 Arteriyel tansiyon takibine ilişkin bilgi düzeyleri ile sınıf ilişkisi	27
Tablo 6 Serum lipid profili taramasına ilişkin bilgi düzeyleri ile sınıf ilişkisi.....	28
Tablo 7 Diyabetes mellitus taramasına ilişkin bilgi düzeyleri ile sınıf ilişkisi.....	29
Tablo 8 Tiroid fonksiyon anomalilerine ilişkin bilgi düzeyleri ile sınıf ilişkisi.....	29
Tablo 9 Obezite taramasına ilişkin bilgi düzeyleri ile sınıf ilişkisi	30
Tablo 10 Meme kanseri taramasına ilişkin bilgi düzeyleri ile sınıf ilişkisi.....	30
Tablo 11 Kolorektal kanser taramasına ilişkin bilgi düzeyleri ile sınıf ilişkisi.....	31
Tablo 12 Serviks kanseri ve prekanseröz lezyonların taranmasına ilişkin bilgi düzeyleri ile sınıf ilişkisi	31
Tablo 13 Gebelerde kan grubu tayini, demir eksikliği, hepatit b taramasına ilişkin bilgi düzeyleri ile sınıf ilişkisi	32
Tablo 14 Nöral tüp defekti profilaksisi için folik asit önerilmesine ilişkin bilgi düzeyleri ile sınıf ilişkisi	33
Tablo 15 Orak hücreli anemi-Talasemi major taramasına ilişkin bilgi düzeyleri ile sınıf ilişkisi	33
Tablo 16 Alkol kullanım durumunun değerlendirilmesine ilişkin bilgi düzeyleri ile sınıf ilişkisi	34
Tablo 17 Depresyon taramasına ilişkin bilgi düzeyleri ile sınıf ilişkisi	35
Tablo 18 58 yaşındaki erkek hasta için uygulanması gereken ve gerekmeyen periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testlerinin belirlenebilme düzeyi ile sınıf ilişkisi.....	36
Tablo 19 Anketin 16. sorusunda bulunan senaryo durumundaki periyodik muayeneler ve tarama testleriyle ilgili değerlendirmelerde başarı düzeyi ile sınıf ilişkisi.....	37
Tablo 20 38 yaşındaki kadın hasta için uygulanması gereken ve gerekmeyen periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testlerini belirleyebilme düzeyi ile sınıf ilişkisi.....	38

Tablo 21 Anketin 17. sorusunda bulunan senaryo durumundaki periyodik muayeneler ve tarama testleriyle ilgili değerlendirmelerde başarı düzeyi ile sınıf ilişkisi	40
Tablo 22 PSM ve tarama testlerine ilişkin tutumlar	42
Tablo 23 Anketin 18. sorusunda bulunan periyodik muayeneler ve tarama testleriyle ilgili ölçekten elde edilen median; %25; %75 ile sınıf ilişkisi.....	43
Tablo 24 “Aldığınız teorik ve pratik eğitim saatlerinin birinci basamak periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri açısından yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?” sorusuna verilen yanıtlar ile sınıf ilişkisi	44
Tablo 25 “Kendinizi birinci basamak hekimliği/koruyucu hekimlik hakkında yeterli görüyor musunuz?” sorusu ile sınıf ilişkisi	45
Tablo 26 Öz yeterlilik sorularına yanıtlar ile sınıf ilişkisi.....	46
Tablo 27 Arteriyel tansiyon takibi taramasına ilişkin öz yeterlilik değerlendirmeleri ile bu tarama hakkında bilgi ölçen sorulardaki başarı ilişkisi	48
Tablo 28 Serum lipid taramasına ilişkin öz yeterlilik değerlendirmeleri ile bu tarama hakkında bilgi ölçen sorulardaki başarı ilişkisi	48
Tablo 29 Diyabetes mellitus taramasına ilişkin öz yeterlilik değerlendirmeleri ile bu tarama hakkında bilgi ölçen sorulardaki başarı ilişkisi	49
Tablo 30 Tiroid fonksiyon anomalileri taramasına ilişkin öz yeterlilik değerlendirmeleri ile bu tarama hakkında bilgi ölçen sorulardaki başarı ilişkisi	50
Tablo 31 Obezite taramasına ilişkin öz yeterlilik değerlendirmeleri ile bu tarama hakkında bilgi ölçen sorulardaki başarı ilişkisi	50
Tablo 32 Meme kanseri taramasına ilişkin öz yeterlilik değerlendirmeleri ile bu tarama hakkında bilgi ölçen sorulardaki başarı ilişkisi	51
Tablo 33 Kolorektal kanser taramasına ilişkin öz yeterlilik değerlendirmeleri ile bu tarama hakkında bilgi ölçen sorulardaki başarı ilişkisi	52
Tablo 34 Serviks kanseri ve prekanseröz lezyonların taranmasına ilişkin öz yeterlilik değerlendirmeleri ile bu taranma hakkında bilgi ölçen sorulardaki başarı ilişkisi	52
Tablo 35 Depresyon taramasına ilişkin öz yeterlilik değerlendirmeleri ile bu tarama hakkında bilgi ölçen sorulardaki başarı ilişkisi	53
Tablo 36 Tütün ürünü kullanımı ve pasif etkilenim durumunun değerlendirilmesi bilgisi ölçen sorularda başarı düzeyi ile tutum ilişkisi	54
Tablo 37 Arteriyel tansiyon takibi bilgisi ölçen sorularda başarı düzeyi ile tutum ilişkisi	55

Tablo 38 Serum lipid profili taraması bilgisi ölçen sorularda başarı düzeyi ile tutum ilişkisi	55
Tablo 39 Diyabetes mellitus taraması bilgisi ölçen sorularda başarı düzeyi ile tutum ilişkisi	56
Tablo 40 Tiroid fonksiyon anomalilerinin taranması bilgisi ölçen sorularda başarı düzeyi ile tutum ilişkisi	57
Tablo 41 Obezite taraması bilgisi ölçen sorularda başarı düzeyi ile tutum ilişkisi	57
Tablo 42 Meme kanseri taraması bilgisi ölçen sorularda başarı düzeyi ile tutum ilişkisi...	58
Tablo 43 Kolorektal kanser taraması bilgisi ölçen sorularda başarı düzeyi ile tutum ilişkisi	59
Tablo 44 Serviks kanseri ve prekanseröz lezyonların taranması bilgisi ölçen sorularda başarı düzeyi ile tutum ilişkisi	59
Tablo 45 Gebelerde kan grubu tayini taraması bilgisi ölçen sorularda başarı düzeyi ile tutum ilişkisi	60
Tablo 46 Alkol kullanım durumunun değerlendirilmesi bilgisi ölçen sorularda başarı düzeyi ile tutum ilişkisi	61
Tablo 47 Depresyon taraması bilgisi ölçen sorularda başarı düzeyi ile tutum ilişkisi	61
Tablo 48 Arteriyel tansiyon takibi bilgi düzeyi ile ailede hipertansiyon öyküsü ilişkisi	62
Tablo 49 Serum lipid profili taraması bilgi düzeyi ile ailede hiperlipidemi öyküsü ilişkisi	63
Tablo 50 Diyabetes mellitus taraması bilgi düzeyi ile ailede diyabetes mellitus öyküsü ilişkisi	63
Tablo 51 Tiroid fonksiyon anomalileri bilgi düzeyi ile ailede tiroid hastalığı öyküsü ilişkisi	64
Tablo 52 Obezite taraması bilgi düzeyi ile ailede obezite öyküsü ilişkisi.....	64
Tablo 53 Meme kanseri taraması bilgi düzeyi ile ailede meme kanseri öyküsü ilişkisi	65
Tablo 54 Kolorektal kanser taraması bilgi düzeyi ile ailede kolorektal kanser öyküsü ilişkisi	65
Tablo 55 Serviks kanseri taraması bilgi düzeyi ile ailede serviks kanseri öyküsü ilişkisi ..	66
Tablo 56 Ailede hipertansiyon öyküsü ile arteriyel tansiyon takibi tutumu ilişkisi.....	66
Tablo 57 Ailede hiperlipidemi öyküsü ile serum lipid profili taraması tutumu ilişkisi	67
Tablo 58 Ailede diyabetes mellitus öyküsü ile diyabetes mellitus taraması tutumu ilişkisi	67

Tablo 59 Ailede tiroid fonksiyon anomalisi öyküsü ile tiroid fonksiyon anomalilerinin taraması tutumu ilişkisi.....	68
Tablo 60 Ailede obezite öyküsü ile obezite taraması tutumu ilişkisi	69
Tablo 61 Ailede meme kanseri öyküsü ile meme kanseri taraması tutumu ilişkisi	69
Tablo 62 Ailede kolorektal kanser öyküsü ile kolorektal kanser taraması tutumu ilişkisi..	70
Tablo 63 Ailede serviks kanseri öyküsü ile serviks kanseri ve prekanseröz lezyonların taraması tutumu ilişkisi.....	70



ŞEKİLLER DİZELGESİ

Şekil 1 UÇEP Ulusal Yetkinlik ve Yeterlikler Listesi 1	9
Şekil 2 UÇEP Ulusal Yetkinlik ve Yeterlikler Listesi 2	10
Şekil 3 UÇEP Ulusal Yetkinlik ve Yeterlikler Listesi 3	11
Şekil 4 WONCA aile hekimliği çekirdek yeterlilikler ve özellikler	13
Şekil 5 Periyodik sağlık muayenesi planı (30)	20



1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. GİRİŞ

Dünya sağlık örgütüne ait verilere göre 2019 yılında dünyada gerçekleşen 55,4 milyon ölümün yarısından fazlası (%55'i) 10 temel nedene bağlı olarak gerçekleşmiştir. Bu nedenler ölüme sebep olma sıklıkları göz önünde bulundurularak iskemik kalp hastalığı, inme, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, alt solunum yolu enfeksiyonları, yenidoğan durumları (asfiksi, doğum travması, yenidoğan sepsisi ve enfeksiyonları, prematüre komplikasyonları), trakea-bronş-akciğer kanserleri, Alzheimer ve diğer demanslar, diyareler, diyabetes mellitus, böbrek hastalıkları şeklinde sıralanmıştır (1). Türkiye'de gerçekleşen ölümlerin altında yatan sebeplerin de dünyada gerçekleşen ölüm sebepleri ile paralellik gösterdiği söylenebilir. TÜİK'e göre 2019 yılında Türkiye'de gerçekleşen ölümlerin sebepleri sırasıyla; dolaşım sistemi hastalıkları (%36,8), iyi ve kötü huylu tümörler (%18,4), solunum sistemi hastalıkları (%12,9), sinir ve duyu organları hastalıkları (%4,8), endokrin (iç salgı bezi) beslenme ve metabolizmayla ilgili hastalıklar (%4,7), dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler (%4,6) ve diğer sebeplerdir (2). Bu sıralamada yer alan ilk 3 ölüm sebebinin Türkiye'de gerçekleşen toplam ölüm sayısının %68,1'ini açıklaması dikkat çekicidir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar olarak da tanımlanan; kalp hastalıkları, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabetler uzun takip ve tedavi sürecinde ülkelerin ekonomilerine ve sağlık sistemlerine ciddi bir yük oluşturmaktadır (3). Üstelik yaşanan ve artan küresel nüfus nedeniyle bu ekonomik yükün önümüzdeki 20 yıl içerisinde dramatik bir biçimde artacağı öngörülmektedir (3). Ekonomik olarak böyle bir yükü üstlenmek istemeyen ve özellikle böyle bir ekonomik yükü kaldırma imkanı bulunmayan ülkelerin bu hastalıkları önleyecek sağlık politikaları ile hareket etmeleri gerekmektedir.

Hastalıkların önlenmesi ve erken dönemde teşhis ve tedavi edilebilmesi fikri ilk olarak sigorta şirketlerinin dikkatini çekmiştir. Hayat sigortası endüstrisinin daha fazla ekonomik kazanç elde etme amaçları periyodik sağlık muayenelerinin ölüm oranlarını düşürmedeki olumlu etkilerinin ortaya çıkmasına imkan sağlamıştır (4). Günümüz dünyasında hastalıkların erken dönemde teşhis edilebilmesi ve hastalıklara zemin hazırlayabilecek faktörlerin ortadan kaldırılması küresel ölçekte uygulanan devlet politikalarından biridir. Türkiye Cumhuriyeti Devleti'nin Sağlık Bakanlığı da bu amaç doğrultusunda çalışmakta; vatandaşlarına sağlıklarını nasıl koruyacaklarına ilişkin bilgileri sunma ve bunun için

gerekli alt yapıyı sağlama amacıyla hareket etmektedir (5). Buradan anlaşılacağı üzere bir ülkedeki sağlık uygulamalarının geliştirilmesi tedavi yöntemlerinin sayısında bir artış elde etmekle sınırlanmaz. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi yaklaşımı; vatandaşlara doğru davranışların öğretilmesi, herkes için sağlıklı çevresel koşulların sağlanması ve ülkedeki tıbbi kaynakların ve sağlık hizmetlerinin nitelikli bir biçimde örgütlenmesini içeren koruyucu hekimlik hizmetlerini kapsar (5). Tüm bu hizmetlerle ulaşılmak istenen hedef daha bilinçli bir toplumun inşası ve hastalıklara yönelik önlem alabilmek için risk faktörlerinin belirlenebilmesidir (5). Henüz ortaya çıkmadan hastalıklara yönelik önlemler alabilmek tedavi sürecinin zahmetini ve maliyetini ortadan kaldırmak ve ölüm oranlarını düşürebilmek açısından son derece önemlidir. Bu durum, koruyucu sağlık hizmetlerinin niteliğinin artırılmasının hem birey olarak vatandaşlar için hem de ülke ekonomisi için ne derece önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetleri, kişiye yönelik ve topluma yönelik olmak üzere ikiye ayrılır. Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise birincil, ikincil, üçüncül ve dördüncül korumadan oluşur. Hekimler birincil koruma kapsamında bireylerin hastalığa yakalanma risklerini azaltmayı, ikincil koruma kapsamında bireylerde gelişen hastalıklara yönelik erken tanı koyabilmeyi ve üçüncül koruma kapsamında hastalık sonucunda oluşan komplikasyonları azaltmayı hedefler (6). Periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri kişilerde oluşabilecek hastalıklara ait riskleri belirlemek ve gelişen hastalıklara mümkün olduğunca erken tanı koyabilmek için hekimlerin kullanmaları gereken önemli araçlardır (7). Bu araçları etkili bir biçimde kullanabilmek için hekimlerin doğru adımlarla hareket etmeleri, muayene ve tarama süreçlerini titizlikle planlamaları gerekmektedir (8). Tüm bu sürecin etkin bir biçimde gerçekleşebilmesi ise hekimlerin koruyucu hekimlik bilgi ve becerilerinin yeterli düzeyde olmasına bağlıdır.

1.2. AMAÇ

Ülkemizde tıp fakültesinden mezun olan her hekimin, ayrıca bir uzmanlık yapmış olmasına bakılmaksızın, vatandaşlara koruyucu sağlık hizmetleri sunabiliyor olması gerekmektedir. Yani tıp fakültelerinde verilen eğitim, hekimlere koruyucu sağlık hizmetlerini sunabilecek donanımı sağlamalıdır. Dolayısıyla mezun olan her hekimin periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olması gerekir. Bu gereklilik Yükseköğretim Kurumu tarafından Mezuniyet Öncesi Tıp

Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı ile ilan edilmiştir. Bu programa göre ülkemizdeki her hekim Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri sonucunda saptanması ve önlenmesi hedeflenen hastalıkların çok büyük kısmına tanı koyma ve tedavi edebilme yetkinliğine sahip olmalıdır (9).

Bu çalışmanın amacı Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi klinik sınıflarında öğrenim gören tıp fakültesi öğrencilerinin periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testlerine ilişkin bilgilerinin ne düzeyde ve tutumlarının nasıl olduğunu ortaya koymaktır. Öğrenim seviyesine bağlı olarak katılımcıların bilgi düzeylerinin ve tutumlarının ne şekilde değiştiği ortaya konmak istenmektedir. Elde edilen verilerin analizinden elde edilen sonuçlar tıp fakültesi eğitim programının hekimlere, periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri hakkında yeterli içerik sunup sunmadığına ışık tutacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

Bu bölüme tıp eğitiminin tarih boyunca nasıl geliştiği anlatılarak başlanılacak ardından Türkiye'deki tıp eğitimini içerik ve amaçlarından bahsedilecektir. Aile hekimi ve aile hekimlerinin görev ve sorumlulukları tanımlanıp, aile hekimlerinin uygulamaları gereken periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testlerinin tanımı yapılacaktır. Yapılan tanımlamanın sonrasında Türkiye'de aile hekimlerinin yapmaları gereken periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri ve bu muayene ve taramalardan erişkin çağındaki bireylere uygulanması gerekenler detaylandırılarak açıklanacaktır.

2.1. Tıp Eğitimi

Bu bölümde tıp eğitiminin dünyada nasıl geliştiğinden bahsedilecek, ardından Türkiye'deki tıp eğitiminin içerik ve amaçları açıklanacaktır.

2.1.1. Dünyada Tıp Eğitimi

Tıp eğitiminin kökenini belirlemek zor olsa da, uzmanlar genellikle bunun antik Yunanlıların hastalıkla ilgili gözlem ve akıl yürütme pratiğini ortaya çıkaran rasyonel araştırma yöntemiyle başladığını düşünürler (10).

Tıp eğitimi tarihi 4 dönemde incelenebilir; MÖ 1500 ve MS. 11.yy. lar arasını kapsayan Dogma Çağı, 11.yy ve 16. yy arasını kapsayan Ampirik Çağ, 17.yy ve 18. yy. arasını kapsayan Aydınlanma Çağı ve 18. Yüzyıl sonundan günümüze kadar olan kısmı kapsayan Endüstrileşmiş Tıp Eğitimi Çağı (11).

Dogma çağında hekimlik becerilerinin doğuştan geldiğine inanılır, ailede elde edilen hekimlik bilgisi usta çırak ilişkisi içerisinde babadan oğula aktarılırdı (12,13). Bu dönemde tıp eğitimi kitabi değil daha çok pratik deneyimlere dayalı idi. Rasyonel yorumlama ve tartışma yönteminin kullanımıyla 5.yy'da Hipokrat'ın da eğitim verdiği söylenen İstanköy (Kos) gibi okullar kurulmuştur (10). Tıbbi çalışmalara gözlemi dahil eden Hipokrat tıbbi mitolojik anlayışların etkisinden kurtarmıştır (14).

Ampirik Çağ Avrupa'da eğitim faaliyetlerinin kilisenin otoritesi altında gerçekleştiği döneme denk gelir. Hekimlerin eğitimi de din adamlarının hakimiyetinin altında, bilimsel düşünceden uzak bir şekilde kiliselere bağlı olarak gerçekleştirilmiştir. Eğitime erişim hakkına kimlerin sahip olacağı sorusunun cevabı kişilerin aileleri ve sosyal statüleri ile belirlenmiştir (15). Aynı dönemde Anadolu'da sağlık alanında önemli gelişmeler

görülmüş, büyük hastaneler yapılmış, tıp eğitimi hastane pratiği ekseninde usta-çırak eğitim metoduyla gerçekleştirilmiştir (16,12). Anadolu'da hekimlerin mesleğe başlayabilmeleri için ustalarından yetki alabilmeleri gerekmiştir. Ampirik çağın başında, 16.yy.da, anatomi uzmanları ölü bedenler üzerinde araştırmalar yapmaya başlamış ve bazı patolojik değişimleri tanımlayabilmişlerdir ancak bu dönemde hastalıklara ilişkin bilgiler semptomlara ilişkin oluşturulmuş gruplandırmalardan ibarettir (17).

17. yüzyılda batıda gerçekleşen Rönesans her şeyi olduğu gibi dönemin eğitim felsefesini ve bilimsel çalışmalarını da etkilemiştir. Bu dönemde ilerlemenin temel aracı akıl ve bilim olarak kabul edilmiştir (18). Bu da tıp eğitiminde *Aydınlanma Çağının* başlamasına zemin hazırlamıştır. Steteskobun keşfi tıp alanında yapılan çalışmalar için de bir dönüm noktası olmuş, artık hekimler bedeni sadece gözleme değil, inceleme fırsatı bulmuşlardır (17). Tüm bu olumlu gelişmelere rağmen bu çağda, tıp eğitimi hala yalnızca seçkinlerin erişebildiği bir eğitimidir (11). 18. yüzyılda ticari kapitalizmin gelişmesiyle eğitime sadece belli bir zümrenin erişmesine karşı olarak fırsat eşitliğine yönelik imkanlar doğmuş, üniversiteler yaygınlaşmış, ancak üniversite eğitimini finanse edebilen aileler yine dönemin zengin ve tüccar aileleri olmuştur (18). Bu dönemde tıp, temelde iki koldan ilerlemektedir; ilaç ve cerrahi. Bunlardan ilki bedene alınan ilaçlar ve uygulanan diyetlerle ilgilenirken diğeri bedenin dış kısımları ile ve cerrahın bıçağı ile ulaşma imkanı bulunan az sayıdaki iç kısmıyla ilgilenmektedir (19).

18. yüzyılın sonu itibariyle *tıp eğitiminde endüstrileşme* süreci başlamıştır. 1900lerin başlarında bilim endüstrileşme ve şehirleşmeyle ortaya çıkan problemlerin çözümü için bir araç olarak kullanılmaya, problem çözümünde etkinliğin artırılması için sosyal verimlilik kaygısıyla hareket edilmeye başlanmıştır (20).

Bu amaç doğrultusunda verilen eğitimlerin içerikleri ve değerlendirilme yöntemleri standardize edilmiştir (20). Bu doğrultuda ülkelerde verilen tıp eğitimi sonucunda yetiştirilmesi planlanan hekimlerin sahip olması gereken temel bilgi düzeyleri ve becerilerin neler olduğu tanımlanmış, bireylere sunulacak sağlık hizmetlerinde standartlar bu sayede yükseltilmeye çalışılmıştır (9,21).

Tıp eğitimi; temel tıp eğitimi, mezuniyet sonrası eğitimi ve hekimlerin mesleki sürekli gelişimlerini kapsayan üç dönemi kapsar (22). Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu (WFME) tıp eğitiminde uluslararası standartların neler olması gerektiğini tanımladıkları programı

1988 yılında başlatmıştır ve 2003 yılında WFME Evrensel Standartlar Üçlemesi yayınlanmıştır (23). WFME'ye göre; hekimleri toplumun beklenti ve ihtiyaçlarına cevap verebilir nitelikte yetiştirmek, tıp alanında gerçekleşen bilgi ve teknoloji sayısındaki artışla başa çıkabilmek, hekimlere yaşam boyu öğrenme becerileri kazandırmak, eğitimi yeni bilgi teknolojilerini kullanarak gerçekleştirmek ve sağlık hizmetlerinde gerçekleşen değişimlere göre tıp eğitimini şekillendirebilmek için tıp eğitiminde bazı değişikliklere gidilmesi gereklidir (23).

Tüm diğer alanlarda olduğu gibi tıp alanında da kişilerin hangi yöntemlerle öğrenim görmesi gerektiği sorusuna cevap aranmaktadır. Doktor adaylarının probleme dayalı öğretime dayalı bir öğrenim sürecinden geçmeleri, tıp eğitiminde olumlu sonuçlar doğurması umularak kullanılan öğretim yöntemlerinden biridir. Probleme dayalı öğretim ortamlarında gerçekleşen tartışmalar ile bilginin sosyal ortamda öğrenilmesini sağlayacak ortam sağlanır (24). Bundan 60 yıl kadar önce tanımlanmış olsa da son zamanlarda popülerlik kazanmış olan bir diğer tıp eğitimi modeli ise “yeterliliğe dayalı öğrenim (competency based education)”dir (25).

Bu eğitim yaklaşımına göre;

- Hekimlere sunulan müfredat mezun hekimlerin gerekli tüm alanlarda yetkinliğini sağlamalı, doktorluk uygulamalarına katkıda bulunmayan içerikler müfredattan çıkarılmalıdır.
- Bilgiye çok fazla vurguda bulunan ancak beceri tutum ve bu ikisinin gözlemlenebilir yeterliliklere sentezlenmesini dışlayan tıp müfredatı hekimlerin hangi becerilere sahip olmaları gerektiğine odaklanmalıdır.
- Tıp eğitimi bir öğrencinin bir eğitim birimi üzerine “ne süreyle” çalıştığına odaklanmak yerine bu eğitim sürecinde “neler öğrendiğine” odaklanmalı, öğrencilerin daha kısa veya daha uzun zaman dilimlerinde aynı bilgiyi edinebilecekleri gözden kaçırılmamalıdır.
- Tıp eğitimi öğrenci merkezli olarak yapılandırılmalı, müfredat öğrenciler için açık ve anlaşılır öğrenim hedefleri içermelidir (25).

2.1.2. Türkiye’de Tıp Eğitimi

Türkiye coğrafyasında tıp eğitiminin kurumsal temelleri 1827 yılında, ordunun hekim ve cerrah ihtiyacını karşılamak amacıyla, Tıbhane-i Amire'nin kurulmasıyla başlar. Bu

dönemde tıp eğitimi 4 yıl sürüyordu ve sık sık eğitimin içeriğine ilişkin düzenlemeler gerçekleştiriyordu (26). Tıbhane-i Amire’de öğrenciler temel tıp ilimlerinin yanında, tıp kitaplarını okuyacak yetkinlikte olabilmeleri için İtalyanca ve Fransızca öğreniyorlardı (27). 1857 yılında, var olan Fransızca tıp kitaplarının Türkçeye çevrilmesi için adımlar atılmış, bu sayede öğrenimde dil engelinin kalkmasıyla tıp eğitiminin daha da yaygın hale gelmesi sağlanmıştır. 1933 yılında sadece “İstanbul Üniversitesi” bünyesinde bulunan bir Tıp Fakültesi sayısı 1974 yılında altıya çıkmıştır. Bugün gelinen noktada Türkiye’nin pek çok şehrinde bulunan üniversitelere bağlı 120’ye yakın tıp fakültesi bulunmaktadır (28).

Bundan sonraki kısımda günümüzde Türkiye’de uygulanan tıp eğitiminin içeriği ve bu eğitimle gerçekleştirilmek istenen amaçların neler olduğu açıklanacaktır.

2.1.2.1 Türkiye’de Tıp Eğitiminin İçeriği

Türkiye’de toplamda 6 yıl süresince öğrenim gören katılımcılara sunulan eğitimin içeriği hekimlik uygulamaları ve beceriye yönelik eğitimler, genel tıp alanına temel oluşturan bilgiler ve bilgiye yönelik eğitimler ve profesyonel davranışlar, değerler ve profesyonelliğe yönelik eğitimleri kapsayacak biçimde düzenlenir (29).

6 yıllık tıp eğitiminin ilk üç yılı teorik eğitimleri kapsar. Öğrenimlerinin ilk üç yılında hekim adayları organik kimya, biyokimya, biyofizik, tıbbi biyoloji, fizyoloji, histoloji, embriyoloji, anatomi, tıbbi patoloji, tıbbi mikrobiyoloji, halk sağlığı, tıbbi farmakoloji, çocuk sağlığı ve hastalıkları, iç hastalıkları, kardiyoloji, ruh sağlığı ve hastalıkları, tıp etiği, kadın hastalıkları ve doğum, enfeksiyon hastalıkları, nöroloji, göğüs hastalıkları, ortopedi ve travmatoloji, radyoloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, göğüs cerrahisi, üroloji, tıbbi genetik, genel cerrahi, koruyucu hekimlik, aile hekimliği, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları, adli tıp, kalp ve damar cerrahisi, çocuk cerrahisi, nükleer tıp dersleri görürler. Tıp eğitiminin 4. ve 5. yılları ise ilk 3 yılda teorik eğitimi görülen branşlara ait pratik uygulamaların yapıldığı klinik yıllardır. 6. sınıfa gelmiş hekim adayları ise öğrenim gördükleri üniversitelerin hastanelerinde intörn doktor olarak çalışırlar.

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi’nin her bir döneme ait ders programı detaylıca incelendiğinde koruyucu hekimlik bilgi ve becerilerine yönelik içeriğe sahip olan bir ders kurulu ve iki ayrı staj bulunduğu görüldü. Eğitim programına göre öğrenciler 3. sınıfta aldıkları “Toplum Sağlığı ve Etik” kurulundaki eğitim kapsamında koruyucu hekimlik bilgi ve becerilerine ilişkin toplamda 11 eğitim saati ders almakta, 4. sınıfta ise kadın

hastalıkları ve doğum stajında 1 eğitim saati, çocuk sağlığı ve hastalıkları stajında 1 eğitim saati olmak üzere toplamda 2 saat koruyucu hekimlik hakkında eğitimtedirler (30).

2.1.2.2 Türkiye’de Tıp Eğitiminin Amacı

Türkiye’de verilen tıp eğitiminin amacı hekimlere profesyonel tutum ve davranış, bilgi ve hekimlik uygulamaları yönüyle yeterlilik kazandırmaktır (29). Ancak Türkiye’de farklı imkanlara ve alt yapılara sahip tıp fakültelerinde hekimler farklı eğitim modelleri ve farklı öğretim programlarıyla öğrenim görmektedirler (31). Bu farklılıklara rağmen aynı temel bilgi ve becerilere sahip hekimlerin yetiştirilebilmesi ve bu amaçla gerçekleştirilen eğitimde ne ölçüde başarı sağlandığının ölçülebilmesi gereklidir. Bu ise yeterlilik kazandırılmak istenen alanlara ilişkin bilgi kümesinin neleri kapsadığının belirlenmesi ile mümkündür.

2001 yılında Tıp Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi tıp eğitiminde standardizasyonu sağlamak için çekirdek müfredatın hazırlanmasının gerekliliğine dikkat çekmiş ve bu amaçla bir komisyon kurulmuştur. Kurulan komisyon mezuniyet öncesinde sunulan eğitimin amaçlarının ve hedeflerinin neler olduğunu belirlemiş, bu amaç ve hedeflere ulaşılabilmesi için gerekli müfredatın ortaya konabilmesi için gereken ilkelerin ve ölçütlerin neler olduğunu ortaya koymuştur (31). Tıp fakültelerinin sunduğu katkılarla öncelikle 2011 yılında “Uzmanlık Eğitimi Dönemi ve Çerçeve Eğitim Programı Geliştirme Rehberi” yayımlanmıştır (32). Ardından 2012 yılında “Mezuniyet Öncesi Çerçeve Eğitim Programı” önerisi sunulmuş, 2014 ve 2020 yıllarında Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (UÇEP) yayımlanmıştır.

2020 yılında yayınlanan UÇEP’e göre hekimlerin sahip olması gereken “Ulusal Yetkinlik ve Yeterlikler Listesi” aşağıdaki gibidir.

YETKİNLİK ALANI-1 / Mesleki Uygulamalar	
YETKİNLİK 1.1.	Sağlık Hizmeti Sunucusu
Yeterlik 1.1.1.	Temel ve klinik tıp bilimlerinden, davranış bilimlerinden ve sosyal bilimlerden edindiği bilgi, beceri ve tutumları bütünleştirerek sağlık hizmeti sunumunda kullanır.
Yeterlik 1.1.2.	Hasta yönetiminde, dil, din, ırk ve cins ayrımı gözetmeden bireyin sosyodemografik ve sosyokültürel geçmişini de dikkate alan biyopsikososyal bir yaklaşım gösterir.
Yeterlik 1.1.3.	Sağlık hizmeti sunumunda, bireylerin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeyi önceler.
Yeterlik 1.1.4.	Sağlığı etkileyen bireysel, toplumsal, sosyal ve çevresel faktörleri dikkate alarak; sağlıklılık durumunun sürdürülmesi ve geliştirilmesi yönünde gerekli çalışmaları yapar.
Yeterlik 1.1.5.	Hedef kitlenin özelliklerini, ihtiyaçlarını ve beklentilerini tanıyarak, sağlıklı/hasta bireylere ve yakınlarına ve diğer sağlık çalışanlarına sağlık eğitimi verir.
Yeterlik 1.1.6.	Sağlık hizmet sunumunda, koruma, tanı, tedavi, takip ve rehabilitasyon süreçlerinde güvenli, akılcı ve etkin yaklaşım gösterir.
Yeterlik 1.1.7.	Tanı, tedavi, takip ve rehabilitasyon süreçlerinde, girişimsel ve/veya girişimsel olmayan uygulamaları hasta için güvenli ve etkin bir biçimde gerçekleştirir.
Yeterlik 1.1.8.	Hasta ve çalışan sağlığını ve güvenliğini göz önünde bulundurarak sağlık hizmeti sunar.
Yeterlik 1.1.9.	Sağlık hizmet sunumunda, sağlığa etki eden gerek bölgesel ve küresel ölçekteki fiziksel ve sosyoekonomik çevreye ilişkin değişiklikleri, gerekse de kendisine başvuran kişilerin bireysel özellik ve davranışlarındaki değişimleri göz önünde bulundurur.

Şekil 1 UÇEP Ulusal Yetkinlik ve Yeterlikler Listesi 1 (9).

YETKİNLİK ALANI-2 / Mesleki Değerler ve Yaklaşımlar	
YETKİNLİK 2.1.	Mesleki Etik ve Profesyonel İlkeleri Benimseyen
Yeterlik 2.1.1.	Mesleğini yürütürken iyi hekimlik uygulamalarını dikkate alır.
Yeterlik 2.1.2.	Mesleğinin gerektirdiği etik ilkeler ile hak ve yasal sorumluluklar çerçevesinde görev ve yükümlülükleri yerine getirir.
Yeterlik 2.1.3.	Hastanın bütünlüğünü dikkate alarak, yüksek nitelikli sağlık bakımı sunma konusunda kararlı davranışlar gösterir.
Yeterlik 2.1.4.	Mesleki uygulamalarındaki performansını, duygularını ve bilişsel özelliklerini de göz önünde bulundurarak değerlendirir.
YETKİNLİK 2.2.	Sağlık Savunucusu
Yeterlik 2.2.1.	Toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi için, sosyal güvenilirlik ve sosyal yükümlülük kavramlarını göz önünde bulundurarak, sağlık hizmet sunumunu geliştirmeyi savunur.
Yeterlik 2.2.2.	Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için birey ve toplum sağlığı ile ilgili hizmet sunumu, eğitim ve danışmanlık süreçlerini tüm bileşenler ile işbirliği içinde planlayabilir ve yürütebilir.
Yeterlik 2.2.3.	Sağlık politikalarının ve uygulamalarının birey ve toplum sağlık göstergelerine etkisini değerlendirir ve sağlık hizmetleri kalitesinin artırılmasını savunur.
Yeterlik 2.2.4.	Hekim kendi fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden sağlığını korumaya ve geliştirilmesine önem verir, bunun için gerekenleri yapar.
YETKİNLİK 2.3.	Lider-Yönetici
Yeterlik 2.3.1.	Hizmet sunumu sırasında sağlık ekibi içinde örnek davranışlar gösterir, liderlik yapar.
Yeterlik 2.3.2.	Yöneticisi olduğu sağlık kuruluşunda, sağlık hizmetlerini planlama, uygulama, değerlendirme süreçlerinde kaynakları maliyet-etkin, toplum yararına ve mevzuata uygun kullanır.

Şekil 2 UÇEP Ulusal Yetkinlik ve Yeterlikler Listesi 2 (9).

YETKİNLİK ALANI-3 / Mesleki ve Bireysel Gelişim	
YETKİNLİK 3.1.	Bilimsel ve Analitik Yaklaşım Gösteren
Yeterlik 3.1.1.	Hizmet sunduğu nüfusa yönelik, gerekli durumlarda bilimsel araştırma planlar, uygular ve elde ettiği sonuçları ve/veya başka araştırmaların sonuçlarını toplumun yararına kullanır.
Yeterlik 3.1.2.	Mesleği ile ilgili güncel literatür bilgisine ulaşır ve eleştirel değerlendirir.
Yeterlik 3.1.3.	Klinik karar verme sürecinde, kanıta dayalı tıp ilkelerini uygular.
Yeterlik 3.1.4.	Sağlık hizmeti, araştırması ve eğitimine yönelik çalışmalarının etkinliğini artırmak için bilişim teknolojilerini kullanır.
YETKİNLİK 3.2.	Yaşam Boyu Öğrenen
Yeterlik 3.2.1.	Bireysel çalışma süreçlerini ve kariyer gelişimini etkili olarak yönetir.
Yeterlik 3.2.2.	Yeni bilgileri edinme, değerlendirme, mevcut bilgileri ile entegre etme, mesleki durumlara uygulama ve meslek yaşamı boyunca değişen koşullara uyum sağlama becerilerini gösterir.
Yeterlik 3.2.3.	Sunduğu sağlık hizmetinin niteliğini geliştirmek için doğru öğrenme kaynaklarını seçer, kendi öğrenme sürecini düzenler.

Şekil 3 UÇEP Ulusal Yetkinlik ve Yeterlikler Listesi 3 (9).

Yukarıdaki tabloda bulunan 1.1.3., 1.1.4., 1.1.6., 2.2.1. ve 2.2.2. numaralı yeterliliklere göre tıp fakültesinden mezun olan hekimler; topluma sağlık hizmeti sunarken bireylerin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeyi öncelermeli, kişilerin sağlıklı olma durumlarında devamlılığın sağlanabilmesi için çalışmalı, koruma, tanı, tedavi, takip ve rehabilitasyon süreçlerinin tamamında etkin rol oynamalı, toplum sağlığının geliştirilmesi için bireylere sunulan sağlık hizmetlerinde gelişiminin savunuculuğunu yapmalı ve sundukları sağlık hizmetleri ile danışmanlık ve eğitim süreçlerini tüm sağlık bileşenleri ile işbirliği içerisinde gerçekleştirebilmelidir (9). Bahsi geçen bu yeterlilikler 6 yıllık tıp eğitimi almış her hekimin birincil korumaya yönelik sağlık hizmetlerini bilmesinin ve bu sağlık hizmetlerini tüm paydaşlarıyla etkili bir biçimde çalışarak planlayabilir yetkinlikte olmasının gerektiğini ortaya koyar.

2.2. Aile Hekimliği

Bu bölümde aile hekimliği uygulamalarının dünyada ve Türkiye’de nasıl ortaya çıktığı ve günümüzde nasıl çalışmalar gerçekleştirdikleri anlatılacaktır. Aile hekimi olarak görev

yapan hekimlerin kimler olduğu bu hekimlerin görev ve sorumlulukları çerçevesinde ortaya konacaktır.

2.2.1 Aile Hekimliğinin Tarihçesi

Dünyada yaşanan bazı sosyal değişimler, uzmanlık ve hastalıkların sahip olduğu yeni örüntüler yeni bir hekim tipine gereksinim duyulmasına sebep olmuştur. Çevresel, ekonomik ve kültürel değişiklikler nedeniyle toplumda görülen hastalıklar ve bu hastalıkların sebep olduğu morbidite ve mortalite örüntüleri değişmiştir. Şehirleşmeyle beraber bulaşıcı hastalıkların epidemiler oluşturacak boyutlara ulaşması, bulaşıcı hastalıkların kontrolünün büyük ölçüde sağlanmasının ardından kronik rahatsızlıklara sahip olan hastalara yaklaşımların belirlenmesi ve küreselleşme, teknolojik gelişmeler ve ekolojik değişiklikler sonucu ortaya çıkan enfeksiyöz hastalıklar bu alanlarda çalışması gereken bir uzman ihtiyacını ortaya çıkarmıştır (33). Bununla birlikte sağlık alanındaki bilgi birikimi hızla artmakta, üstelik bu bilgi birikimini artış hızı da her geçen gün büyümektedir. Artan bilgi birikiminin tek bir hekim tarafından değerlendirilemeyecek olması tıpta farklı ve yeni uzmanlık dallarının ortaya çıkmasına neden olmuştur. Ancak küçük dallara ayrılan sağlık hizmetlerinin bireylere bütüncül olarak da sunulması gerekmektedir. 1923 yılında Peabody hekimliğinin bölünmesinden kaynaklanan sorunlara işaret ederek “hızla genel tababete dönülmesi” uyarısında bulunmuştur. Peabody’nin bu uyarısı 1952 yılında İngiltere’nin “Genel Pratisyenlik Akademisi”ni , 1960 yılında ise A.B.D’nin “Aile Hekimliği Yeterlik Kurulu”nu kurmalarına zemin oluşturmuştur (34).

Türkiye’de ise Sağlık Bakanlığı 1985 yılında “Aile Hekimi”ni; sağlık hizmetini kişiye özel, bütüncül ve sürekli biçimde sunan, tıp fakültesi eğitimini tamamladıktan sonra en az 3 yıl uzmanlık eğitimi almış kişi olarak belirlemiştir. Türkiye dışındaki bazı ülkelerde birinci basamakta görev alan hekimler “Genel Pratisyen” olarak tanımlanmaktadır (34).

2.2.2. Aile Hekimi Kimdir?

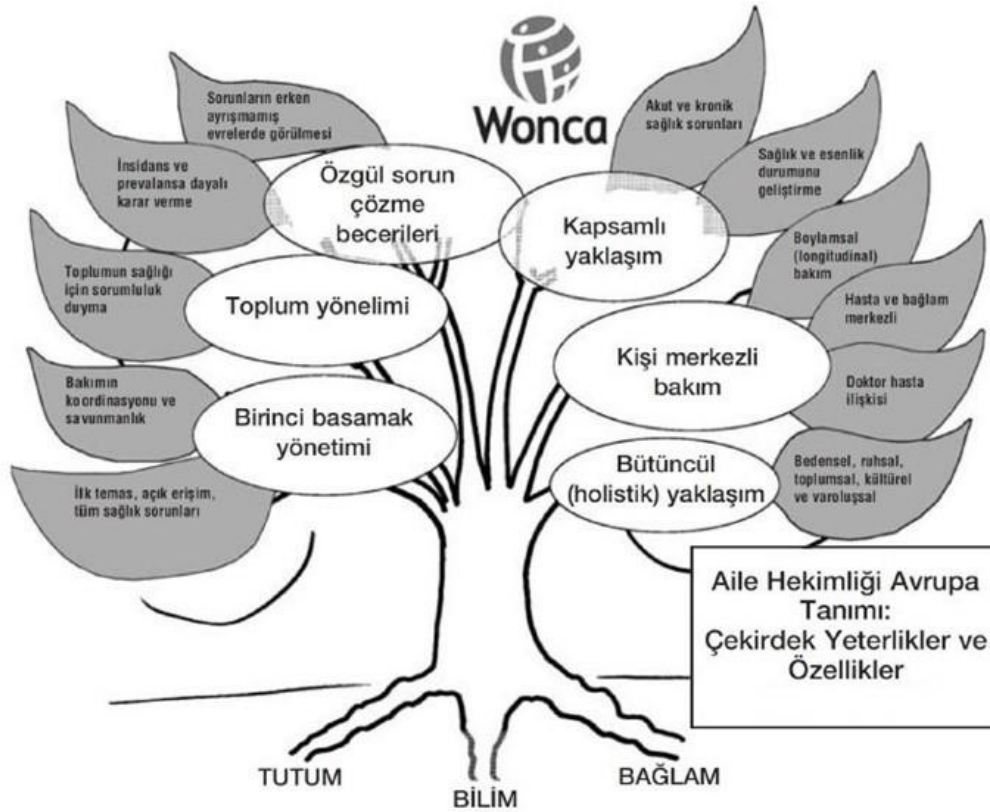
Aile hekimi, aile ve birey için kapsamlı ve kesintisiz sağlık bakımını sağlayan uzman hekimdir. Aile hekimi biyoloji, klinik ve davranış bilimlerini entegre eder. Aile hekimlerinin uygulamaları her yaş grubunu, cinsiyeti, organ sistemini ve hastalık tablosunu kapsar (35). Türkiye Cumhuriyeti Aile Hekimliği Kanununa göre;

“Aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her

kişiyeye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir.”(36)

Aile hekimi, hastalarıyla onların rahatsızlıkları hakkında görüşürken, tekrarlayan etkileşimler sonucu oluşan güveni ve bilgi birikimini kullanarak kültürel, ruhsal, varoluşsal ve toplumsal etkenleri birlikte sentezler. Aile hekimleri mesleki rollerini sağlıklı geliştirerek, hastalıkları önleyerek, tedavi, bakım veya hafifletme sağlayarak, hastayı güçlendirerek ve öz yönetimi teşvik ederek yerine getirir (37).

Dünya genel pratisyen/aile hekimliği ulusal kolejlere, akademileri ve akademik dernekleri birliği (WONCA) tanımına göre aile hekimliğinin tanımı ve çekirdek yeterlikler ve özellikler aşağıdaki gibidir.



Şekil 4 WONCA aile hekimliği çekirdek yeterlilikler ve özellikler (37)

2.2.3. Aile Hekiminin Görev ve Sorumlulukları Nelerdir?

Aile hekimleri; aile sağlığı merkezini yönetir, aile sağlığı merkezinde çalışan ekibi denetler, hizmet içi eğitimlerini sağlar ve Bakanlığın belirlediği sağlık programlarına göre belirlenen kişilere koruyucu sağlık hizmeti sunar. Aile hekimleri kayıtlı olan hastalarını bütüncül olarak değerlendirir. Koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamakta uygulanması gereken danışmanlık, rehabilitasyon, tanı ve tedavi hizmetlerini sunar. Tanısı koyulamayan veya tedavisi planlanamayan hastaları sevk eder. Sevk edilen hastaların muayene tetkik tanı tedavi ve yatış bilgileri ile ilgili geri bildirimlerine göre değerlendirmeler yapar. Aile hekimleri aynı zamanda sağlığı geliştirme ve koruma amacıyla çalışır, anne çocuk sağlığı ile aile planlanması konularında hizmet verir. Sağlık raporu düzenlenmesi, sevk belgesinin düzenlenmesi ve reçete düzenlenmesi aile hekimlerinin sorumluluklarındandır (38).

Toplumun her yaş kesiminden ve her sosyoekonomik seviyeden kişiler aile hekimlerinin ilgi alanındadır.

Çalışma alanlarını bu derece çeşitli olması ve aynı zamanda kişilerdeki her sağlık durumu için değerlendirmede bulunmalarının gerekmesi aile hekimlerinin bazı zorluklar yaşamalarına zemin hazırlamaktadır. Tıbbi bilginin sürekli gelişmesi, pahalı teknolojilere olan bağımlılığın artması ve komorbiditeleri olan hastaların yönlendirilmesinin zorluğu bunlardan bazılarıdır. Tüm bu zorlukların üstesinden gelebilmek için aile hekimlerinin eğitimlerinin sürekli olması ve esnek bir eğitim programına sahip olmaları gerekmektedir. Bu sayede aile hekimlerinin hizmet verdikleri popülasyonun ihtiyaçları doğrultusunda, aldıkları eğitim, birincil sağlık hizmeti ekiplerini destekler biçimde, yüksek kalitede ancak düşük maliyetli bilgi teknolojileri kullanımı ile güncel kalıp ve diğer uzmanlarla iletişim kurmalarını sağlayacak biçimde şekillenebilecektir (39).

2.3. Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri

Bu bölümde periyodik sağlık muayenelerinin ortaya çıkış sürecinden bahsedilecektir. Ardından aile hekimlerinin birinci basamakta koruyucu sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak kullanmaları gereken periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri tanıtılacaktır. Hasta grubunun yaşına göre gruplandırılmış olan tarama testlerinden bahsedilecek ve bu testler uygulanırken takip edilmesi gereken adımlar açıklanacaktır.

2.3.1. Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testlerinin Tarihçesi

Hastalık belirtisi göstermeyen kişilerin de periyodik olarak muayene edilmeleri gerektiği fikrinin tarihte tam olarak ne zaman ve nerede ortaya çıktığını belirlemek zordur. 19. yüzyılda sistematik ve planlı bir hale gelen periyodik sağlık muayenelerine 14. yüzyılda da ihtiyaç duyulduğu bilinmektedir. 1347 yılında Avignon papa devletinde genelevlerde çalışan kadınların haftanın belli bir gününde düzenli olarak muayene edilmeleri ve hastalık taşıma riski bulunan kadınların çalışmalarına müsaade edilmemesi buna bir örnektir (40). Morabia ve Zang gerçekleştirdikleri retrospektif çalışmada en erken “tarama” programının Amerikan ordusunda yer almaya uygun erkekler içerisinde psikolojik rahatsızlığı olanları ayırmak için kullanıldığını ifade etmişlerdir (41). Bu amaçla ordu 1917 yılından itibaren memurlarına zihinsel testler uygulamaya başlamıştır (41). Bu testlerin hızlıca uygulanabilir, yüksek geçerliliğe sahip ve objektif sonuçlar sunacak ve puanlamaların en az hatayla, en hızlı gerçekleştirilebilecek biçimde tasarlanmaları, tarama olarak nitelendirilmelerine imkan sağlamıştır (42).

Erken dönemde periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testlerinin kullanımının gerekliliğini vurgulayan sektörler tıp ve tıp dışı olmak üzere iki grupta incelenebilir. Tıp alanında muayene ve taramaların önemine vurguda bulunan kişiler, tahmin edebileceğimiz gibi, hekimlerdir. 1861 yılında sağlıklı görünen kişilerin de periyodik olarak muayene edilmeleri gerektiğini vurgulayan göğüs hastalıkları uzmanı Dr. Horace Dobell ve Dobell’in bu önerisini destekleyen Dr. George Gould bu uzmanlardan bazılarıdır (4). Dobell’in iddiasına göre hastalıklar “kötü sağlık durumu sonucu ortaya çıkan fizyolojik durumlardan” kaynaklanmaktadır, bu nedenle periyodik sağlık muayeneleri kullanılarak fizyolojik durumdaki en erken kusur dönemleri belirlenmeli ve tedavinin en etkili olabileceği bu dönemde, bu kusurların çareleri aranmalıdır (4). Dr. Gould da “hastalıkların erken doğal seyrine ilişkin bilimsel bilginin elde edilebilmesi için” bireysel biyolojik muayenelerin önemine vurguda bulunmuştur. 19. Yüzyılın ortalarından itibaren Amerika Birleşik Devletleri’nde hayat sigortası şirketleri, demiryolları, okullar, itfaiyeciler, polis teşkilatı ve askeri güçler müşterileri adaylarının veya çalışanlarının sağlıklarını değerlendirebilmek için periyodik muayenelerin ve tarama testlerinin kullanımının gerekliliğini vurgulamaya başlamıştır (43). Şaşırtıcı bir biçimde hayat sigortası endüstrisinin bu konudaki vurgulamaları sağlık uzmanlarının vurgulamalarından daha

etkili olmuştur (4). Tıp dışı sektörlerin periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testlerinin kullanımını savunmasındaki amaç; sosyal, politik ve ekonomik kazanç elde etmektir (43). Hayat sigortası şirketleri müşterilerinin beklenen yaşam sürelerinin mümkün olduğunca uzun olmasını isterken, işverenler çalışanlarının iş gücü kaybını en az seviyede tutmak istemişlerdir. Bu amaç doğrultusunda hem sigorta şirketleri hem de işverenler sağlık profesyonelleri ile çalışmaya başlamış, fiziksel muayenelerden elde edilen veriler sistematik bir biçimde biriktirilmiş ve bu veriler çok fazla sayıda kişinin sağlık ve hastalık potansiyelleriyle ilişkilendirilmiştir (43).

Ekonomik kaygılarla şekillendirilmeyen sağlık muayeneleri 1920 yılında Amerika'da Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association) tarafından başlatılmış, bu muayenelerde doktorların standart davranışlar sergileyebilmeleri için rehberler oluşturulmuştur (44).

1945 yılında Amerikan Tıp Fakülteleri Birliği'nin (AAMC), her tıp fakültesinin koruyucu hekimlik departmanına sahip olması gerektiği vurgusu dikkat çekicidir (45). Ülkemizde önce öğrencileri daha sonra toplumun genelini kapsayan ilk sağlık taramasının gerçekleşmesi ise 1990 yılını bulmuştur (46). Aile hekimlerinin uygulamaları gereken muayeneler ve tarama testleri Türkiye halk sağlığı kurumu tarafından belirlenmiş ve bir kitapçık olarak yayınlamıştır (47). Bundan sonraki bölümde periyodik sağlık muayenesinin tanımı yapılacak, ardından Türkiye halk sağlığı kurumu tarafından belirlenen tarama testlerinin neler olduğu açıklanacaktır.

2.3.2. Periyodik Sağlık Muayenesi ve Tarama Testi Nedir?

Periyodik sağlık muayenelerinin halkın sağlığının korunmasına ve güçlendirilmesine nasıl katkıda bulunduğunu belirlemek üzere 1976 yılında Koruyucu Sağlık Hizmetleri Kanada Görev Gücü (CTFPHC)'ne göre periyodik sağlık muayenesi; bireylerde gelişebilecek hastalıkların risklerini belirlemek ya da henüz semptom göstermeyen bir hastalığa erken dönemde tanı koymak amacıyla tasarlanmış bir grup görevden oluşur. Hastalığın önlenmesi ya da sağlık durumunun sürdürülebilmesi için yapılan öneriler, enjeksiyonlar gibi basit müdahaleler ve rutin kontroller periyodik sağlık muayenelerinin kapsamındadır (48). Periyodik sağlık muayeneleri uygulanmaya başlanmadan önce de düzenli yıllık sağlık kontrolünün önemi biliniyordu. Ancak düzenli sağlık kontrolleri kapsamında yapılan uygulamalar; doğum öncesi ve sağlam çocuk hariç, farklı yaş

gruplarının ihtiyaçları gözetilerek yapılmıyordu, testlerin etkinliğine ilişkin deliller yetersizdi, yılda bir kez tekrar edilmesine gerek olmayan testler dahi her yıl muhakkak tekrarlanıyordu ve testler toplumun yalnızca iyi eğitimi ve zengin kesimleri için ulaşılabildi (48). Tüm bunlar hem yıllık sağlık muayenesine bir alternatif oluşturulması gerektiğini, hem de bu alternatif oluşturulurken dikkat edilmesi gereken bileşen neler olduğunu ortaya koymaktadır. Periyodik sağlık muayeneleri;

- Farklı yaş ve cinsiyet gruplarının ihtiyaçlarına göre şekillendirilmeli
- Hastalıkların erken teşhisi konusunda etkinliği bilimsel delillerle ispatlanmış tarama testleri kullanılmalı
- Tarama testleri uygun aralıklarla tekrarlanmalı
- Periyodik sağlık muayeneleri ve taramalar toplumun tamamı için ulaşılabili olmalıdır.

İdeal bir tarama testi maliyet etkin ve girişimsel olmayan bir işlem olmalı, hasta tedavi almadığı takdirde hastada mortalite ve morbidite riski doğuracak hastalıklar için yapılmalı, semptom göstermemiş hastalıkları tespit edebilmeli ve tespit ettiği hastalığın tedavi süreci kabul edilebilir olmalıdır (49). Yukarıda tanımı verilen periyodik sağlık muayenelerinin ve taramaların gerçekleştirilebilmesi bazı önkoşulların karşılanmasına bağlıdır. Bunlar; ulaşılabili bir örnekleme, testlerin kabul gören ve geçerli formları, etkili bir tedavi, yerleşmiş bir tarama teorisi, ulaşılabili sağlık hizmetidir (41).

Bu beş önkoşul gerçekleştirildikten sonra uygulanan periyodik sağlık muayenesinden istenen sonucun alınabilmesi ise araştırılan hastalığın özelliğine, hastaya uygulanacak olan tedaviye, uygulanan tarama testiyle taranan hastanın özelliklerine bağlıdır (50).

Periyodik sağlık muayeneleri ile ilgili alınması gereken bir diğer karar da hangi hastalıklara yönelik tarama yapılacağı ve bu tarama için hangi metodun kullanılmasının daha uygun olduğudur. Yıldız ve arkadaşları (51) kanıta dayalı tıp bağlamında gerçekleştirdikleri derleme araştırmasında 6 basamaklı bir karar sürecinden bahseder. Buna göre;

1. Hastaların yaşam kalitesine etkisi yüksek ve toplumda yaygın olarak görülebilecek hastalıklar taranmalıdır.

2. Hastalığa yakalanması muhtemel olan kişileri tespit etmeye yarayacak risk faktörlerinin bilinmesi ve bu tespiti yapabilecek erken tanı testlerinin bulunması, bu testlerin duyarlılıklarının ve pozitif ve negatif tahmin edebilme değerinin bilinmesi ve maliyetinin uygun olması gerekir.
3. Hastalığın morbidite ve mortalitesi yüksek olmalıdır.
4. Hastalık kabul edilebilir metotlarla tedavi edilebilir olmalıdır.
5. Morbidite ve mortaliteye negatif yönde etkide bulunabilecek asemptomatik bir tanı tedavi dönemi olmalıdır.
6. Asemptomatik dönemde uygulanacak olan tedavinin semptomlar ortaya çıktıktan sonra uygulanacak olan tedaviye göre daha etkili sonuçları olmalıdır.

Tüm bu özellikler göz önünde bulundurularak Türkiye’de uygulanması önerilen periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri 2015 yılında Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından bir kitapçık olarak yayınlanmıştır. Bu kitapçıkta uygulanması önerilen periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri hedef kitlenin yaş grubuna bağlı olarak 3 döneme ayrılmıştır. Bu dönemler; bebeklik ve çocukluk dönemi taramaları, erişkinlik dönemi taramaları ve geriatric dönem taramaları’dır (47). Bebeklik ve çocukluk dönemi taramaları 0-18 yaş arasındaki bireyleri kapsar ve bu dönemde görme ve işitme, kilo ve boy, bağışıklama, ince ve kaba motor gelişimi, bilişsel, sosyal ve duygusal gelişim, konuşma ve iletişim becerileri değerlendirilir. Erişkinlik dönemi 18-65 yaş arasındaki bireyleri kapsar. Bu yaş aralığında bulunan kişiye;

- Kardiyovasküler olaylardan korunmada risk değerlendirilmesi yapılması
- Tütün ürünü kullanımı ve pasif etkilenim durumunun değerlendirilmesi
- Erkek ise, çoğul risk faktörleri gözetilerek kardiyovasküler olaylardan korunmada aspirin kullanımının önerilmesi
- Kadın ise; çoğul risk faktörleri gözetilerek iskemik inmeden korunmada aspirin kullanımının önerilmesi
- Arteriyel tansiyon takibinin yapılması
- Serum lipid profili taraması (TG, HDL, LDL) yapılması
- Diyabetes mellitus taraması yapılması
- Tiroid fonksiyon anomalileri yönüyle değerlendirme yapılması
- Obezite taraması yapılması

- Tüberküloz risk analizi yapılması
- Kadın ise; meme kanseri taraması yapılması
- Kolorektal kanser taraması yapılması
- Kadın ise; serviks kanseri ve prekanseröz lezyonların taranması
- Erkek ise, prostat kanseri taraması yapılması
- Kan ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların taramasının yapılması
- Kemik sağlığının korunması için bilgilendirme yapılması
- Sekonder osteoporoz / kırık riski risk değerlendirilmesi
- Gebe ise ağız diş sağlığı ve eğitimi verilmesi
- Gebe ise kan grubu tayini, demir eksikliği, hepatit b taraması yapılması
- Gestasyonel diyabet taraması yapılması
- Nöral tüp defekti profilaksisi için folik asit önerilmesi
- Orak hücreli anemi ve talasemi major taraması yapılması
- Alkol kullanım durumu değerlendirilmesi yapılması
- Depresyon taraması yapılması
- Erişkin bağışıklaması yapılması
- Uyuşturucu madde kullanım durumu değerlendirilmesi yapılması gerekmektedir (47).

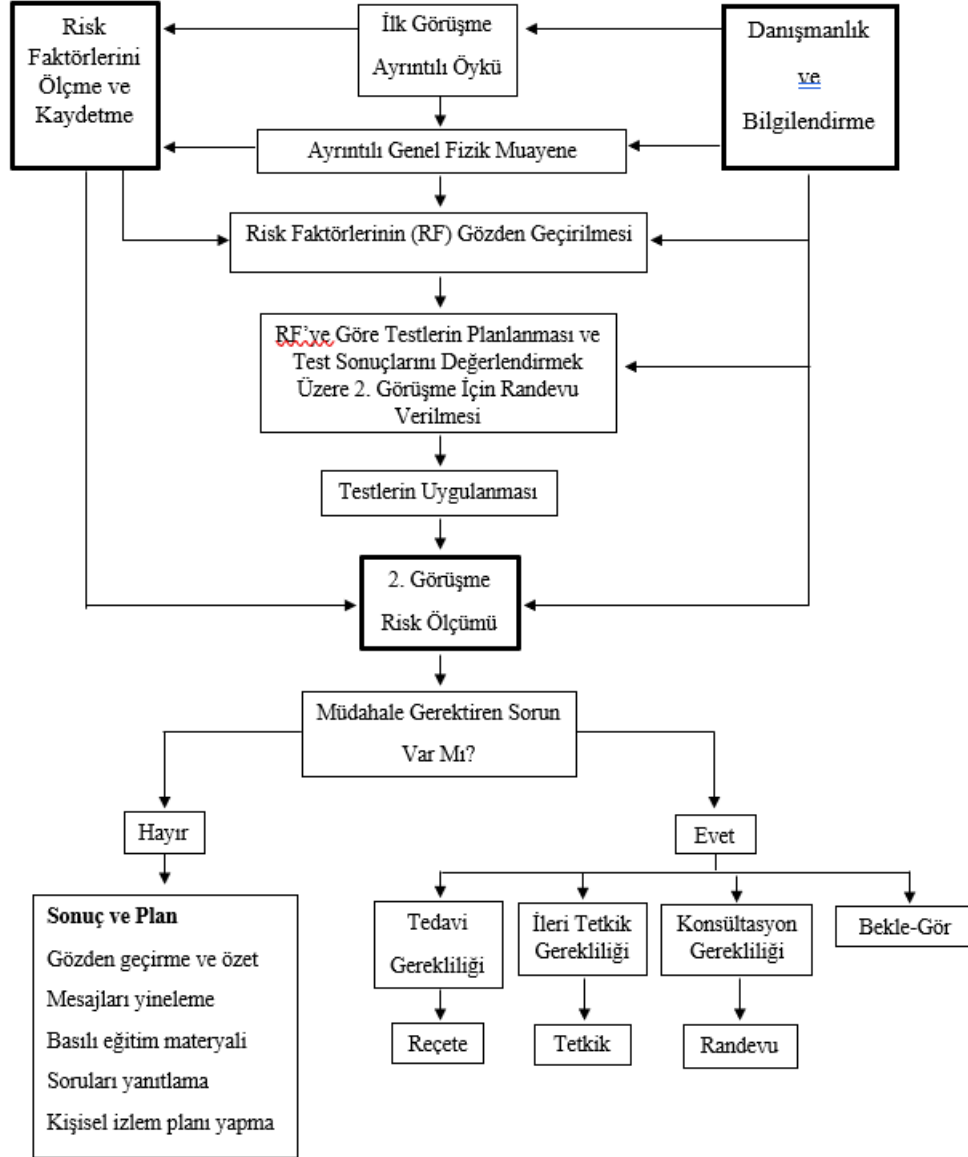
Geriatrik dönem ise 65 yaş sonrası kapsar. Bu yaş grubundaki bireyler osteoporoz, kırık ve kardiyovasküler riskler açısından değerlendirilir (47).

2.3.3. Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testlerinde Adımlar

Periyodik sağlık muayenelerinin önemine ve Türkiye’de uygulanması önerilen periyodik sağlık muayenelerinin neler olduğundan yukarıdaki bölümlerde bahsedilmiştir. Bu bölümde periyodik sağlık muayenelerini uygularken hekimlerin takip etmeleri gereken basamaklardan bahsedilecektir.

Periyodik sağlık muayenesi hastanın öyküsünün alınması ile başlar. Bu esnada hekim risk faktörlerini belirlemeli ve sonraki görüşmeler için bunları kaydetmelidir. Risk faktörlerini değerlendiren hekim ayrıntılı fizik muayene yapmalıdır. Alınan öykü ve yapılan fizik muayeneden elde edilen veriler ışığında risk analizi yapılır. Buna göre tarama

testleri, aşılama ve/veya kemoprofilaksi ihtiyacı belirlenir (8). Yapılan testlerin sonucu eğer bir müdahale gerektiriyor ise, hekim; tedaviyi planlayabilir, ileri tetkik veya konsültasyon isteyebilir (34). Buraya kadar olan her basamakta hastaya danışmanlık verilmeli ve hasta bilgilendirilmelidir (34).



Şekil 5 Periyodik sağlık muayenesi planı (34)

Periyodik sağlık muayenelerinin kullanımının temel amacı bireylerin sağlıklarını korumak, sürdürmek, geliştirmek ve bireylere sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazandırmaktır. Fakat daha geniş perspektiften bakıldığında periyodik sağlık muayeneleri taramanın

ötesinde hastaları desteklemek ve sağlık eğitimi vermek için çok önemli bir fırsattır (52). Hasta eğitimi sayesinde hekimler hastalara, hastalıkları ile nasıl yaşayacakları ve hastalık sürecinde yaşamlarını yönetebilmeleri için sahip olmaları gereken yetenekler konusunda yol gösterir (53). Bu süreçte hasta ve hekimin uyum içerisinde çalışması önemlidir. Yapılan yıllık kontroller hekimler ve hastalar arasında uyumun sağlanması için fırsat sunar (49).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri

Bu tez çalışması Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından gerçekleştirilmiştir. Etik kurul onayı Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Etik kurul onay numarası KÜ GOKAEK 2020/18.26 şeklindedir. Çalışma için gerekli izinler Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı'ndan alınmıştır.

3.2. Örneklem Seçimi

Çalışmamız kesitsel tipte bir çalışmadır. Evrenimiz Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Kasım 2020 – Mart 2021 tarihleri arasında öğrenim gören ve çalışmaya gönüllü olarak katılan 4, 5 ve 6. sınıf öğrencileridir. Örneklem hesabı için öğrencilerin %10'unun toplam bilgi puanının 80'in üzerinde olacağı varsayılarak %95 güven aralığı, %5 hata payı ile yapılan hesaplamalarda %90 güç için 4.sınıf öğrencilerinden 71, 5.sınıf öğrencilerden 74, 6.sınıf öğrencilerden 76 kadar katılımcıya ulaşılması hedeflendi. Toplam öğrenci sayısı üzerinden aynı değerler ile yapılan hesapta toplam gerekli katılımcı sayısı 88 olarak bulundu. Çalışmaya 4. sınıf öğrencilerinden 75 kişi, 5. sınıf öğrencilerden 70 kişi, 6. sınıf öğrencilerden 83 kişi olmak üzere toplam 228 kişi katılmıştır.

3.3. Araştırmanın Uygulama Şekli ve Verilerin Toplanması

Çalışmanın veri toplama aracı elektronik ortamda iletilen anketlerdir. Anketteki sorular Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberinin Erişkinlik Dönemi'nde yer alan PSM ve tarama testlerine ilişkin bilgiler gözetilerek oluşturulmuştur. Ankette 18 adet soru bulunmakta ve bazı sorular birden fazla öncül içermektedir (Ek 1). Üç kısımdan oluşan anketin ilk kısmında öğrencilerin sosyodemografik özellikleri sorgulanmıştır. Erişkinlik çağında aile hekimliği uygulamasında önerilen periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri hakkında bilgi düzeyi ikinci kısımda, tutumları ise üçüncü kısımda ölçülmüştür (Ek 1). Ankette bilgi düzeyi ölçeği toplam 60 soru vardır. Toplam bilgi puanı her doğru yanıt 1 puan olacak biçimde hesaplanmıştır. Hem toplam puan bazında hem de PSM'lere ilişkin bileşenler bazında yapılan değerlendirmelerde, aldığı puan toplam puanın %80 ve üzerinde olan hekim adayları başarılı kabul edilmiştir. Anketteki bilgi sorularının cevapları Ek 2'de, bilgi sorularının sınıflandırılması Ek 3'te sunulmuştur. Tutum ölçeği soruda katılımcılara beşli likert yöneltilmiştir. Likert ölçeğinde 1 değeri "Anlamlı ve etkili olduğunu

düşünmüyorum.” iken 5 değeri ise “Oldukça anlamlı ve etkili olduğunu düşünüyorum.” anlamına geliyordu.

3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi

Bu çalışmadan elde edilen verilerin analizleri IBM SPSS 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) paket programı ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmada normal dağılım gösteren nicel değişkenlerine ait tanımlayıcı istatistikler ortalama \pm standart sapma değerleriyle verilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler maksimum ve minimum değerler ve medyan ile sunulmuş ve bu kategorideki ikiden fazla grup arasındaki farklılık Kruskal Wallis testi ile belirlenmiştir. Çalışmanın nitel verilerine ait istatistikler ise frekans (yüzde) değerleri ile sunulmuş, bu kategorideki değişkenlere ait değerlendirmeler Ki-kare analizi ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmada kullanılan verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiş, iki yönlü hipotezler test edilirken $p < 0.05$ istatistiksel önemlilik için yeterli kabul edilmiştir. Post hoc analizler için Bonferroni testi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Veriler

Çalışmamıza katılmayı kabul eden Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem 4, 5 ve 6 öğrencilerinin yaş ortalamaları $23,14 \pm 1,81$ yıl olup yaş aralıkları 20 ile 35 yıl arasında bulundu. Katılımcılardan 146 kişi kadın (%64), 82 kişi erkekti (%36). Katılımcıların 75'i (%32,9) dönem 4, 70'i (%30,7) dönem 5, 83'ü (%36,4) dönem 6 öğrencisiydi.

Tablo 1 Sosyodemografik veriler

Yaş	Ortalama \pm standart sapma	
Yıl	23,14 \pm 1,81	
Cinsiyet	Frekans	Yüzde (%)
Kadın	146	64,0
Erkek	82	36,0
Dönem	Frekans	Yüzde (%)
Dönem 4	75	32,9
Dönem 5	70	30,7
Dönem 6	83	36,4

4.2. Katılımcıların Erişkinlik Çağında Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Hakkında Bilgi Düzeylerine İlişkin Veriler

Bu bölümde çalışmada kullanılan anketin ikinci bölümünde yer alan ve katılımcıların erişkinlik çağında aile hekimliği uygulamasında önerilen periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri hakkında bilgi düzeylerini ölçen sorulara ait bulgular sunulacaktır.

Klinik sınıflarda öğrenim gören katılımcıların anketimize verdikleri yanıtlardan elde ettikleri toplam puan ile adayların öğrenim gördükleri sınıf seviyesi arasındaki ilişki Tablo 2'de sunulmuştur. Yapılan analiz katılımcıların sınıf seviyeleri ile toplam puan başarı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu ortaya koymuştur ($p < 0,001$). Bu anlamlı fark 4 ile 6 ($p < 0,001$) ve 5 ile 6. ($p: 0,011$) sınıflardan kaynaklanmıştır.

Tablo 2 Toplam bilgi puanı ile sınıf ilişkisi

	Toplam Bilgi Puanı			p
	Ortalama ± Standart Sapma	Min	Max	
4.Sınıf	65,56 ± 8,88	63,51	67,60	<0.001
5.Sınıf	63,83 ± 7,08	62,14	65,62	
6.Sınıf	59,98 ± 8,25	58,18	61,78	
Toplam	61,96 ± 8,66	60,83	63,09	

Analiz için Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

4.2.1. Bilgi Ölçen Sorulardan Elde Edilen Sonuçların Her Bir Periyodik Sağlık Muayenesi ve Tarama Testi Bağlamında Sunulması

Bu bölümdeki analizler için veri toplama aracında farklı sorular kapsamında ölçülen her bir periyodik sağlık muayenesi ve tarama testine ilişkin veriler bir araya getirilmiştir. Bu verilerden elde edilen sonuçlar Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberinin Erişkinlik Dönemi'nde yer alan başlıklar üzerinden bu rehberdeki sıralama gözetilerek sunulmuştur.

Çalışmamıza katılan 4.sınıf öğrencilerinden *kardiyovasküler olaylardan korunmada risk değerlendirilmesine* ilişkin bilgi düzeyleri ölçümünde başarısız 33 kişi olduğu görüldü. Bu sayı 5.sınıflarda 39 başarısız iken 6.sınıflarda 43 başarısız öğrencidir (Tablo 3). Katılımcıların sınıfları ile *kardiyovasküler olaylardan korunmada risk değerlendirilmesine* ilişkin bilgi düzeyleri ve arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (p: 0.353) (Tablo 3).

Tablo 3 Kardiyovasküler olaylardan korunmada risk değerlendirilmesine ilişkin bilgi düzeyleri ile sınıf ilişkisi

	Kardiyovasküler Olaylardan Korunmada Risk Değerlendirilmesi		Toplam
	Başarısız	Başarılı	
4. Sınıf n (%)	33 (%44)	42 (%56)	75
5. Sınıf n (%)	39 (%55,7)	31 (%44,3)	70
6. Sınıf n (%)	43 (%51,8)	40 (48,2)	83
Toplam n (%)	115 (%50,4)	113 (%49,6)	228
p	0.353		
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.			

Çalışmamıza katılan 4.sınıf öğrencilerinden *tütün ürünü kullanımı ve pasif etkilenim durumunun değerlendirilmesine* ilişkin bilgi düzeyleri ölçümünde başarısız 41 kişi olduğu görüldü. Bu sayı 5.sınıflarda 44 başarısız iken 6.sınıflarda 63 başarısız öğrencidir (Tablo 4). Katılımcıların sınıfları ile tütün ürünü kullanımı ve pasif etkilenim durumunun değerlendirilmesine ilişkin bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptandı (p:0.018) (Tablo 4). Bu anlamlı fark 4 ile 6. sınıflar arasından kaynaklanmaktadır (p:0.014).

Tablo 4 Tütün ürünü kullanımı ve pasif etkilenim durumunun değerlendirilmesine ilişkin bilgi düzeyleri ile sınıf ilişkisi

	Tütün Ürünü Kullanımı ve Pasif Etkilenim Durumunun Değerlendirilmesi		Toplam
	Başarısız	Başarılı	
4. Sınıf n (%)	41 (%54,7)	34 (%45,3)	75
5. Sınıf n (%)	44 (%62,9)	26 (%37,1)	70
6. Sınıf n (%)	63 (%75,9)	20 (%24,1)	83
Toplam n (%)	148 (%64,9)	80 (%35,1)	228
p	0.018		
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.			

Çalışmamıza katılan 4.sınıf öğrencilerinden arteriyel tansiyon takibine ilişkin bilgi düzeyleri ölçümünde başarısız 31 kişi olduğu görüldü. Bu sayı 5.sınıflarda 41 başarısız iken 6.sınıflarda 56 başarısız öğrencidir (Tablo 5). Katılımcıların sınıfları ile arteriyel tansiyon takibine ilişkin bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptandı (p:0.004) (Tablo 5). Bu anlamlı fark 4 ile 6. sınıflar arasından kaynaklanmaktadır (p:0.03).

Tablo 5 Arteriyel tansiyon takibine ilişkin bilgi düzeyleri ile sınıf ilişkisi

	Arteriyel Tansiyon Takibine İlişkin Bilgi Düzeyleri		Toplam
	Başarısız	Başarılı	
4. Sınıf n (%)	31 (%41,3)	44 (%58,7)	75
5. Sınıf n (%)	41 (%58,6)	29 (%41,4)	70
6. Sınıf n (%)	56 (%67,5)	27 (32,5)	83
Toplam n (%)	128 (%56,1)	100 (%43,9)	228
p	0.004		
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.			

Çalışmamıza katılan 4.sınıf öğrencilerinden serum lipid profili taramasına ilişkin bilgi düzeyleri ölçümünde başarısız 37 kişi olduğu görüldü. Bu sayı 5.sınıflarda 51 başarısız

iken 6.sınıflarda 66 başarısız öğrencidir (Şekil 6). Katılımcıların sınıfları ile lipid profili taramasına ilişkin bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptandı (p: <0.001) (Tablo 6). Bu anlamlı fark 4 ile 5 (p:0.006) ve 4 ile 6. (p:<0.001) sınıflardan kaynaklanmıştır.

Tablo 6 Serum lipid profili taramasına ilişkin bilgi düzeyleri ile sınıf ilişkisi

	Serum Lipid Profili Taramasına İlişkin Bilgi Düzeyleri		Toplam
	Başarısız	Başarılı	
4. Sınıf n (%)	37 (%49,3)	38 (%50,7)	75
5. Sınıf n (%)	51 (%72,9)	19 (%27,1)	70
6. Sınıf n (%)	66 (%79,5)	17 (%20,5)	83
Toplam n (%)	154 (%67,5)	74 (%32,5)	228
p	<0.001		
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.			

Çalışmamıza katılan 4.sınıf öğrencilerinden serum diyabetes mellitus taramasına ilişkin bilgi düzeyleri ölçümünde başarısız 50 kişi olduğu görüldü. Bu sayı 5.sınıflarda 54 başarısız iken 6.sınıflarda 74 başarısız öğrencidir (Tablo 7). Katılımcıların sınıfları ile diyabetes mellitus taramasına ilişkin bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptandı (p:0.003) (Tablo 7). Bu anlamlı fark 4 ile 6. sınıflar arasından kaynaklanmaktadır (p:0.002).

Tablo 7 Diyabetes mellitus taramasına ilişkin bilgi düzeyleri ile sınıf ilişkisi

	Diyabetes Mellitus Taramasına İlişkin Bilgi Düzeyleri		Toplam
	Başarısız	Başarılı	
4. Sınıf n (%)	50 (%66,7)	25 (%33,3)	75
5. Sınıf n (%)	54 (%77,1)	16 (%22,9)	70
6. Sınıf n (%)	74 (%89,2)	9 (%10,8)	83
Toplam n (%)	178 (%78,1)	150 (%21,9)	228
p	0.003		
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.			

Çalışmamıza katılan 4.sınıf öğrencilerinden tiroid fonksiyon anomalilerine ilişkin bilgi düzeyleri ölçümünde başarısız 70 kişi olduğu görüldü. Bu sayı 5.sınıflarda 63 başarısız iken 6.sınıflarda 83 başarısız öğrencidir (Tablo 8). Katılımcıların sınıfları ile tiroid fonksiyon anomalilerine ilişkin bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptandı (p:0.006) (Tablo 8). Bu anlamlı fark 5 ile 6. sınıflar arasından kaynaklanmaktadır (p:0.016).

Tablo 8 Tiroid fonksiyon anomalilerine ilişkin bilgi düzeyleri ile sınıf ilişkisi

	Tiroid Fonksiyon Anomalilerine İlişkin Bilgi Düzeyleri		Toplam
	Başarısız	Başarılı	
4. Sınıf n (%)	70 (%93,3)	5 (%6,7)	75
5. Sınıf n (%)	63 (%90,0)	7 (%10,0)	70
6. Sınıf n (%)	83 (%100)	0 (%00,0)	83
Toplam n (%)	216 (%94,7)	12 (%5,3)	228
p	0.006		
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.			

Çalışmamıza katılan 4.sınıf öğrencilerinden obezite taramasına ilişkin bilgi düzeyleri ölçümünde başarısız 60 kişi olduğu görüldü. Bu sayı 5.sınıflarda 49 başarısız iken

6.sınıflarda 69 başarısız öğrencidir (Tablo 9). Katılımcıların sınıfları ile obezite taramasına ilişkin bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p:0.131) (Tablo 9).

Tablo 9 Obezite taramasına ilişkin bilgi düzeyleri ile sınıf ilişkisi

	Obezite Taramasına İlişkin Bilgi Düzeyleri		Toplam
	Başarısız	Başarılı	
4. Sınıf n (%)	60 (%80,0)	15 (%20,0)	75
5. Sınıf n (%)	49 (%70,0)	21 (%30,0)	70
6. Sınıf n (%)	69 (%89,2)	14 (%10,8)	83
Toplam n (%)	178 (%83,1)	150 (%16,9)	228
p	0.131		
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.			

Çalışmamıza katılan 4.sınıf öğrencilerinden meme kanseri taramasına ilişkin bilgi düzeyleri ölçümünde başarısız 60 kişi olduğu görüldü. Bu sayı 5.sınıflarda 49 başarısız iken 6.sınıflarda 69 başarısız öğrencidir (Tablo 10). Katılımcıların sınıfları ile meme kanseri taramasına ilişkin bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p:0.160) (Tablo 10).

Tablo 10 Meme kanseri taramasına ilişkin bilgi düzeyleri ile sınıf ilişkisi

	Meme Kanseri Taramasına İlişkin Bilgi Düzeyleri		Toplam
	Başarısız	Başarılı	
4. Sınıf n (%)	59 (%78,7)	16 (%21,3)	75
5. Sınıf n (%)	63 (%90,0)	7 (%10,0)	70
6. Sınıf n (%)	71 (%85,5)	12 (%14,5)	83
Toplam n (%)	193 (%84,6)	35 (%15,4)	228
p	0.160		
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.			

Çalışmamıza katılan 4.sınıf öğrencilerinden kolorektal kanser taramasına ilişkin bilgi düzeyleri ölçümünde başarısız 58 kişi olduğu görüldü. Bu sayı 5.sınıflarda 49 başarısız

iken 6.sınıflarda 56 başarısız öğrencidir (Tablo 11). Katılımcıların sınıfları ile kolorektal kanser taramasına ilişkin bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p:0.370) (Tablo 11).

Tablo 11 Kolorektal kanser taramasına ilişkin bilgi düzeyleri ile sınıf ilişkisi

	Kolorektal Kanser Taramasına İlişkin Bilgi Düzeyleri		Toplam
	Başarısız	Başarılı	
4. Sınıf n (%)	58 (%77,3)	17 (%22,7)	75
5. Sınıf n (%)	49 (%70,0)	21 (%30,0)	70
6. Sınıf n (%)	56 (%67,5)	27 (%32,5)	83
Toplam n (%)	154 (%71,5)	74 (%28,5)	228
p	0.370		
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.			

Çalışmamıza katılan 4.sınıf öğrencilerinden serviks kanseri ve prekanseröz lezyonların taramasına ilişkin bilgi düzeyleri ölçümünde başarısız 50 kişi olduğu görüldü. Bu sayı 5.sınıflarda 50 başarısız iken 6.sınıflarda 54 başarısız öğrencidir (Tablo 12). Katılımcıların sınıfları ile serviks kanseri ve prekanseröz lezyonların taramasına ilişkin bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p:0.690) (Tablo 12).

Tablo 12 Serviks kanseri ve prekanseröz lezyonların taranmasına ilişkin bilgi düzeyleri ile sınıf ilişkisi

	Serviks Kanseri ve Prekanseröz Lezyonların Taranmasına İlişkin Bilgi Düzeyleri		Toplam
	Başarısız	Başarılı	
4. Sınıf n (%)	50 (%66,7)	25 (%33,3)	75
5. Sınıf n (%)	50 (%71,4)	20 (%28,6)	70
6. Sınıf n (%)	54 (%65,1)	29 (%34,9)	83
Toplam n (%)	154 (%67,5)	74 (%32,5)	228
p	0.690		
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.			

Çalışmamıza katılan 4.sınıf öğrencilerinden gebelerde kan grubu tayini, demir eksikliği, Hepatit B taramasına ilişkin bilgi düzeyleri ölçümünde başarısız 60 kişi olduğu görüldü. Bu sayı 5.sınıflarda 59 başarısız iken 6.sınıflarda 67 başarısız öğrencidir (Tablo 13). Katılımcıların sınıfları ile gebelerde kan grubu tayini, demir eksikliği, Hepatit B taramasına ilişkin bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p:0.776) (Tablo 13).

Tablo 13 Gebelerde kan grubu tayini, demir eksikliği, hepatit b taramasına ilişkin bilgi düzeyleri ile sınıf ilişkisi

	Gebelerde Kan Grubu Tayini, Demir Eksikliği, Hepatit B Taramasına İlişkin Bilgi Düzeyleri		Toplam
	Başarısız	Başarılı	
4. Sınıf n (%)	60 (%80,0)	15 (%20,0)	75
5. Sınıf n (%)	59 (%84,3)	11 (%15,7)	70
6. Sınıf n (%)	67 (%80,7)	16 (%19,3)	83
Toplam n (%)	186 (%81,6)	42 (%18,4)	228
p	0.776		
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.			

Çalışmamıza katılan 4.sınıf öğrencilerinden nöral tüp defekti profilaksisi için folik asit önerilmesine ilişkin bilgi düzeyleri ölçümünde başarısız 72 kişi olduğu görüldü. Bu sayı 5.sınıflarda 69 başarısız iken 6.sınıflarda 80 başarısız öğrencidir (Tablo 14). Katılımcıların sınıfları ile öğrencilerinden nöral tüp defekti profilaksisi için folik asit önerilmesi arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p:0.709) (Tablo 14).

Tablo 14 Nöral tüp defekti profilaksisi için folik asit önerilmesine ilişkin bilgi düzeyleri ile sınıf ilişkisi

	Nöral Tüp Defekti Profilaksisi İçin Folik Asit Önerilmesine İlişkin Bilgi Düzeyleri		Toplam
	Başarısız	Başarılı	
4. Sınıf n (%)	72 (%96,0)	3 (%04,0)	75
5. Sınıf n (%)	69 (%98,6)	1 (%01,4)	70
6. Sınıf n (%)	80 (%96,4)	3 (%03,6)	83
Toplam n (%)	221 (%96,9)	7 (%03,1)	228
p	0.709		
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.			

Çalışmamıza katılan 4.sınıf öğrencilerinden orak hücreli anemi ve talasemi major taramasına ilişkin bilgi düzeyleri ölçümünde başarılı 54 kişi olduğu görüldü. Bu sayı 5.sınıflarda 55 başarılı iken 6.sınıflarda 65 başarılı öğrencidir (Tablo 15). Katılımcıların sınıfları ile orak hücreli anemi ve talasemi major taramasına ilişkin bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p:0.562) (Tablo 15).

Tablo 15 Orak hücreli anemi-Talasemi major taramasına ilişkin bilgi düzeyleri ile sınıf ilişkisi

	Orak Hücreli Anemi ve Talasemi Major Taramasına İlişkin Bilgi Düzeyleri		Toplam
	Başarısız	Başarılı	
4. Sınıf n (%)	21 (%28,0)	54 (%72,0)	75
5. Sınıf n (%)	15 (%21,4)	55 (%78,6)	70
6. Sınıf n (%)	18 (%21,7)	65 (%78,3)	83
Toplam n (%)	54 (%23,7)	174 (%76,3)	228
p	0.562		
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.			

Çalışmamıza katılan 4.sınıf öğrencilerinden alkol kullanım durumunun değerlendirilmesine ilişkin bilgi düzeylerine ilişkin bilgi düzeyleri ölçümünde başarısız 26

kişi olduğu görüldü. Bu sayı 5.sınıflarda 41 başarısız iken 6.sınıflarda 52 başarısız öğrencidir (Tablo 16). Katılımcıların sınıfları ile alkol kullanım durumunun değerlendirilmesine ilişkin bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptandı (p:0.001) (Tablo 16). Bu anlamlı fark 4 ile 5 (p:0.010) ve 4 ile 6. (p:0.001) sınıflardan kaynaklanmıştır.

Tablo 16 Alkol kullanım durumunun değerlendirilmesine ilişkin bilgi düzeyleri ile sınıf ilişkisi

	Alkol Kullanım Durumunun Değerlendirilmesine İlişkin Bilgi Düzeyleri		Toplam
	Başarısız	Başarılı	
4. Sınıf n (%)	26 (%34,7)	49 (%65,3)	75
5. Sınıf n (%)	41 (%58,6)	29 (%41,4)	70
6. Sınıf n (%)	52 (%62,7)	31 (%37,3)	83
Toplam n (%)	119 (%52,2)	109 (%47,8)	228
p	0.001		
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.			

Çalışmamıza katılan 4.sınıf öğrencilerinden depresyon taramasına ilişkin ilişkin bilgi düzeylerine ilişkin bilgi düzeyleri ölçümünde başarısız 62 kişi olduğu görüldü. Bu sayı 5.sınıflarda 61 başarısız iken 6.sınıflarda 70 başarısız öğrencidir (Tablo 17). Katılımcıların sınıfları ile depresyon taramasına ilişkin bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptandı (p:0.014) (Tablo 17). Bu anlamlı fark 4 ile 6. sınıflar arasından kaynaklanmaktadır (p:0.013).

Tablo 17 Depresyon taramasına ilişkin bilgi düzeyleri ile sınıf ilişkisi

	Depresyon Taramasına İlişkin Bilgi Düzeyleri		Toplam
	Başarısız	Başarılı	
4. Sınıf n (%)	32 (%42,7)	43 (%57,3)	75
5. Sınıf n (%)	34 (%48,6)	36 (%51,4)	70
6. Sınıf n (%)	54 (%65,1)	29 (%34,9)	83
Toplam n (%)	120 (%52,6)	108 (%14,4)	228
p	0.014		
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.			

4.2.2. Katılımcılarının Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testlerine İlişkin Kapsamlı Değerlendirmelerde Bulunmalarını Gerektiren 16. ve 17. Sorulardan Elde Edilen Bulgular

16. ve 17. sorularda katılımcılarından aile sağlığı merkezine başvuran iki ayrı hasta için yapılmasını ön gördükleri tarama testlerinin neler olduğunu belirlemeleri istendi. Bu değerlendirmeyi yaparken katılımcıların başvuran hastanın yaş, cinsiyet, gebelik durumu, aile öyküsü gibi değişkenleri göz önünde bulundurmaları gerekiyordu. Bu bağlamda bu soruları yanıtlarken katılımcıların hastalar hakkında kapsamlı değerlendirmelerde bulunmaları gerekli idi. Her iki soru için katılımcıların uygulanması gereken ve gerekmeyen tarama testlerini doğru bir biçimde seçip seçemedikleri bir önceki bölümde sunuldu. Bu bölümde adayların 16. ve 17. sorulara verdikleri yanıtlara ait veriler her bir soru bağlamında bütüncül olarak sunulacaktır.

Anketin 16. sorusunda katılımcılara bazı periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testlerini içeren bir liste sunuldu (Tablo 18). Katılımcılardan, bilinen kronik bir rahatsızlığı bulunmayan 58 yaşındaki erkek bir hastaya bu muayene ve tarama testlerinden hangilerinin uygulanmasının gerektiğini belirlemeleri istendi. Belirlediği öncüllerdeki doğruluk oranı %80'in üzerinde olan öğrencilerin başarılı kabul edildiği değerlendirmeye göre, 16. Sorunun çözümünde 4. sınıf öğrencilerinin %66'sının başarısız olduğu, 5. sınıf öğrencilerinin %67,1'inin başarısız olduğu, 6. sınıf öğrencilerinin ise %54,2'sinin başarısız olduğu görüldü. Katılımcıların sınıfları ile 16. soruda başarılı olabilme düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p:0.164) (Tablo 18).

Tablo 18 58 yaşındaki erkek hasta için uygulanması gereken ve gerekmeyen periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testlerinin belirlenebilme düzeyi ile sınıf ilişkisi

Soru 16			
	Başarılı	Başarısız	Toplam
4.Sınıf n (%)	25 (%33,3)	50 (%66,7)	75
5.Sınıf n (%)	23 (%32,9)	47 (%67,1)	70
6.Sınıf n (%)	38 (%45,8)	45 (%54,2)	83
Toplam n (%)	86 (%37,7)	142 (%62,3)	228
p	0.164		
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.			

Katılımcıların 16. soruda kendilerine sunulan senaryo sorusunda bulunan her bir periyodik muayene ve tarama testinin senaryoda bulunan hasta için uygunluğunu değerlendirmeleri bekleniyordu. Her bir öncül göz önünde bulundurulduğunda adayların muayeneler ve testler hakkında değerlendirmelerindeki başarı yüzdesi Tablo 19'daki gibidir. Sodyum, Potasyum, Klor testlerine ilişkin öncül ve Gaitada Gizli Kan testi taramasına ilişkin başarı düzeyi ile katılımcıların sınıf düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptandı (Tablo 19). Sodyum, Potasyum, Klor testlerine ilişkin öncüldeki anlamlı fark 4 ile 5.sınıflar arasındaki ilişkiden kaynaklanmaktadır (p:0.027). Gaitada Gizli Kan testi taramasına ilişkin anlamlı fark ise 4 ile 5. sınıflar (p: 0.001) ve 4 ile 6. sınıflar (p:0.002) nedeniyle oluşmuştur.

Tablo 19 Anketin 16. sorusunda bulunan senaryo durumundaki periyodik muayeneler ve tarama testleriyle ilgili değerlendirmelerde başarı düzeyi ile sınıf ilişkisi

SORU 16		4.Sınıf n (%)	5.Sınıf n (%)	6.Sınıf n (%)	Toplam n (%)	p
Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi	Başarılı	74 (%98,7)	69 (%98,6)	80 (%96,4)	223 (%97,8)	0.540
	Başarısız	1 (%1,3)	1 (%1,4)	3 (%3,6)	5 (%2,2)	
Karaciğer Fonksiyon Testleri	Başarılı	32 (%42,7)	39 (%55,7)	41 (%49,4)	112 (%49,1)	0.291
	Başarısız	43 (%57,3)	31 (%44,3)	42 (%50,6)	116 (%50,9)	
Böbrek Fonksiyon Testleri	Başarılı	38 (%50,7)	40 (%57,1)	43 (%51,8)	121 (%53,1)	0.707
	Başarısız	37 (%49,3)	30 (%42,9)	40 (%48,2)	107 (%46,9)	
Tütün Kullanımı Sorgulanması	Başarılı	73 (%97,3)	66 (%94,3)	75 (%90,4)	214 (%93,9)	0.187
	Başarısız	2 (%2,7)	4 (%5,7)	8 (%9,6)	14 (%6,1)	
Arteriyel Tansiyon Takibi	Başarılı	69 (%92)	64 (%91,4)	73 (%88)	206 (%90,4)	0.646
	Başarısız	6 (%8)	6 (%8,6)	10 (%12)	22 (%9,6)	
Serum Lipid Profili Taraması	Başarılı	67 (%89,3)	53 (%75,7)	68 (%81,9)	188 (%82,5)	0.097
	Başarısız	8 (%10,7)	17 (%24,3)	15 (%18,1)	40 (%17,5)	
Diyabetes Mellitus Taraması	Başarılı	61 (%81,3)	54 (%77,1)	60 (%72,3)	175 (%76,8)	0.404
	Başarısız	14 (%18,7)	16 (%22,9)	23 (%27,7)	53 (%23,2)	
Tiroid Fonksiyon Testi (TSH)	Başarılı	36 (%48)	35 (%50)	32 (%38,6)	103 (%45,2)	0.306
	Başarısız	39 (%52)	35 (%50)	51 (%61,4)	125 (%54,8)	
Sodyum, Potasyum, Klor Testleri	Başarılı	32 (%42,7)	45 (%64,3)	45 (%54,2)	122 (%53,5)	0.033
	Başarısız	43 (%57,3)	25 (%35,7)	38 (%45,8)	106 (%46,5)	
Obezite Taraması	Başarılı	54 (%72)	53 (%75,7)	59 (%71,1)	166 (%72,8)	0.799
	Başarısız	21 (%28)	17 (%24,3)	24 (%28,9)	62 (%27,2)	
Gaitada Gizli Kan Testi	Başarılı	38 (%50,7)	56 (%80)	64 (%77,1)	158 (%69,3)	<0.001
	Başarısız	37 (%49,3)	14 (%20)	19 (%22,9)	70 (%30,7)	
Kolonoskopi	Başarılı	41 (%54,7)	38 (%54,3)	32 (%38,6)	111 (%48,7)	0.068
	Başarısız	34 (%45,3)	32 (%45,7)	51 (%61,4)	117 (%51,3)	

Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.

Anketin 16. sorusuyla benzerlik gösteren 17. sorusunda katılımcılara yine bazı periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testlerini içeren bir liste sunuldu. Katılımcılardan bu kez 30 günlük bebeğinin aşılması için aile sağlığı merkezine başvuran, kronik bir hastalığı ve şikayeti bulunmayan, 3. canlı bebeğini dünyaya getiren, daha önce gerçekleşmiş düşük öyküsü bulunmayan, son doğumunu gebeliğinin 39. haftasında spontan vajinal doğum olarak gerçekleştiren 32 yaşındaki kadın hasta için değerlendirmede bulunmaları istendi. Bu hastanın gerçekleştirdiği son doğumla dünyaya gelen bebeğinin 50 cm boyunda ve 4700 gram doğduğu bilgisi ve anneye daha önce hiç tarama yapılmamış olduğu bilgisi de katılımcılara sunuldu. Belirlediği öncüllerdeki doğruluk oranı %80'in üzerinde olan öğrencilerin başarılı kabul edildiği değerlendirmeye göre, 17. Sorunun çözümünde 4. sınıf öğrencilerinin %69,3'ünün başarısız olduğu, 5. sınıf öğrencilerinin %87,1'inin başarısız olduğu, 6. sınıf öğrencilerinin ise %88'inin başarısız olduğu görüldü. Katılımcıların sınıfları ile 17. Soruda başarılı olabilmek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptandı (p:0.004) (Tablo 20). Bu anlamlı fark 4 ile 5 (p:0.015) ve 4 ile 6. (p:0.007) sınıflardan kaynaklanmıştır.

Tablo 20 38 yaşındaki kadın hasta için uygulanması gereken ve gerekmeyen periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testlerini belirleyebilme düzeyi ile sınıf ilişkisi

	Soru 17		Toplam
	Başarılı	Başarısız	
4.Sınıf n (%)	23 (%30,7)	52 (%69,3)	75
5.Sınıf n (%)	9 (%12,9)	61 (%87,1)	70
6.Sınıf n (%)	10 (%12,0)	73 (%88,0)	83
Toplam n (%)	42 (%18,4)	186 (%81,6)	228
p	0.004		
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.			

Katılımcıların 17. soruda kendilerine sunulan senaryo sorusunda bulunan her bir periyodik muayene ve tarama testinin senaryoda bulunan hasta için uygunluğunu değerlendirmeleri bekleniyordu. Her bir öncül göz önünde bulundurulduğunda adayların muayeneler ve testler hakkında değerlendirmelerindeki başarı yüzdesi Tablo 21'deki gibidir. Arteriyel tansiyon ölçümü, serum lipid profili taraması, diyabetes mellitus taraması

ve meme kanseri taraması amacıyla hekim tarafından meme muayenesine ilişkin başarı düzeyi ile katılımcıların sınıf düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptandı (Tablo 21). Arteriyel tansiyon ölçümündeki anlamlı fark 4 ile 5. sınıflar arasından kaynaklanmaktadır (p:0.029). Serum lipid profili taramasına ait anlamlı fark 4 ile 5 (p:<0.001) ve 4 ile 6. (p:0.041) sınıflardan kaynaklanmaktadır. Diyabetes mellitus taramasına ait anlamlı fark 4 ile 6 (p:<0.001) ve 5 ile 6. (p:0.012) sınıflardan kaynaklanmaktadır. Meme kanseri taraması amacıyla hekim tarafından meme muayenesi taramasına ait anlamlı fark 4 ile 5 (p:0.027) ve 4 ile 6. (p:0.048) sınıflardan kaynaklanmaktadır.



Tablo 21 Anketin 17. sorusunda bulunan senaryo durumundaki periyodik muayeneler ve tarama testleriyle ilgili değerlendirmelerde başarı düzeyi ile sınıf ilişkisi

SORU 17		4.Sınıf n (%)	5.Sınıf n (%)	6.Sınıf n (%)	Toplam n (%)	p
Kardiyovasküler risk değerlendirmesi	Başarılı	43 (%57,3)	31 (%44,3)	43 (%51,8)	117 (%51,3)	0.289
	Başarısız	32 (%42,7)	39 (%55,7)	40 (%48,2)	111 (%48,7)	
Tütün kullanımı sorgulanmalı, pasif içicilik hakkında bilgi verilmelidir.	Başarılı	64 (%85,3)	57 (%81,4)	69 (%83,1)	190 (%83,3)	0.818
	Başarısız	11 (%14,7)	13 (%18,6)	14 (%16,9)	38 (%16,7)	
Arteriyel tansiyon ölçümü	Başarılı	64 (%85,3)	47 (%67,1)	61 (%73,5)	172 (%75,4)	0.035
	Başarısız	11 (%14,7)	23 (%32,9)	22 (%26,5)	56 (%24,6)	
Serum lipid profili	Başarılı	53 (%70,7)	27 (%38,6)	43 (%51,8)	123 (%53,9)	<0.001
	Başarısız	22 (%29,3)	43 (%61,4)	40 (%48,2)	105 (%46,1)	
Diyabetes mellitus taraması yapılmalıdır. Test normal çıkarsa tekrar tarama yapmaya gerek yoktur.	Başarılı	47 (%62,7)	50 (%71,4)	37 (%44,6)	134 (%58,8)	0.002
	Başarısız	28 (%37,3)	20 (%28,6)	46 (%55,4)	94 (%41,2)	
Diyabetes mellitus taraması yapılmalıdır. Test normal çıkarsa belli aralıklarla tarama tekrarlanmalıdır.	Başarılı	55 (%73,3)	46 (%65,7)	36 (%43,4)	137 (%60,1)	<0.001
	Başarısız	20 (%26,7)	24 (%34,3)	47 (%56,6)	91 (%39,9)	
Tiroid fonksiyon testleri (TSH)	Başarılı	33 (%44)	37 (%52,9)	48 (%57,8)	118 (%51,8)	0.216
	Başarısız	42 (%56)	33 (%47,1)	35 (%42,2)	110 (%48,2)	
Meme kanseri taraması amacıyla kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi verilmesi	Başarılı	58 (%77,3)	48 (%68,6)	62 (%74,7)	168 (%73,7)	0.472
	Başarısız	17 (%22,7)	22 (%31,4)	21 (%25,3)	60 (%26,3)	
Meme kanseri taraması amacıyla hekim tarafından meme muayenesi	Başarılı	38 (%50,7)	21 (%30)	27 (%32,5)	86 (%37,7)	0.018
	Başarısız	37 (%49,3)	49 (%70)	56 (%67,5)	142 (%62,3)	
Mamografi istemi	Başarılı	74 (%98,7)	68 (%97,1)	77 (%92,8)	219 (%96,1)	0.140
	Başarısız	1 (%1,3)	2 (%2,9)	6 (%7,2)	9 (%3,9)	
Gaitada Gizli Kan Testi	Başarılı	69 (%92)	66 (%94,3)	78 (%94)	213 (%93,4)	0,830
	Başarısız	6 (%8)	4 (%5,7)	5 (%6)	15 (%6,6)	
Serviks biyopsisi	Başarılı	72 (%96)	66 (%94,3)	78 (%94)	216 (%94,7)	0.833
	Başarısız	3 (%4)	4 (%5,7)	5 (%6)	12 (%5,3)	
PAP smear testi	Başarılı	37 (%49,3)	30 (%42,9)	41 (%49,4)	108 (%47,4)	0.662
	Başarısız	38 (%50,7)	40 (%57,1)	42 (%50,6)	120 (%52,6)	
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.						

4.3. Katılımcıların Erişkinlik Çağında Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Hakkındaki Tutumlarına İlişkin Veriler

Çalışmanın anketinin 18. sorusunda katılımcılara periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testlerini içeren bir liste sunulmuştur. Katılımcılardan bu tarama testleri ve muayeneleri ne ölçüde anlamlı bulduklarını beşli likert ölçeğinde belirlemeleri istenmiştir. Likert ölçeğinde 1 değeri “Anlamlı ve etkili olduğunu düşünmüyorum.” iken 5 değeri ise “Oldukça anlamlı ve etkili olduğunu düşünüyorum.” anlamına geliyordu. Verilen yanıtları betimleyen bilgiler Tablo 22’de sunulmuştur.



Tablo 22 PSM ve tarama testlerine ilişkin tutumlar

	1	2	3	4	5	Toplam
Tütün Ürünü Kullanımı ve Pasif Etkilenim Durumunun Değerlendirilmesi n (%)	31 (%13,6)	7 (%3,1)	27 (%11,8)	36 (%15,8)	127 (%55,7)	228 (%100)
Arteriyel Tansiyon Takibi n (%)	26 (%3,1)	4 (%1,8)	28 (%12,3)	36 (%15,8)	134 (%58,8)	228 (%100)
Serum Lipid Profili Taraması n (%)	24 (%10,5)	6 (%2,6)	31 (%13,6)	41 (%18)	126 (%55,3)	228 (%100)
Diyabetes Mellitus Taraması n (%)	26 (%11,4)	3 (%1,3)	14 (%6,1)	26 (%11,4)	159 (%69,7)	228 (%100)
Tiroid Fonksiyon Anomalilerinin Taranması n (%)	26 (%11,4)	9 (%3,9)	26 (%11,4)	40 (%17,5)	127 (%55,7)	228 (%100)
Obezite Taraması n (%)	24 (%10,5)	6 (%2,6)	19 (%8,3)	41 (%18)	138 (%60,5)	228 (%100)
Meme Kanseri Taraması n (%)	25 (%11,0)	6 (%2,6)	17 (%7,5)	25 (%11)	155 (%68)	228 (%100)
Kolorektal Kanseri Taraması n (%)	25 (%11,0)	14 (%6,1)	23 (%10,1)	32 (%14)	134 (%58,8)	228 (%100)
Serviks Kanseri ve Prekanseröz Lezyonların Taranması n (%)	19 (%8,3)	17 (%7,5)	26 (%11,4)	31 (%13,6)	135 (%59,2)	228 (%100)
Gebelerde Kan Grubu Tayini n (%)	26 (%11,4)	4 (%1,8)	21 (%9,2)	27 (%11,8)	150 (%65,8)	228 (%100)
Alkol Kullanım Durumunun Değerlendirilmesi n (%)	26 (%11,4)	11 (%4,8)	36 (%15,8)	38 (%16,7)	117 (%51,3)	228 (%100)
Depresyon Taraması n (%)	27 (%11,8)	12 (%5,3)	46 (%20,2)	40 (%17,5)	103 (%45,2)	228 (%100)

Verilen yanıtlara ait median; %25; %75 bilgileri ile katılımcıların sınıf bilgileri arasındaki ilişkilendirme aşağıdaki tabloda sunulmuştur (Tablo 23).

Tablo 23 Anketin 18. sorusunda bulunan periyodik muayeneler ve tarama testleriyle ilgili ölçekten elde edilen median; %25; %75 ile sınıf ilişkisi

	4.sınıf (Median; %25; %75)	5.sınıf (Median; %25; %75)	6.sınıf (Median; %25; %75)	p
Tütün Ürünü Kullanımı ve Pasif Etkilenim Durumunun Değerlendirilmesi	5; 3; 5	5; 4; 5	5; 3; 5	0.447
Arteriyel Tansiyon Takibi	5; 3; 5	5; 4; 5	5; 4; 5	0.279
Serum Lipid Profili Taraması	5; 3; 5	5; 4; 5	5; 4; 5	0.466
Diyabetes Mellitus Taraması	5; 3; 5	5; 5; 5	5; 4; 5	0.185
Tiroid Fonksiyon Anomalilerinin Taranması	5; 3; 5	5; 4; 5	5; 4; 5	0.098
Obezite Taraması	5; 3; 5	5; 4; 5	5; 4; 5	0.085
Meme Kanseri Taraması	5; 3; 5	5; 5; 5	5; 4; 5	0.056
Kolorektal Kanseri Taraması	5; 3; 5	5; 3.75; 5	5; 4; 5	0.272
Serviks Kanseri ve Prekanseroz Lezyonların Taranması	5; 3; 5	5; 4; 5	5; 4; 5	0.274
Gebelerde Kan Grubu Tayini	5; 3; 5	5; 4; 5	5; 4; 5	0.811
Alkol Kullanım Durumunun Değerlendirilmesi	5; 3; 5	5; 3; 5	4; 3; 5	0.326
Depresyon Taraması	4; 3; 5	4; 3; 5	4; 3; 5	0.973
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.				

4.4. Katılımcıların Erişkinlik Çağında Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Hakkındaki Aldıkları Eğitimin Yeterliliğine ve Kendi Öz yeterliliklerine İlişkin Değerlendirmeleri

Katılımcılara yöneltilen “Aldığınız teorik ve pratik eğitim saatlerinin birinci basamak periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri açısından yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?” sorusuna 228 katılımcıdan 151’i (%66,2) “Hayır” cevabını verdi.

Katılımcıların sınıfları ile “Aldığınız teorik ve pratik eğitim saatlerinin birinci basamak

periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri ağısından yeterli olduğunu dűşünüyor musunuz?” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p:0.824) (Tablo 24).

Tablo 24 “Aldığınız teorik ve pratik eğitim saatlerinin birinci basamak periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri ağısından yeterli olduğunu dűşünüyor musunuz?” sorusuna verilen yanıtlar ile sınıf ilişkisi

	Aldığınız teorik ve pratik eğitim saatlerinin birinci basamak periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri ağısından yeterli olduğunu dűşünüyor musunuz?		Toplam	p
	Evet	Hayır		
4. Sınıf n (%)	25 (%33,3)	65 (%66,7)	75	0.824
5. Sınıf n (%)	22 (%31,4)	63 (%68,6)	70	
6. Sınıf n (%)	30 (%36,1)	61 (%63,9)	83	
Toplam n (%)	77 (%33,8)	189 (%66,2)	228	
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.				

Katılımcılara yűneltilen diđer bir soruda “Kendinizi birinci basamak hekimliđi/koruyucu hekimlik hakkında yeterli gűrűyor musunuz?” diye soruldu, 4.sınıf űđrencilerinden 65 kiři “Hayır” yanıtını verdi. 5.sınıf űđrencilerinden 63 kiři “Hayır”, 6.sınıf űđrencilerinden 62 kiři “Hayır” yanıtını verdi. Katılımcıların sınıfları ile “Kendinizi birinci basamak hekimliđi/koruyucu hekimlik hakkında yeterli gűrűyor musunuz?” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında anlamlı iliřki saptandı (p:0.015) (Tablo 25). Bu anlamlı fark 5 ile 6. sınıflar arasından kaynaklanmaktadır (p:0.018).

Tablo 25 “Kendinizi birinci basamak hekimliği/koruyucu hekimlik hakkında yeterli görüyor musunuz?” sorusu ile sınıf ilişkisi

	Kendinizi birinci basamak hekimliği/koruyucu hekimlik hakkında yeterli görüyor musunuz?		Toplam	p
	Evet	Hayır		
4. Sınıf n (%)	10 (%13,3)	65 (%86,7)	75	0.015
5. Sınıf n (%)	7 (%10,0)	63 (%90,0)	70	
6. Sınıf n (%)	22 (%26,5)	61 (%73,5)	83	
Toplam n (%)	39 (%17,1)	189 (%82,9)	228	

Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.

Öz yeterlilik soruları kapsamında katılımcılardan kendilerinin periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testlerini uygulayabilme becerilerini değerlendirmeleri istendi. Her bir periyodik tarama testine ilişkin soruya katılımcıların verdikleri Evet, Hayır ve Kararsızım yanıtlarının sayıları ve bu sayıların yüzdeleri Tablo 26’da verilmiştir. Katılımcıların tip 2 diyabetes mellitus hakkında tarama yapabilme ve hastalara koruyucu bilgilendirmelerde bulunabilme, kolorektal tümör taraması yapabilme ve hastalara koruyucu bilgilendirmeler yapabilme, obezite taraması yapabilme ve hastalara koruyucu bilgiler verebilme, meme muayenesi ile meme kanseri taraması yapabilme ve depresyon taraması yapabilme yeterliliklerine ilişkin yaptıkları değerlendirmeler ile sınıf düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptandı (Tablo 26). Tip 2 diyabetes mellitus hakkında tarama yapabilmesine ait anlamlı fark 5 ile 6. sınıflar arasından kaynaklanmaktadır (p:0.015). Kolorektal kanser taramasına ait sınıflar arasında çıkan anlamlı fark 4 ile 5. sınıflar arasından kaynaklanmaktadır (p:0.038). Obezite taraması yapabilme ve hastalara koruyucu bilgiler verebilme hakkındaki anlamlı fark 4 ile 5. sınıflar arasından kaynaklanmaktadır (p:0.034). Meme muayenesi ile meme kanseri taraması yapabilme hakkındaki anlamlı fark 4 ile 5. sınıflar arasında (p:0.002) ve 4 ile 6. sınıflar arasında (p:0.006) anlamlı bulunmuştur. Depresyon taraması yapabilmelerine ait anlamlı fark ise 4 ile 5 (p:0.001) ve 5 ile 6. (p:0.004) sınıflardan kaynaklanmıştır.

Tablo 26 Öz yeterlilik sorularına yanıtlar ile sınıf ilişkisi

		4.Sınıf n (%)	5.Sınıf n (%)	6.Sınıf n (%)	Toplam n (%)	p
Hipertansiyon taraması yapabilir, hastalarımı hipertansiyondan korunma hakkında bilgilendirebilirim.	Evet	66 (%88)	62 (%88,6)	74 (%89,2)	202 (%88,6)	0.707
	Hayır	2 (%2,7)	0 (%0)	1 (%1,2)	3 (%1,3)	
	Kararsızım	7 (%9,3)	8 (%11,4)	8 (%9,6)	23 (%10,1)	
Primer hipertansiyon tanısını koyabilirim.	Evet	56 (%74,7)	56 (%80,0)	65 (%78,3)	177 (%77,6)	0.448
	Hayır	3 (%4,0)	0 (%0,0)	1 (%1,2)	4 (%1,8)	
	Kararsızım	16 (%21,3)	14 (%20,0)	17 (%20,5)	47 (%20,6)	
Tip 2 Diyabetes Mellitus tanısını koyabilirim.	Evet	62 (%82,7)	52 (%74,3)	72 (%86,7)	186 (%81,6)	0.385
	Hayır	1 (%1,3)	1 (%1,4)	1 (%1,2)	3 (%1,3)	
	Kararsızım	12 (%16,0)	17 (%24,3)	10 (%12,0)	39 (%17,1)	
Tip 2 Diyabetes Mellitus hakkında tarama yapabilir, hastalarımı koruyucu bilgilendirmelerde bulunabilirim.	Evet	62 (%82,7)	53 (%75,7)	78 (%94,0)	193 (%84,6)	0.012
	Hayır	1 (%1,3)	4 (%5,7)	0 (%0,0)	5 (%2,2)	
	Kararsızım	12 (%16,0)	13 (%18,6)	5 (%6,0)	30 (%13,2)	
Kolonrektal tümör taraması yapabilir, hastalarımı koruyucu bilgilendirmeler yapabilirim.	Evet	28 (%37,3)	16 (%22,9)	32 (%38,6)	76 (%33,3)	0.008
	Hayır	25 (%33,3)	19 (%27,1)	12 (%14,5)	56 (%24,6)	
	Kararsızım	22 (%29,3)	35 (%50,0)	39 (%47,0)	96 (%42,1)	
Serviks Kanseri ve Prekanseröz Lezyonların koruyucu hekimliğini yapabilirim.	Evet	27 (%36,0)	25 (%35,7)	37 (%44,6)	89 (%39,0)	0.228
	Hayır	22 (%29,3)	18 (%25,7)	12 (%14,5)	52 (%22,8)	
	Kararsızım	26 (%34,7)	27 (%38,6)	34 (%41,0)	87 (%38,2)	
Obezite taraması yapabilir, hastalarımı koruyucu bilgiler verebilirim.	Evet	64 (%85,3)	67 (%95,7)	78 (%94,0)	209 (%91,7)	0.049
	Hayır	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	
	Kararsızım	11 (%14,7)	3 (%4,3)	5 (%6,0)	19 (%8,3)	
Serum lipid taraması yapabilirim.	Evet	52 (%69,3)	45 (%64,3)	62 (%74,7)	159 (%69,7)	0.305
	Hayır	6 (%8,0)	4 (%5,7)	8 (%9,6)	18 (%7,9)	
	Kararsızım	17 (%22,7)	21 (%30)	13 (%15,7)	51 (%22,4)	
Tiroid fonksiyon anomalilerini saptamak için tarama yapabilirim.	Evet	60 (%80)	53 (%75,7)	69 (%83,1)	182 (%79,8)	0.748
	Hayır	4 (%5,3)	4 (%5,7)	2 (%2,4)	10 (%4,3)	
	Kararsızım	11 (%14,7)	13 (%18,6)	12 (%14,5)	36 (%15,8)	
Meme muayenesi ile meme kanseri taraması yapabilirim.	Evet	45 (%60)	56 (%80)	56 (%67,5)	157 (%68,9)	<0.001
	Hayır	16 (%21,3)	2 (%2,9)	4 (%4,8)	22 (%9,6)	
	Kararsızım	14 (%18,7)	12 (%17,1)	23 (%27,7)	49 (%21,5)	
Hastalarımı kendi kendine meme muayenesi yapmayı öğretebilirim.	Evet	54 (%72)	58 (%82,6)	63 (%75,9)	175 (%76,8)	0.173
	Hayır	9 (%12)	1 (%1,4)	6 (%7,2)	16 (%7)	
	Kararsızım	12 (%16)	11 (%15,7)	14 (%16,9)	37 (%16,2)	
Depresyon taraması yapabilirim.	Evet	51 (%68)	32 (%45,7)	42 (%50,6)	125 (%54,8)	<0.001
	Hayır	2 (%2,7)	17 (%24,3)	5 (%6)	24 (%10,5)	
	Kararsızım	22 (%29,3)	21 (%30)	36 (%43,4)	79 (%34,6)	

4.5. Katılımcıların Erişkinlik Çağında Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Hakkında Bilgi Düzeyleri ile Öz Yeterliliklerine İlişkin Verilerin Değerlendirilmesi

Katılımcıların erişkinlik çağında aile hekimliği uygulamasında önerilen periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri hakkında bilgi düzeylerine ilişkin veriler bölüm 4.2 de, öz yeterliliklerine ilişkin değerlendirmelerine ilişkin veriler ise bölüm 4.4'te sunuldu. Bu bölümde katılımcıların erişkinlik çağında uygulanması gereken periyodik sağlık muayenelerine ilişkin bilgi düzeyleri ile kendi öz yeterliliklerine ilişkin değerlendirmeleri arasındaki ilişki ortaya konulacaktır. Bu amaçla katılımcıların sunulan tarama testleri ve muayenelere ilişkin kendini yeterli bulup bulmama durumları ile bilgi ölçen sorularda başarı sağlayıp sağlamadıkları birlikte değerlendirildi.

Katılımcıların hipertansiyon taramasına ilişkin öz yeterlilik değerlendirmelerinin arteriyel tansiyon takibine ilişkin bilgi sorularındaki başarı düzeyleri ile ilişkisi Tablo 27'de sunulmuştur. Yapılan analiz katılımcıların hipertansiyon taraması yapabilme ve hastaları hipertansiyondan koruma konusunda bilgilendirebilme becerilerine yönelik değerlendirmeleri ile arteriyel tansiyon takibi bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişki olduğunu ortaya koydu ($p:0.032$) (Tablo 27). Ortaya çıkan bu anlamlı fark "Evet" ile "Kararsız" gruplar arasındadır ($p:0.026$).

Tablo 27 Arteriyel tansiyon takibi taramasına ilişkin öz yeterlilik değerlendirmeleri ile bu tarama hakkında bilgi ölçen sorulardaki başarı ilişkisi

		Arteriyel Tansiyon Takibi Bilgisi			
		Başarılı	Başarısız	Toplam	p
Hipertansiyon taraması yapabilir, hastalarımı hipertansiyondan korunma hakkında bilgilendirebilirim.	Evet n (%)	93 (%46)	109 (%54)	202 (%100)	0.032
	Hayır n (%)	2 (%66,7)	1 (%33,3)	3 (%100)	
	Kararsızım n (%)	5 (%21,7)	18 (%78,3)	23 (%100)	
Primer hipertansiyon tanısını koyabilirim	Evet n (%)	83 (%46,9)	94 (%53,1)	177 (%100)	0.158
	Hayır n (%)	2 (%50)	2 (%50)	4 (%100)	
	Kararsızım n (%)	15 (%31,9)	32 (%68,1)	47 (%100)	
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.					

Katılımcıların serum lipid taramasına ilişkin öz yeterlilik değerlendirmelerinin serum lipid taramasına ilişkin bilgi sorularındaki başarı düzeyleri ile ilişkisi Tablo 28’de sunulmuştur. Yapılan analiz katılımcıların serum lipid taraması yapabilme becerilerine yönelik değerlendirmeleri ile serum lipid taraması bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişki olduğunu ortaya koydu (p:0.015) (Tablo 28). Bu anlamlı ilişki “Evet” ile “Kararsız” gruplar arasındadır (p:0.033)

Tablo 28 Serum lipid taramasına ilişkin öz yeterlilik değerlendirmeleri ile bu tarama hakkında bilgi ölçen sorulardaki başarı ilişkisi

		Serum Lipid Taraması Bilgisi			
		Başarılı	Başarısız	Toplam	p
Serum lipid taraması yapabilirim.	Evet n (%)	61 (%38,4)	98 (%61,6)	159 (%100)	0.015
	Hayır n (%)	3 (%16,7)	15 (%83,3)	18 (%100)	
	Kararsızım n (%)	10 (%19,6)	41 (%80,4)	51 (%100)	
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.					

Katılımcıların diyabetes mellitus taramasına ilişkin öz yeterlilik değerlendirmelerinin diyabetes mellitus taramasına ilişkin bilgi sorularındaki başarı düzeyleri ile ilişkisi Tablo 29’da sunulmuştur. Yapılan analiz katılımcıların diyabetes mellitus tanısı koyabilme ve tarama yapabilme becerilerine yönelik değerlendirmeleri ile diyabetes mellitus taraması bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koydu (Tablo 29).

Tablo 29 Diyabetes mellitus taramasına ilişkin öz yeterlilik değerlendirmeleri ile bu tarama hakkında bilgi ölçen sorulardaki başarı ilişkisi

		Diyabetes Mellitus Taraması Bilgisi			p
		Başarılı	Başarısız	Toplam	
Tip 2 Diyabetes Mellitus tanısı koyabilirim.	Evet n (%)	42 (22,6)	144 (%77,4)	186 (%100)	1.000
	Hayır n (%)	0 (%0)	3 (%100)	3 (%100)	
	Kararsızım n (%)	8 (%20,5)	31 (%79,5)	39 (%100)	
Tip 2 Diyabetes Mellitus hakkında tarama yapabilir, hastalarım koruyucu bilgilendirmelerde bulunabilirim.	Evet n (%)	45 (%23,3)	148 (%76,7)	193 (%100)	0.540
	Hayır n (%)	0 (%0)	5 (%100)	5 (%100)	
	Kararsızım n (%)	5 (%16,7)	25 (%83,3)	30 (%100)	
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.					

Katılımcıların tiroid fonksiyon anomalilerini saptamayabilmek için tarama yapabilme becerilerine ilişkin öz yeterlilik değerlendirmelerinin Tiroid Fonksiyon Anomalileri taramasına ilişkin bilgi ölçen sorulardaki başarı düzeyleri ile ilişkisi Tablo 30’da sunulmuştur. Yapılan analiz katılımcıların tiroid fonksiyon anomalilerini saptamak üzere tarama yapabilme becerilerine yönelik değerlendirmeleri ile tiroid fonksiyon anomalileri taraması bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişki olmadığını ortaya koydu (p:0.668) (Tablo 30).

Tablo 30 Tiroid fonksiyon anomalileri taramasına ilişkin öz yeterlilik değerlendirmeleri ile bu tarama hakkında bilgi ölçen sorulardaki başarı ilişkisi

		Tiroid Fonksiyon Anomalileri Tarama Bilgisi			p
		Başarılı	Başarısız	Toplam	
Tiroid fonksiyon anomalilerini saptamak için tarama yapabilirim.	Evet n (%)	9 (%4,9)	173 (%95,1)	182 (%100)	0.668
	Hayır n (%)	0 (%0)	10 (%100)	10 (%100)	
	Kararsızım n (%)	3 (%8,3)	33 (%91,7)	36 (%100)	
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.					

Katılımcıların obezite taramasına ilişkin öz yeterlilik değerlendirmelerinin obezite taramasına ilişkin bilgi sorularındaki başarı düzeyleri ile ilişkisi Tablo 31’de sunulmuştur. Yapılan analiz katılımcıların obezite taraması yapabilme becerilerine yönelik değerlendirmeleri ile obezite taraması bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişki olduğunu ortaya koydu (p:0.016) (Tablo 31). Bu anlamlı ilişki “Evet” ile “Kararsız” gruplar arasındadır ve “Hayır” cevabı veren katılımcı bulunmamaktadır.

Tablo 31 Obezite taramasına ilişkin öz yeterlilik değerlendirmeleri ile bu tarama hakkında bilgi ölçen sorulardaki başarı ilişkisi

		Obezite Taraması Bilgisi			p
		Başarılı	Başarısız	Toplam	
Obezite taraması yapabilir, hastalarımı koruyucu bilgiler verebilirim.	Evet n (%)	50 (%23,9)	159 (%76,1)	209 (%100)	0.016
	Hayır n (%)	0	0	0	
	Kararsızım n (%)	0(%0)	19 (%100)	19 (%100)	
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.					

Katılımcıların Meme Kanseri taramasına ilişkin öz yeterlilik değerlendirmelerinin Meme Kanseri taramasına ilişkin bilgi sorularındaki başarı düzeyleri ile ilişkisi Tablo 32’de

sunulmuştur. Yapılan analiz katılımcıların meme kanseri taraması yapabilme ve hastalara kendi kendine meme muayenesi yapmayı öğretebilme becerilerine yönelik değerlendirmeleri ile meme kanseri taraması bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koydu (Tablo 32).

Tablo 32 Meme kanseri taramasına ilişkin öz yeterlilik değerlendirmeleri ile bu tarama hakkında bilgi ölçen sorulardaki başarı ilişkisi

		Meme Kanseri Taraması Bilgisi			
		Başarılı	Başarısız	Toplam	p
Meme muayenesi ile meme kanseri taraması yapabilirim.	Evet n (%)	27 (%17,2)	130 (%82,8)	157 (%100)	0.487
	Hayır n (%)	2 (%9,1)	20 (%90,9)	22 (%100)	
	Kararsızım n (%)	6 (%12,2)	43 (%87,8)	49 (%100)	
Hastalarım kendi kendine meme muayenesi yapmayı öğretebilirim.	Evet n (%)	29 (%16,6)	146 (%83,4)	175 (%100)	0.125
	Hayır n (%)	4 (%25)	12 (%75)	16 (%100)	
	Kararsızım n (%)	2 (%5,4)	35 (%94,6)	37 (%100)	
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.					

Katılımcıların kolorektal kanser taramasına ilişkin öz yeterlilik değerlendirmelerinin kolorektal kanser taramasına ilişkin bilgi sorularındaki başarı düzeyleri ile ilişkisi Tablo 33'te sunulmuştur. Yapılan analiz katılımcıların kolorektal kanser taraması yapabilme, hastalara koruyucu bilgilendirmeler yapabilme becerilerine yönelik değerlendirmeleri ile kolorektal kanser taraması bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişki olduğunu ortaya koydu (p:0.033) (Tablo 33). Bu anlamlı ilişki Evet-Hayır (p:0.028) ile Evet-Kararsız (p:0.029) grupları arasındadır.

Tablo 33 Kolorektal kanser taramasına ilişkin öz yeterlilik değerlendirmeleri ile bu tarama hakkında bilgi ölçen sorulardaki başarı ilişkisi

		Kolorektal Kanser Taraması Bilgisi			
		Başarılı	Başarısız	Toplam	p
Kolorektal tümör taraması yapabilir, hastalarımı koruyucu bilgilendirmeler yapabilirim.	Evet n (%)	30 (%39,5)	46 (%60,5)	76 (%100)	0.033
	Hayır n (%)	12 (%21,4)	44 (%78,6)	56 (%100)	
	Kararsızım n (%)	23 (%24)	73 (%76)	96 (%100)	
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.					

Katılımcıların serviks kanseri ve prekanseröz lezyonların taranmasına ilişkin öz yeterlilik değerlendirmelerinin serviks kanseri ve prekanseröz lezyonların taranmasına ilişkin bilgi sorularındaki başarı düzeyleri ile ilişkisi Tablo 34’te sunulmuştur. Yapılan analiz katılımcıların Serviks Kanseri ve Prekanseröz Lezyonların koruyucu hekimliğini yapabilme becerilerine yönelik değerlendirmeleri ile serviks kanseri ve prekanseröz lezyonların taranması bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişki olduğunu ortaya koydu (p:0.002) (Tablo 34). Bu anlamlı ilişki Evet-Hayır (p:0.013) ile Evet-Kararsız (p:0.001) grupları arasındadır.

Tablo 34 Serviks kanseri ve prekanseröz lezyonların taranmasına ilişkin öz yeterlilik değerlendirmeleri ile bu taranma hakkında bilgi ölçen sorulardaki başarı ilişkisi

		Serviks Kanseri ve Prekanseröz Lezyonların Taranması Bilgisi			
		Başarılı	Başarısız	Toplam	p
Serviks Kanseri ve Prekanseröz Lezyonların koruyucu hekimliğini yapabilirim.	Evet n (%)	41 (%46,1)	48 (%53,9)	89 (%100)	0.002
	Hayır n (%)	13 (%25)	39 (%75)	52 (%100)	
	Kararsızım n (%)	20 (%23)	67 (%77)	87 (%100)	
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.					

Katılımcıların depresyon taramasına ilişkin öz yeterlilik değerlendirmelerinin depresyon taramasına ilişkin bilgi sorularındaki başarı düzeyleri ile ilişkisi Tablo 35’te sunulmuştur. Yapılan analiz katılımcıların depresyon taraması yapabilme becerilerine yönelik değerlendirmeleri ile depresyon taraması bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koydu (p:0.047) (Tablo 35). Bu anlamlı ilişki “Evet” ile “Kararsız” grupları arasındadır (p: 0.014)

Tablo 35 Depresyon taramasına ilişkin öz yeterlilik değerlendirmeleri ile bu tarama hakkında bilgi ölçen sorulardaki başarı ilişkisi

		Depresyon Taraması Bilgisi			p
		Başarılı	Başarısız	Toplam	
Depresyon taraması yapabilirim.	Evet n (%)	68 (%54,4)	57 (%45,6)	125 (%100)	0.047
	Hayır n (%)	11 (%45,8)	13 (%54,2)	24 (%100)	
	Kararsızım n (%)	29 (%36,7)	50 (%63,3)	79 (%100)	
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.					

4.6. Katılımcıların Erişkinlik Çağında Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Hakkında Bilgi Düzeyleri ile Tutumlarına İlişkin Verilerin Değerlendirilmesi

Katılımcıların erişkinlik çağında aile hekimliği uygulamasında önerilen periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri hakkında bilgi düzeylerine ilişkin veriler bölüm 4.2 de, bu muayeneleri ve tarama testlerini ne ölçüde anlamlı bulduklarına ilişkin tutumlarına ait veriler ise bölüm 4.3’te sunuldu. Bu bölümde katılımcıların erişkinlik çağında uygulanması gereken periyodik sağlık muayenelerine ilişkin bilgi düzeyleri ile tutumları arasındaki ilişki ortaya konulacaktır. Bu amaçla katılımcıların her bir periyodik muayene ve tarama testine ilişkin bilgi ölçen sorularda başarı sağlayıp sağlamama durumları ile bu tarama testlerini ne ölçüde anlamlı bulduklarını ortaya koyan ölçekte belirledikleri anlamlılık düzeyi birlikte değerlendirildi.

Katılımcıların tütün ürünü kullanımı ve pasif etkilenim durumunun değerlendirilmesine ilişkin bilgi sorularındaki başarı düzeyleri ile tütün ürünü kullanımı ve pasif etkilenim

durumuna yönelik tutum ölçeğinden elde edilen veriler arasındaki ilişki Tablo 36’da sunulmuştur. Yapılan analiz katılımcıların tütün ürünü kullanımı ve pasif etkilenim durumunu değerlendirebilme bilgi düzeyleri ile bu tarama testinin kullanımının anlamlılığına yönelik tutumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koydu (p:0.286) (Tablo 36).

Tablo 36 Tütün ürünü kullanımı ve pasif etkilenim durumunun değerlendirilmesi bilgisi ölçen sorularda başarı düzeyi ile tutum ilişkisi

		Tütün Ürünü Kullanımı ve Pasif Etkilenim Durumunun Değerlendirilmesi Tutumu					
		1	2	3	4	5	Toplam
Tütün Ürünü Kullanımı ve Pasif Etkilenim Durumunun Değerlendirilmesi Bilgisi	Başarılı	15	3	6	14	42	80
	n (%)	(% 18,8)	(% 3,7)	(% 7,5)	(% 17,5)	(% 52,5)	(% 100)
	Başarısız	16	4	21	22	85	148
	n (%)	(% 10,8)	(% 2,7)	(% 14,2)	(% 14,9)	(% 57,4)	(% 100)
	Toplam	31	7	27	36	127	228
	n (%)	(% 13,6)	(% 3,1)	(% 11,8)	(% 15,8)	(% 55,7)	(% 100)
	p	0.286					
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.							

Katılımcıların arteriyel tansiyon takibine ilişkin bilgi sorularındaki başarı düzeyleri ile arteriyel tansiyon takibine yönelik tutum ölçeğinden elde edilen veriler arasındaki ilişki Tablo 37’de sunulmuştur. Yapılan analiz katılımcıların arteriyel tansiyon takibi bilgi düzeyleri ile bu tarama testinin kullanımının anlamlılığına yönelik tutumları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koydu (p:<0.001) (Tablo 37). Bu anlamlı fark tutum ölçeğinde 1 ile 3, 2 ile 5, 3 ile 4, 3 ile 5 ve 4 ile 5 puan verenler arasındaydı.

Tablo 37 Arteriyel tansiyon takibi bilgisi ölçen sorularda başarı düzeyi ile tutum ilişkisi

		Arteriyel Tansiyon Takibi Tutumu					
		1	2	3	4	5	Toplam
Arteriyel Tansiyon Takibi Bilgisi	Başarılı n (%)	13 (%13)	0 (%0)	3 (%3)	12 (%12)	72 (%72)	100 (%100)
	Başarısız n (%)	13 (%10,2)	4 (%3,1)	25 (%19,5)	24 (%18,8)	62 (%48,4)	128 (%100)
Toplam n (%)		26 (%11,4)	4 (%1,8)	28 (%12,3)	36 (%15,8)	134 (%58,8)	228 (%100)
p		<0.001					
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.							

Katılımcıların serum lipid profili taramasına ilişkin bilgi sorularındaki başarı düzeyleri ile serum lipid profili taramasına yönelik tutum ölçeğinden elde edilen veriler arasındaki ilişki Tablo 38’de sunulmuştur. Yapılan analiz katılımcıların serum lipid profili taraması bilgi düzeyleri ile bu tarama testinin kullanımının anlamlılığına yönelik tutumları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koydu (p:0.002) (Tablo 38). Bu anlamlı fark tutum ölçeğinde 3 ile 5 ve 4 ile 5 puan verenler arasındaydı.

Tablo 38 Serum lipid profili taraması bilgisi ölçen sorularda başarı düzeyi ile tutum ilişkisi

		Serum Lipid Profili Taraması Tutumu					
		1	2	3	4	5	Toplam
Serum Lipid Profili Taraması Bilgisi	Başarılı n (%)	8 (%10,8)	1 (%1,4)	5 (%6,8)	6 (%8,1)	54 (%73)	74 (%100)
	Başarısız n (%)	16 (%10,4)	5 (%3,2)	26 (%16,9)	35 (%22,7)	72 (%46,8)	154 (%100)
Toplam n (%)		24 (%10,5)	6 (%2,6)	31 (%13,6)	41 (%18)	126 (%55,3)	228 (%100)
p		0.002					
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.							

Katılımcıların diyabetes mellitus taramasına ilişkin bilgi sorularındaki başarı düzeyleri ile diyabetes mellitus taramasına yönelik tutum ölçeğinden elde edilen veriler arasındaki ilişki Tablo 39’da sunulmuştur. Yapılan analiz katılımcıların diyabetes mellitus taraması bilgi düzeyleri ile bu tarama testinin kullanımının anlamlılığına yönelik tutumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koydu (p:0.540) (Tablo 39).

Tablo 39 Diyabetes mellitus taraması bilgisi ölçen sorularda başarı düzeyi ile tutum ilişkisi

		Diyabetes Mellitus Taraması Tutumu					
		1	2	3	4	5	Toplam
Diyabetes Mellitus Taraması Bilgisi	Başarılı n (%)	7 (%14)	0 (%0)	2 (%4)	3 (%6)	38 (%76)	50 (%100)
	Başarısız n (%)	19 (%10,7)	3 (%1,7)	12 (%6,7)	23 (%12,9)	121 (%68)	178 (%100)
	Toplam n (%)	26 (%11,4)	3 (%1,3)	14 (%6,1)	26 (%11,4)	159 (%69,7)	228 (%100)
	p	0.540					
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.							

Katılımcıların tiroid fonksiyon anomalilerinin taranması ilişkin bilgi sorularındaki başarı düzeyleri ile tiroid fonksiyon anomalilerinin taranmasına yönelik tutum ölçeğinden elde edilen veriler arasındaki ilişki Tablo 40’ta sunulmuştur. Yapılan analiz katılımcıların tiroid fonksiyon anomalilerinin taranması bilgi düzeyleri ile bu tarama testinin kullanımının anlamlılığına yönelik tutumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koydu (p:0.276) (Tablo 40).

Tablo 40 Tiroid fonksiyon anomalilerinin taranması bilgisi ölçen sorularda başarı düzeyi ile tutum ilişkisi

		Tiroid Fonksiyon Anomalilerinin Taranması Tutumu					
		1	2	3	4	5	Toplam
Tiroid Fonksiyon Anomalilerinin Taranması Bilgisi	Başarılı n (%)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	1 (%8,3)	11 (%91,7)	12 (%100)
	Başarısız n (%)	26 (%12)	9 (%4,2)	26 (%12)	39 (%18,1)	116 (%53,7)	216 (%100)
Toplam n (%)		26 (%11,4)	9 (%3,9)	26 (%11,4)	40 (%17,5)	127 (%55,7)	228 (%100)
p		0.276					
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.							

Katılımcıların Obezite taramasına ilişkin bilgi sorularındaki başarı düzeyleri ile Obezite taramasına yönelik tutum ölçeğinden elde edilen veriler arasındaki ilişki Tablo 41’de sunulmuştur. Yapılan analiz katılımcıların Obezite taraması bilgi düzeyleri ile bu tarama testinin kullanımının anlamlılığına yönelik tutumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koydu (p:0.204) (Tablo 41).

Tablo 41 Obezite taraması bilgisi ölçen sorularda başarı düzeyi ile tutum ilişkisi

		Obezite Taraması Tutumu					
		1	2	3	4	5	Toplam
Obezite Taraması Bilgisi	Başarılı n (%)	5 (%10)	0 (%0)	1 (%2)	8 (%16)	36 (%72)	50 (%100)
	Başarısız n (%)	19 (%10,7)	6 (%3,4)	18 (%10,1)	33 (%18,5)	102 (%57,3)	178 (%100)
Toplam n (%)		24 (%10,5)	6 (%2,6)	19 (%8,3)	41 (%18)	138 (%60,5)	228 (%100)
p		0.204					
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.							

Katılımcıların meme kanseri taramasına ilişkin bilgi sorularındaki başarı düzeyleri ile meme kanseri taramasına yönelik tutum ölçeğinden elde edilen veriler arasındaki ilişki Tablo 42’de sunulmuştur. Yapılan analiz katılımcıların meme kanseri taraması bilgi düzeyleri ile bu tarama testinin kullanımının anlamlılığına yönelik tutumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koydu (p:0.274) (Tablo 42).

Tablo 42 Meme kanseri taraması bilgisi ölçen sorularda başarı düzeyi ile tutum ilişkisi

		Meme Kanseri Taraması Tutumu					
		1	2	3	4	5	Toplam
Meme Kanseri Taraması Bilgisi	Başarılı	5	0 (%0)	0 (%0)	5	25	35
	n (%)	(%14,3)			(%14,3)	(%71,4)	(%100)
	Başarısız	20	6	17	20	130	193
	n (%)	(%10,4)	(%3,1)	(%8,8)	(%10,4)	(%67,4)	(%100)
	Toplam	25 (%11)	6	17	25	155	228
	n (%)		(%2,6)	(%7,5)	(%11)	(%68)	(%100)k
	p	0.274					
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.							

Katılımcıların kolorektal kanser taramasına ilişkin bilgi sorularındaki başarı düzeyleri ile kolorektal kanser taramasına yönelik tutum ölçeğinden elde edilen veriler arasındaki ilişki Tablo 43’te sunulmuştur. Yapılan analiz katılımcıların kolorektal kanser taraması bilgi düzeyleri ile bu tarama testinin kullanımının anlamlılığına yönelik tutumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koydu (p:0.242) (Tablo 43).

Tablo 43 Kolorektal kanser taraması bilgisi ölçen sorularda başarı düzeyi ile tutum ilişkisi

		Kolorektal Kanser Taraması Tutumu					
		1	2	3	4	5	Toplam
Kolorektal Kanser Taraması Bilgisi	Başarılı n (%)	5 (%7,7)	3 (%4,6)	5 (%7,7)	6 (%9,2)	46 (%70,8)	65 (%100)
	Başarısız n (%)	20 (%12,3)	11 (%6,7)	18 (%11)	26 (%16)	88 (%54)	163 (%100)
	Toplam n (%)	25 (%11)	14 (%6,1)	23 (%10,1)	32 (%14)	134 (%58,8)	228 (%100)
	p	0.242					
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.							

Katılımcıların serviks kanseri ve prekanseröz lezyonların Taranması ilişkin bilgi sorularındaki başarı düzeyleri ile serviks kanseri ve prekanseröz lezyonların taranması taramasına yönelik tutum ölçeğinden elde edilen veriler arasındaki ilişki Tablo 44’de sunulmuştur. Yapılan analiz katılımcıların serviks kanseri ve prekanseröz lezyonların taranması bilgi düzeyleri ile bu tarama testinin kullanımının anlamlılığına yönelik tutumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koydu (p:0.084) (Tablo 44).

Tablo 44 Serviks kanseri ve prekanseröz lezyonların taranması bilgisi ölçen sorularda başarı düzeyi ile tutum ilişkisi

		Serviks Kanseri ve Prekanseröz Lezyonların Taranması Tutumu					
		1	2	3	4	5	Toplam
Serviks Kanseri ve Prekanseröz Lezyonların Taranması Bilgisi	Başarılı n (%)	6 (%8,1)	6 (%8,1)	4 (%5,4)	6 (%8,1)	52 (%70,3)	74 (%100)
	Başarısız n (%)	13 (%8,4)	11 (%7,1)	22 (%14,3)	25 (%16,2)	83 (%53,9)	154 (%100)
	Toplam n (%)	19 (%8,3)	17 (%7,5)	26 (%11,4)	31 (%13,6)	135 (%59,2)	228 (%100)
	p	0.084					
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.							

Katılımcıların gebelerde kan grubu tayini taramasına ilişkin bilgi sorularındaki başarı düzeyleri ile gebelerde kan grubu tayini taramasına yönelik tutum ölçeğinden elde edilen veriler arasındaki ilişki Tablo 45'te sunulmuştur. Yapılan analiz katılımcıların gebelerde kan grubu tayini taraması bilgi düzeyleri ile bu tarama testinin kullanımının anlamlılığına yönelik tutumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koydu (p:0.695) (Tablo 45).

Tablo 45 Gebelerde kan grubu tayini taraması bilgisi ölçen sorularda başarı düzeyi ile tutum ilişkisi

		Gebelerde Kan Grubu Tayini Taraması Tutumu					
		1	2	3	4	5	Toplam
Gebelerde Kan Grubu Tayini Taraması Bilgisi	Başarılı	6	0 (%0)	2	4	30	42
	n (%)	(%14,3)		(%4,8)	(%9,5)	(%71,4)	(%100)
	Başarısız	20	4	19	23	120	186
	n (%)	(%10,8)	(%2,2)	(%10,2)	(%12,4)	(%64,5)	(%100)
	Toplam	26	4	21	27	150	228
	n (%)	(%11,4)	(%1,8)	(%9,2)	(%11,8)	(%65,8)	(%100)
	p	0.695					
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.							

Katılımcıların alkol kullanım durumunun değerlendirilmesine ilişkin bilgi sorularındaki başarı düzeyleri ile alkol kullanım durumunun değerlendirilmesine yönelik tutum ölçeğinden elde edilen veriler arasındaki ilişki Tablo 46'da sunulmuştur. Yapılan analiz katılımcıların alkol kullanım durumunun değerlendirilmesine yönelik bilgi düzeyleri ile bu tarama testinin kullanımının anlamlılığına yönelik tutumları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koydu (p:<0.001) (Tablo 46). Bu anlamlı fark tutum ölçeğinde 1 ile 2, 1 ile 3, 1 ile 4, 2 ile 5, 3 ile 5 ve 4 ile 5 puan verenler arasındaydı.

Tablo 46 Alkol kullanım durumunun değerlendirilmesi bilgisi ölçen sorularda başarı düzeyi ile tutum ilişkisi

		Alkol Kullanım Durumunun Değerlendirilmesi Tutumu					
		1	2	3	4	5	Toplam
Alkol Kullanım Durumunun Değerlendirilmesi Bilgisi	Başarılı	17	2	8	12	70	109
	n (%)	(%15,6)	(%1,8)	(%7,3)	(%11)	(%64,2)	(%100)
	Başarısız	9	9	28	26	47	119
	n (%)	(%7,6)	(%7,6)	(%23,5)	(%21,8)	(%39,5)	(%100)
	Toplam	26	11	36	38	117	228
	n (%)	(%11,4)	(%4,8)	(%15,8)	(%16,7)	(%51,3)	(%100)
	p	<0.001					
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.							

Katılımcıların depresyon taramasına ilişkin bilgi sorularındaki başarı düzeyleri ile depresyon taramasına yönelik tutum ölçeğinden elde edilen veriler arasındaki ilişki Tablo 47’de sunulmuştur. Yapılan analiz katılımcıların depresyon taraması bilgi düzeyleri ile bu tarama testinin kullanımının anlamlılığına yönelik tutumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koydu (p:0.420) (Tablo 47).

Tablo 47 Depresyon taraması bilgisi ölçen sorularda başarı düzeyi ile tutum ilişkisi

		Depresyon Taraması Tutumu					
		1	2	3	4	5	Toplam
Depresyon Taraması Bilgisi	Başarılı	13	8	14	21	51	120
	n (%)	(%12,0)	(%7,4)	(%13,0)	(%47,5)	(%42,5)	(%100)
	Başarısız	14	4	32	19	51	108
	n (%)	(%11,7)	(%3,3)	(%26,7)	(%15,8)	(%42,5)	(%100)
	Toplam	27	12	46	40	103	228
	n (%)	(%11,8)	(%5,3)	(%20,2)	(%17,5)	(%45,2)	(%100)
	p	0.420					
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.							

4.7. Erişkinlik Çağında Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleriyle Saptanabilecek Hastalıkların Katılımcıların Birinci Derece Akrabalarında Bulunma Durumu ile Katılımcıların Bu Muayene ve Testler Hakkındaki Bilgi Düzeylerine İlişkin Verilerin Değerlendirilmesi

Bu bölümde katılımcıların birinci derece yakınlarında periyodik muayene ve tarama testleri sonucunda saptanabilecek bir hastalığın var olup olmaması durumu ile bu hastalık hakkındaki bilgi düzeyi arasındaki ilişki ortaya konulacaktır.

Katılımcıların arteriyel tansiyon takibine ilişkin bilgi sorularındaki başarı düzeyleri ile ailesinde hipertansiyon öyküsü varlığına yönelik elde edilen veriler arasındaki ilişki Tablo 48’de sunulmuştur. Yapılan analiz katılımcıların arteriyel tansiyon takibine ilişkin bilgi düzeyleri ile ailelerinde hipertansif birey varlığı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koydu (p:0.992) (Tablo 48).

Tablo 48 Arteriyel tansiyon takibi bilgi düzeyi ile ailede hipertansiyon öyküsü ilişkisi

		Ailede Hipertansiyon Öyküsü			p
		Var	Yok	Toplam	
Arteriyel Tansiyon Takibi Bilgi Düzeyi	Başarılı n (%)	39 (%39)	61 (%61)	100	0.992
	Başarısız n (%)	50 (%39,1)	78 (%60,9)	128	
	Toplam n (%)	89 (%39)	139 (%61)	228	

Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.

Katılımcıların serum lipid profili taramasına ilişkin bilgi sorularındaki başarı düzeyleri ile ailesinde hiperlipidemi öyküsü varlığına yönelik elde edilen veriler arasındaki ilişki Tablo 49’da sunulmuştur. Yapılan analiz katılımcıların serum lipid profili taraması bilgi düzeyi ile ailelerinde hiperlipidemi tanısı olan birey varlığı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koydu (p:0.085) (Tablo 49).

Tablo 49 Serum lipid profili taraması bilgi düzeyi ile ailede hiperlipidemi öyküsü ilişkisi

		Ailede Hiperlipidemi Öyküsü			
		Var	Yok	Toplam	p
Serum Lipid Profili Taraması Bilgi Düzeyi	Başarılı n (%)	15 (%20,3)	59 (%79,7)	74	0.085
	Başarısız n (%)	18 (%11,7)	136 (%88,3)	154	
	Toplam n (%)	33 (%14,5)	195 (%85,5)	228	

Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.

Katılımcıların serum diyabetes mellitus taramasına ilişkin bilgi sorularındaki başarı düzeyleri ile ailesinde diyabetes mellitus öyküsü varlığına yönelik elde edilen veriler arasındaki ilişki Tablo 50’de sunulmuştur. Yapılan analiz katılımcıların diyabetes mellitus taraması bilgi düzeyi ile ailelerinde diyabetes mellitus tanısı olan birey varlığı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koydu (p:0.090) (Tablo 50).

Tablo 50 Diyabetes mellitus taraması bilgi düzeyi ile ailede diyabetes mellitus öyküsü ilişkisi

		Ailede Diyabetes Mellitus Öyküsü			
		Var	Yok	Toplam	p
Diyabetes Mellitus Taraması Bilgi Düzeyi	Başarılı n (%)	20 (%40)	30 (%60)	50	0.090
	Başarısız n (%)	49 (%27,5)	129 (%72,5)	178	
	Toplam n (%)	69 (%30,3)	159 (%69,7)	228	

Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.

Katılımcıların tiroid fonksiyon anomalilerine ilişkin bilgi sorularındaki başarı düzeyleri ile ailelerinde bir tiroid hastasının varlığına yönelik elde edilen veriler arasındaki ilişki Tablo 51’de sunulmuştur. Yapılan analiz hekim tiroid fonksiyon anomalilerine ilişkin bilgi düzeyi ile ailelerinde tiroid hastalığı tanısı olan birey varlığı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koydu (p:0.263) (Tablo 51).

Tablo 51 Tiroid fonksiyon anomalileri bilgi düzeyi ile ailede tiroid hastalığı öyküsü ilişkisi

		Ailede Tiroid Hastalığı Öyküsü			
		Var	Yok	Toplam	p
Tiroid Fonksiyon Anomalileri Bilgi Düzeyi	Başarılı n (%)	4 (%33,3)	8 (%66,7)	12	0.263
	Başarısız n (%)	43 (%19,9)	173 (%80,1)	216	
	Toplam n (%)	47 (%20,6)	181 (%79,4)	228	

Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.

Katılımcıların obezite taramasına ilişkin bilgi sorularındaki başarı düzeyleri ile ailede obezite öyküsü varlığına yönelik elde edilen veriler arasındaki ilişki Tablo 52’de sunulmuştur. Yapılan analiz katılımcıların obezite taraması bilgi düzeyi ile ailelerinde obezite tanısı olan birey varlığı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koydu (p:0.118) (Tablo 52).

Tablo 52 Obezite taraması bilgi düzeyi ile ailede obezite öyküsü ilişkisi

		Ailede Obezite Öyküsü			
		Var	Yok	Toplam	p
Obezite Taraması Bilgi Düzeyi	Başarılı n (%)	13 (%26)	37 (%74)	50	0.118
	Başarısız n (%)	29 (%16,3)	149 (%83,7)	178	
	Toplam n (%)	42 (%18,4)	186 (%81,6)	228	

Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.

Katılımcıların meme kanseri taramasına ilişkin bilgi sorularındaki başarı düzeyleri ile ailede meme kanseri öyküsü varlığına yönelik elde edilen veriler arasındaki ilişki Tablo 53’te sunulmuştur. Yapılan analiz katılımcıların meme kanseri taraması bilgi düzeyi ile ailelerinde meme kanseri tanısı olan birey varlığı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koydu (p:0.458) (Tablo 53).

Tablo 53 Meme kanseri taraması bilgi düzeyi ile ailede meme kanseri öyküsü ilişkisi

		Ailede Meme Kanseri Öyküsü			
		Var	Yok	Toplam	p
Meme Kanseri Taraması Bilgi Düzeyi	Başarılı n (%)	0 (%0)	35 (%100)	35	0.458
	Başarısız n (%)	3 (%1,6)	190 (%98,4)	193	
	Toplam n (%)	3 (%1,3)	225 (%98,7)	228	

Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.

Katılımcıların kolorektal kanser taramasına ilişkin bilgi sorularındaki başarı düzeyleri ile ailede kolorektal kanser öyküsü varlığına yönelik elde edilen veriler arasındaki ilişki Tablo 54’te sunulmuştur. Yapılan analiz katılımcıların kolorektal kanser taraması bilgi düzeyi ile ailelerinde kolorektal kanser tanısı olan birey varlığı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koydu (p:0.153) (Tablo 54).

Tablo 54 Kolorektal kanser taraması bilgi düzeyi ile ailede kolorektal kanser öyküsü ilişkisi

		Ailede Kolorektal Kanser Öyküsü			
		Var	Yok	Toplam	p
Kolorektal Kanser Taraması Bilgi Düzeyi	Başarılı n (%)	0 (%0)	65 (%100)	65	0.153
	Başarısız n (%)	5 (%3,1)	158 (%96,9)	163	
	Toplam n (%)	5 (%2,2)	223 (%97,8)	228	

Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.

Katılımcıların serviks kanseri taramasına ilişkin bilgi sorularındaki başarı düzeyleri ile ailede serviks kanseri öyküsü varlığına yönelik elde edilen veriler arasındaki ilişki Tablo 55’te sunulmuştur. Yapılan analizde katılımcıların ailelerinde serviks kanseri tanısı olan birey varlığı olmaması nedeniyle p değeri hesaplanamamıştır (Tablo 55).

Tablo 55 Serviks kanseri taraması bilgi düzeyi ile ailede serviks kanseri öyküsü ilişkisi

		Ailede Serviks Kanseri Öyküsü			
		Var	Yok	Toplam	p
Serviks Kanseri Taranması Bilgi Düzeyi	Başarılı n (%)	0	74	74	-
	Başarısız n (%)	0	154	154	
	Toplam n (%)	0	228	228	

Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.

4.8. Katılımcıların Erişkinlik Çağında Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleriyle Saptanabilecek Hastalıkların Birinci Derece Akrabalarında Bulunma Durumu ile Bu Muayene ve Testler Hakkındaki Tutumlarına İlişkin Verilerin Değerlendirilmesi

Bu bölümde katılımcıların birinci derece yakınlarında periyodik muayene ve tarama testleri sonucunda saptanabilecek bir hastalığın var olup olmaması durumu ile bu hastalığın erken dönemde teşhisini sağlayacak periyodik muayene ve tarama testini ne ölçüde anlamlı bulduklarını ortaya koyan tutumları değerlendirilecektir.

Katılımcıların ailelerinde hipertansiyon öyküsü bulunup bulunmaması ile adayların arteriyel tansiyon takibini ne ölçüde anlamlı bulduğu arasındaki ilişki Tablo 56'da sunulmuştur. Yapılan analiz katılımcıların ailelerinde hipertansiyon öyküsü bulunup bulunmaması ile adayların arteriyel tansiyon takibine ilişkin tutumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koydu (p:0.351) (Tablo 56).

Tablo 56 Ailede hipertansiyon öyküsü ile arteriyel tansiyon takibi tutumu ilişkisi

		Arteriyel Tansiyon Takibi Tutumu					
		1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	Toplam n (%)
Ailede Hipertansiyon Öyküsü	Var	7 (%26,9)	1 (%25)	11 (%39,3)	11 (%30,6)	59 (%44)	89 (%39)
	Yok	19 (%73,1)	3 (%75)	17 (%60,7)	25 (%69,4)	75 (%56)	139 (%61)
Toplam		26 (%100)	4 (%100)	28 (%100)	36 (%100)	134 (%100)	228 (%100)
p		0.351					

Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.

Katılımcıların ailelerinde hipelipidemi öyküsü bulunup bulunmaması ile adayların serum lipid profili taramasını ne ölçüde anlamlı bulduğu arasındaki ilişki Tablo 57’de sunulmuştur. Yapılan analiz katılımcıların ailelerinde hipelipidemi öyküsü bulunup bulunmaması ile adayların serum lipid profili taramasına ilişkin tutumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koydu ($p:0.079$) (Tablo 57).

Tablo 57 Ailede hiperlipidemi öyküsü ile serum lipid profili taraması tutumu ilişkisi

		Serum Lipid Profili Taraması Tutumu					
		1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	Toplam n (%)
Ailede Hiperlipidemi Öyküsü	Var	1 (%4,2)	2 (%33,3)	2 (%6,5)	4 (%9,8)	24 (%19)	33 (%14,5)
	Yok	23 (%95,8)	4 (%66,7)	29 (%93,5)	37 (%90,2)	102 (%81)	195 (%85,5)
Toplam		24 (%100)	5 (%100)	31 (%100)	41 (%100)	126 (%100)	228 (%100)
p		0.079					
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.							

Katılımcıların ailelerinde diyabetes mellitus öyküsü bulunup bulunmaması ile adayların diyabetes mellitus taramasını ne ölçüde anlamlı bulduğu arasındaki ilişki Tablo 58’de sunulmuştur. Yapılan analiz katılımcıların ailelerinde diyabetes mellitus bulunup bulunmaması ile adayların diyabetes mellitus taramasına ilişkin tutumları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koydu ($p:0.017$) (Tablo 58). Bu anlamlı fark tutum ölçeğinde 1 ile 2, 2 ile 3, 2 ile 4, 2 ile 5 ve 3 ile 5 puan verenler arasındaydı.

Tablo 58 Ailede diyabetes mellitus öyküsü ile diyabetes mellitus taraması tutumu ilişkisi

		Diyabetes Mellitus Taraması Tutumu					
		1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	Toplam n (%)
Ailede Diyabetes Mellitus Öyküsü	Var	8 (%30,8)	3 (%100)	1 (%7,1)	5 (%19,2)	52 (%32,7)	69 (%30,3)
	Yok	18 (%69,2)	0 (%0)	13 (%92,9)	21 (%80,8)	107 (%67,3)	159 (%69,7)
Toplam		26 (%100)	3 (%100)	14 (%100)	26 (%100)	159 (%100)	228
p		0.017					
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.							

Katılımcıların ailelerinde tiroid fonksiyon anomalisi öyküsü bulunup bulunmaması ile adayların tiroid fonksiyon anomalilerinin taranmasını ne ölçüde anlamlı buldukları arasındaki ilişki Tablo 59’da sunulmuştur. Yapılan analiz katılımcıların ailelerinde tiroid fonksiyon anomalisi öyküsü bulunup bulunmaması ile adayların tiroid fonksiyon anomalilerinin taranmasına ilişkin tutumları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koydu (p:0.035) (Tablo 59). Bu anlamlı fark tutum ölçeğinde 1 ile 2 ve 1 ile 5 puan verenler arasındaydı.

Tablo 59 Ailede tiroid fonksiyon anomalisi öyküsü ile tiroid fonksiyon anomalilerinin taranması tutumu ilişkisi

		Tiroid Fonksiyon Anomalilerinin Taranması Tutumu					Toplam n (%)
		1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	
Ailede Tiroid Fonksiyon Anomalisi Öyküsü	Var	1 (%3,8)	3 (%33,3)	3 (%11,5)	6 (%15)	34 (%26,8)	47 (%20,6)
	Yok	25 (%96,2)	6 (%66,7)	23 (%88,5)	34 (%85)	93 (%73,2)	181 (%79,4)
	Toplam	26 (%100)	9 (%100)	26 (%100)	40 (%100)	127 (%100)	228 (%100)
	p	0.035					
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.							

Katılımcıların ailelerinde obezite öyküsü bulunup bulunmaması ile adayların obezite taramasını ne ölçüde anlamlı bulduğu arasındaki ilişki Tablo 60’ta sunulmuştur. Yapılan analiz katılımcıların ailelerinde obezite öyküsü bulunup bulunmaması ile adayların obezite taramasına ilişkin tutumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koydu (p:0.007) (Tablo 60). Bu anlamlı fark tutum ölçeğinde 2 ile 3, 2 ile 4 ve 4 ile 5 puan verenler arasındaydı.

Tablo 60 Ailede obezite öyküsü ile obezite taraması tutumu ilişkisi

		Obezite Taraması Tutumu					
		1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	Toplam n (%)
Ailede Obezite Öyküsü	Var	4 (%16,7)	3 (%50)	1 (%5,3)	2 (%4,9)	32 (%23,2)	42 (%18,4)
	Yok	20 (%83,3)	3 (%50)	18 (%94,7)	39 (%95,1)	106 (%76,8)	186 (%81,6)
Toplam		24 (%100)	6 (%100)	19 (%100)	41 (%100)	138 (%100)	228 (%100)
p		0.007					
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.							

Katılımcıların ailelerinde meme kanseri öyküsü bulunup bulunmaması ile adayların meme kanseri taramasını ne ölçüde anlamlı buldukları arasındaki ilişki Tablo 61’de sunulmuştur. Yapılan analiz katılımcıların ailelerinde meme kanseri öyküsü bulunup bulunmaması ile adayların meme kanseri taramasına ilişkin tutumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koydu (p:1.000) (Tablo 61).

Tablo 61 Ailede meme kanseri öyküsü ile meme kanseri taraması tutumu ilişkisi

		Meme Kanseri Taraması Tutumu					
		1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	Toplam n (%)
Ailede Meme Kanseri Öyküsü	Var	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	3 (%1,9)	3 (%1,3)
	Yok	25 (%100)	6 (%100)	17 (%100)	25 (%100)	152 (%98,1)	225 (%98,7)
Toplam		25 (%100)	6 (%100)	17 (%100)	25 (%100)	155 (%100)	228 (%100)
p		1.000					
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.							

Katılımcıların ailelerinde kolorektal kanser öyküsü bulunup bulunmaması ile adayların kolorektal kanser taramasını ne ölçüde anlamlı buldukları arasındaki ilişki Tablo 62’de sunulmuştur. Yapılan analiz katılımcıların ailelerinde kolorektal kanser öyküsü bulunup bulunmaması ile adayların kolorektal kanser taramasına ilişkin tutumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koydu (p:0.332) (Tablo 62).

Tablo 62 Ailede kolorektal kanser öyküsü ile kolorektal kanser taraması tutumu ilişkisi

		Kolorektal Kanser Taraması Tutumu					
		1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	Toplam n (%)
Ailede Kolorektal Kanser Öyküsü	Var	1 (%4)	0 (%0)	0 (%0)	2 (%6,2)	2 (%1,5)	5 (%2,2)
	Yok	24 (%96)	14 (%100)	23 (%100)	30 (%93,8)	132 (%98,5)	223 (%97,8)
Toplam		25 (%100)	14 (%100)	23 (%100)	32 (%100)	137 (%100)	228 (%100)
p		0.332					
Analiz için Ki-kare testi kullanılmıştır.							

Katılımcıların ailelerinde serviks kanseri öyküsü bulunup bulunmaması ile adayların serviks kanseri ve prekanseröz lezyonların taranmasını ne ölçüde anlamlı buldukları arasındaki ilişki Tablo 63'te sunulmuştur. Çalışmaya katılan katılımcıların hiçbirinin ailesinde serviks kanseri öyküsü bulunmadığı için bu değerlendirmeye ilişkin p değeri hesaplanamamıştır. (Tablo 63).

Tablo 63 Ailede serviks kanseri öyküsü ile serviks kanseri ve prekanseröz lezyonların taraması tutumu ilişkisi

		Serviks Kanseri ve Prekanseröz Lezyonların Taraması Tutumu					
		1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	Toplam n (%)
Ailede Serviks Kanseri Öyküsü	Var	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)
	Yok	19 (%100)	17 (%100)	26 (%100)	31 (%100)	135 (%100)	228 (%100)
Toplam		19 (%100)	17 (%100)	26 (%100)	31 (%100)	135 (%100)	228 (%100)
p							

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesinde öğrenim görmekte olan klinik dönem öğrencilerinin aile hekimliği uygulamasında erişkinlik çağında önerilen periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri hakkındaki bilgi, tutum, öz yeterlilikleri ve bu bileşenlerin birbirleri ile olan ilişkileri incelendi.

Bilgilerine İlişkin Değerlendirmeler

Toplam bilgi puanları hesaplandığında 4. sınıfta öğrenim göre katılımcıların aldıkları puanların ortalamasının 64,56, 5. sınıfta öğrenim göre katılımcıların aldıkları puanların ortalamasının 63,83 ve 5. sınıfta öğrenim göre katılımcıların aldıkları puanların ortalamasının 59,98 olduğu görüldü. Katılımcıların öğrenim düzeyi arttıkça azaldığı görülen ortalama toplam puanlar ile sınıf seviyesi arasındaki istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bir ilişki vardır. Altıntaş'ın aile hekimliği asistanlarıyla yapmış olduğu çalışmada hekimlerin erişkin döneminde uygulanması önerilen PSM ve tarama testleri hakkındaki bilgilerinin yetersiz olduğunu tespit etmiştir (54). Yılmaz ve arkadaşlarının aile hekimleriyle yaptığı, çocukluk döneminde önerilen PSM ve tarama testleri hakkındaki çalışmada da hekimlerin bu tarama testlerine ilişkin başarı ortalaması %51,2 çıkmıştır (55). Her iki çalışmanın bulguları bu çalışmanın bulgularıyla paralellik göstermektedir.

Her bir PSM ve tarama testine ilişkin bilgi puanları ile katılımcıların sınıf seviyeleri arasındaki ilişkiler analiz edildiğinde katılımcıların tütün ürünü kullanımı ve pasif etkilenim durumunun değerlendirilmesine, arteriyel tansiyon takibine, diyabetes mellitus taramasına, tiroid fonksiyon anomalilerinin taranmasına, alkol kullanım durumunun değerlendirilmesine ve depresyon taramasına ilişkin bilgi düzeyleri ile öğrenim seviyeleri arasında anlamlı ilişki olduğu görüldü. Bu PSM'ler ve tarama testleri içerisinde tiroid fonksiyon anomalilerine ilişkin bilgi düzeyleri haricindeki tüm muayene ve testler için başarısız öğrenci sayısı öğrenim seviyesi arttıkça yükselmektedir. 6. sınıfta öğrenim gören hiçbir hekim adayının tiroid fonksiyon anomalilerine ilişkin bilgi ölçen soruların %80'inden fazlasına doğru yanıt verememiş olması dikkat çekicidir.

Tıp fakültesinden mezun olan hekimlerin anne ve çocuk sağlığının korunması ve geliştirilmesi konusunda donanımlı olmaları gerekir (9). Gebeliği planlarken ve gebeliğin ilk trimesterinde annenin diyetine ek olarak günlük 400 mcg folik asit önerilmesi düşük

doğum ağırlığı, Nöral tüp defekti ve plasentanın erken ayrılmasına karşı alınması gereken önemli bir önlemdir (56,57). Bu çalışmaya katılan hekimlere gebelik planlayan ve gebeliğin ilk trimesterında olan bütün gebelere günde 4 mg folik asit önerilmesinin uygun olduğu fikrine katılıp katılmadıkları soruldu. Önerilen miktarın 10 katı folik asit önerisi içeren bu yanlış fikrin doğru olduğunu düşünen hekim yüzdesi 96,9'dur. Maalesef gebelerde fazla folik asit kullanımının hiç hafife alınamayacak olumsuz sonuçlar doğurması ihtimali vardır. Yajnik ve arkadaşları çalışmalarında düşük B12 ve yüksek folat konsantrasyonuna sahip gebelerin çocuklarının insülin direnci geliştirmeye daha yatkın olduğunu ortaya koymuştur (58). Piyasada bulunan pek çok folik asit preparatı içerisinde günlük 3-5 mg folik asit bulunduğu göz önüne alındığında hekimlerin bu konuda çok daha fazla dikkatli davranmalarının gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Sağlık çalışanlarının meme kanseri tarama yöntemleri hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını ortaya koydukları çalışmada Mertcan, katılımcıların yarısından fazlasının meme kanseri tarama yöntemleri hakkında eksik bilgiye sahip olduklarını tespit etmiş ve bu konudaki eğitim ihtiyacına vurguda bulunmuştur (59). Bu çalışmada da benzer bir sonuç elde edilmiş, meme kanseri taramasına ilişkin bilgi ölçen sorularda başarılı hekim yüzdesi 15,4 iken başarısız hekim yüzdesi 84,6 olmuştur.

Diyabetes mellitus toplumun büyük bir kısmı üzerinde etkili olan ve etkilediği insan sayısı her geçen gün artan bir hastalıktır. 2030 yılında dünya nüfusunun nerdeyse %10'unun bu hastalığa sahip olacağı tahmin edilmektedir (60). Bu nedenle katılımcıların bu hastalığın taraması ve tedavisi konusunda yeterli olmaları oldukça önemlidir. Dünya çapında artması beklenen diyabetli hasta sayısı göz önünde bulundurulduğunda bu hastaların sağlık sistemi üzerinde artan bir yüke neden olmaması için birinci basamakta teşhis ve tedavilerinin etkin olmasının gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Fogelman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yer alan birinci basamak hekimlerinin yalnızca %9'u tedaviye ihtiyaç duyan diyabet hastalarını ikinci basamak sağlık kuruluşlarına yönlendirdiğini ifade etmiştir (61). Bizim çalışmamıza katılan katılımcıların da %81,6'sı kendilerini diyabetes mellitus tanısı koyma konusunda yeterli bulduklarını ifade etmişlerdir.

Birinci basamakta sık görülen hasta profiline uyarlanarak hazırlanan ve kapsamlı yaklaşım gerektiren senaryo sorularına (16. ve 17. sorular) verilen yanıtların

değerlendirilmesi katılımcıların koruyucu hekimlik konusunda kapsamlı değerlendirme yapabilme becerilerinin ortaya konması bakımından önemliydi. Bu çalışma erişkin çağdaki asemptomatik bir erkek hasta için değerlendirme yapmaları gereken bir durumla karşılaştıklarında (16. soru), 4. sınıfta öğrenim gören katılımcıların %33,3'ünün başarılı %66,7'sinin başarısız, 5. sınıfta öğrenim gören katılımcıların %32,9'unun başarılı %67,1'inin başarısız, 6. sınıfta öğrenim gören katılımcıların %45,8'inin başarılı %54,2'sinin başarısız değerlendirmede bulunduğunu ortaya koymuştur. Katılımcıların 16. soruya verdikleri bu yanıtların başarı yüzdesi ile katılımcıların sınıf seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmesi de ($p>0.05$), bileşenler bazında yapılan analizler sodyum, potasyum, klor testlerinin ve gaitada gizli kan testinin kullanımına ilişkin yapılan değerlendirmelerin sınıf seviyesi ile ilişkilendirilebileceğini ortaya koymuştur. Buna göre, bu testlerin kullanımına ilişkin en doğru değerlendirmeyi 5. sınıfta öğrenim gören hekim adayları yapılabiliyorken en başarısız olanlar ise 4. sınıf öğrencileri olmuştur. Bu soruda başarı gösteren öğrenciler laboratuvar testlerinin gereksiz kullanılmaması konusunda dikkatli davranmış, bu soruya verilen yanıtlar hekimlerin akılcı laboratuvar kullanımı becerilerinin ne düzeyde olduğunu ortaya koymuştur. Maalesef en yüksek düzeyde başarı gösteren 5. sınıflarda bile semptomu, ek hastalığı ve risk faktörü bulunmayan bir hastaya sodyum, potasyum, klor testlerinin uygulanmaması gerektiği bilgisine sahip olan hekim yüzdesi 64,3'tür. Gereksiz tetkik istemleri, hem bu tetkiklerin sonuçlarını değerlendirirken hastalara ayrılan zamanın kısıtlanmasına sebep olmakta hem de sağlık sisteminde farklı hizmetler için değerlendirilebilecek imkanların israfına neden olmaktadır (62). Bu nedenle katılımcıların hangi testin istenmemesi gerektiği konusunda isabetli kararlar verebilecek bir eğitim almaları önemlidir.

Yeni doğum yapmış bir hasta için kapsamlı değerlendirme yapılması gereken 17. soruya verilen yanıtlar ile katılımcıların sınıf seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Bu sorudaki başarı yüzdesi 4. sınıflar için %30,7 iken 5. sınıflarda bu oran %12,9'a, 6. sınıflarda ise %12'ye düşmüştür. Bu durum doğum sonrası kadınların takibini yapabilecek yetkinlikte olmaları gereken hekimlerin aldıkları eğitimin bu alandaki yeterliliğine ilişkin soru işaretlerine neden olmaktadır. Bileşenler bazında yapılan analizler serum lipid profili ve diyabetes mellitus taramasına ilişkin yapılan değerlendirmelerin sınıf seviyesi ile ilişkilendirilebileceğini ortaya koymuştur ($p>0.05$). 16. ve 17. sorulardan elde edilen çarpıcı bir diğer bulgu ise şu şekildedir; 58 yaşındaki asemptomatik hastanın

kardiyovasküler risk değerlendirilmesinin yapılması gerektiğini düşünen katılımcı yüzdesi 97.8 iken, 32 yaşındaki kadın hasta için bu oran %51,3'e düşmüştür. Benzer bir düşünüş tütün kullanımının sorgulanması, arteriyel tansiyon ölçümü, serum lipid profili ve diyabetes mellitus taramasına yönelik başarı yüzdesinde de görülmektedir. Hekim adayları bu taramaların 58 yaşındaki erkek hasta için uygulanması gereken, 32 yaşındaki kadın hasta için uygulanması gerekmeyen taramalar olarak görme eğilimindedir. Bu sonuç katılımcıların kardiyovasküler olaylardan korunmada risk değerlendirilmesi yapılmasının erişkinlik çağındaki her birey için gerekli olduğunu bilmediklerini ortaya koymaktadır. İlginç bir şekilde zaten tarama kapsamında bulunmayan TSH ve Gaitada gizli kan testi uygulamalarının uygulanmaması gerektiğine yönelik isabetli değerlendirmeler 32 yaşındaki kadın hasta için daha yüksek oranda yapılmıştır. Bu durum hekimlerin görece genç buldukları hasta için daha az tarama testi yapılması gerektiğine ilişkin kanaatleri bulunduğu izlenimi doğurmaktadır. Miller ve arkadaşlarının hekimlerle yaptıkları çalışmadan elde edilen bulgular da, hekimlerin tarama testlerinin anlamlılığına ilişkin değerlendirmelerini yaparken hastanın yaşını göz önünde bulundurduğunu ortaya koymaktadır (63). Yasmeen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yer alan iç hastalıkları uzmanları ve aile hekimlerinin %44'ü 40-49 yaş arasındaki, %87'si ise 50-69 yaş arasındaki kadınlarda meme kanserine bağlı ölümlerin mamografi ile azaltacağı yönünde görüş belirtmiştir(64). Bu çalışma da hastaların yaşının hekimlerin taramalar hakkındaki tutumlarını etkilediği yönündeki bulgularımızı desteklemektedir.

Tutumlarına ve Öz yeterliliklerine İlişkin Değerlendirmeler

Hekim adayları kendilerine sunulan PSM ve tarama testi listesi içerisinde en çok diyabetes mellitus ve meme kanseri taramasını anlamlı bulduklarına ilişkin görüş belirtmiştir. Bu yaklaşımın özellikle 5. sınıfta öğrenim görmekte olan hekim adayları için oldukça baskın olduğu görülmektedir. Hekimlerin %82,9'u kendilerini birinci basamak hekimliği hakkında yetersiz görmektedir. Kendini koruyucu hekimlik hakkında yeterli gören hekimlerin yüzdesi öğrenim seviyesi arttıkça istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde yükselmekte, ancak en yüksek olduğu 6. sınıf seviyesinde bile bu yüzde 26,5 olarak kalmaktadır.

PSM ve tarama testlerinin özelinde yapılan değerlendirmede katılımcıların sınıfları ile diyabetes mellitus taramasının uygulanmasına ilişkin öz yeterlilik değerlendirmeleri

arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre sırasıyla 6. sınıflar (%94), 4. sınıflar (%82,7) ve 5. sınıflar (%75,7) kendilerini bu periyodik muayenenin uygulanması konusunda daha yeterli görmektedir. Bu durumun sebebi 5. Sınıflarda diyabetes mellitus ile alakalı eğitim yoksunluğu olabilir.

Yangı ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada aile hekimlerine PSM rehberi içerisinde bulunan öneriler ile ilgili sorular sormuş, verilen yanıtlardan en yüksek ortalamanın kanser taramalarına ait olduğu belirlenmiştir (65). Bizim çalışmamıza katılan tıp fakültesi öğrencileri için durum oldukça farklıdır. Hekim adayları kendilerini en az kolorektal kanser taraması ile serviks kanseri ve prekanseröz lezyonların koruyucu hekimliğini yapabilme konusunda yeterli bulmuştur. Katılımcılardan yalnızca %15,4'ünün meme kanseri, %28,5'i kolorektal kanser ve %32,5'i serviks kanserine ilişkin sorularda başarı gösterebildiği ortaya konmuştur.

Çalışmadan elde edilen bulgular katılımcıların %66,2'sinin tıp fakültesinde aldıkları eğitimi birinci basamak periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri açısından yetersiz bulduğunu ortaya koymuştur. Ulusal çekirdek eğitim müfredatına göre toplum sağlığını koruyucu adımlar atması gereken hekimlerin kendilerini bu alanda yeterince eğitim almamış olarak değerlendirmeleri dikkat çekicidir (9). Bu durum PSM'ye yönelik çalışmaların Türkiye'de çok hızlı gerçekleşmiyor olmasına ve hekimlerin tıp eğitimlerinin PSM'lerine ilişkin yeterli içeriğe sahip olmamasından kaynaklanıyor olabilir (65).

Benzer bir biçimde katılımcıların yalnızca %17'si kendini birinci basamak hekimliği/koruyucu hekimlik hakkında yeterli olarak tanımlamıştır. Sınıf seviyeleri bağlamında yapılan değerlendirmeler istatistiksel olarak anlamlı çıkmış, hekimlerin koruyucu hekimlik konusundaki yeterlilik değerlendirmeleri 6. sınıflar için en yüksek (%26,5), 5. sınıflar için ise en düşük (%10) olmuştur. Katılımcıların PSM'ler ve tarama testleri bileşeninde yaptıkları öz yeterlilik değerlendirmelerinde de bazı çarpıcı sonuçlar ortaya çıkmıştır. Örneğin katılımcıların hiçbiri kendini obezite taraması yapabilme ve hastalara koruyucu bilgiler verebilme konusunda yetersiz bulmamıştır. Yalnızca %8,3'lük bir grup bu konuda kararsız olduğunu belirtmiş, katılımcıların %91,3'ü kendini bu konuda yeterli bulmuştur. Oysaki obezite taramasına ilişkin bilgi ölçen sorulara bakıldığında durumun hiç de böyle olmadığı ortaya çıkmaktadır. Obezite taramasına ilişkin bilgi ölçen 4 soru kapsamında katılımcıların; obezite taraması için beden kitle endeksi ve bel çevresi

ölçümünün gerekli olduğunu, bacak çevresi ölçümünün bu tarama için anlamsız olduğunu ve erişkinlik çağındaki her birey için (yılda bir kez) bu taramanın yapılmasının gerekli olduğunu bilmeleri gerekiyordu. Ancak bu 4 sorunun dördüne de doğru cevap verip obezite taraması bilgisi konusunda başarılı olan katılımcı yüzdesi 23,9'dur.

Çalışma kapsamında değerlendirilmesi gereken bir diğer nokta ise hekimlerin içinde buldukları eğitim dönemleri ve bu dönemlerde aldıkları derslerin içerikleri ile çalışmada gösterdikleri başarılar arasındaki ilişkililerdir. Hem anketin tümüne verilen yanıtlar bazındaki sonuçlarda hem de bileşenler bazında yapılan değerlendirmelerin birçoğunda 4. sınıfların 5. ve 6. sınıflara göre daha başarılı olduğu görülmektedir. Tıp fakültesinde verilen koruyucu sağlık uygulamaları eğitiminin çoğunluğunun (13 eğitim saatinin 11'i) 3. sınıf programında ve bir kısmının da (2 eğitim dersi) 4. sınıf programında bulunuyor olması bu durumun olası sebeplerinden biridir. Öğrenciler 5. ve 6. sınıf döneminde koruyucu sağlık uygulamalarına yönelik bir eğitim almamakta, üstelik stajlarda verilen eğitimler tıbbın geleneksel yaklaşımı olan tedaviye odaklı hekimlik uygulamaları ekseninde yapılandırılmaktadır. Tüm bunlar katılımcıların başarılarının sınıf düzeylerine göre değişiklik göstermesinde birer etken olmuştur.

Katılımcıların kendilerinin PSM'ler ve tarama testlerine ilişkin becerilerine yönelik öz değerlendirmeleri ile bu PSM ve tarama testlerine ilişkin bilgileri arasındaki ilişki dikkat çekicidir. Örneğin; tiroid fonksiyon anomalilerini saptamak için tarama yapabileceği ön görüşünde bulunan katılımcıların yalnızca %4,9'u tiroid fonksiyon anomalilerine ilişkin bilgi ölçen sorularda başarı sağlayabilmiştir. Aynı oran meme kanseri taramalarına ilişkin olarak %17,2'dir. Katılımcıların hipertansiyon, serum lipid, obezite, kolorektal kanser, serviks kanseri ve depresyon taramalarına ilişkin öz yeterlilik değerlendirmeleri ile bu tarama testlerine ilişkin bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Hekimlerin bu tarama testlerine ilişkin kendi becerileriyle ilgili ön görüşleri bilgi seviyeleri ile orantılıdır.

Çalışmada ortaya konan bir diğer bulgu da katılımcıların PSM'lere ilişkin bilgi düzeyleri ile bu tarama testlerini ne ölçüde anlamlı bulduklarını ortaya koyan tutumlarıdır. Hekimlerin arteriyel tansiyon takibi, serum lipid profili ve alkol kullanımının değerlendirilmesine ilişkin bilgi düzeyleri bu tarama testlerinin kullanımına ilişkin tutumları üzerinde belirleyici olmuştur ($p<0.05$). Bu çalışmaya katılan katılımcıların %71,5'i tütün ürünü kullanımı ve pasif etkilenim durumunun değerlendirilmesini anlamlı ve etkili bulduğunu belirtmişken,

%11,8'i kararsız, %16,7'si anlamsız ve etkisiz olduğu yönünde görüş belirtmiştir. Vogt ve arkadaşlarının pratisyen hekimler ve aile hekimleriyle yaptığı çalışma hekimlerin %38'inin hastalarla sigarayı bırakmaya ilişkin görüşme yapmanın etkisiz olduğunu, %42'sinin ise böyle bir görüşmeye zaman kaybı olarak nitelendirdiğini ortaya koymuştur (65). Mesleğe başlamadan önce hekimler bu tarama testinin kullanılmasını bu derece etkili ve anlamlı buluyorken, aktif görev yapan hekimlerin bunun aksi yönünde değerlendirmede bulunmaları dikkat çekicidir.

Miller ve arkadaşları ise aile hekimleri, iç hastalıkları uzmanları, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarıyla yaptığı çalışmada hekimlerin meme kanseri, kolorektal kanser ve serviks kanseri taramaları hakkındaki tutumlarını ortaya koymuştur (63). Bu çalışmaya göre hekimlerin büyük bir kısmı bu taramaların anlamlı olduğuna ilişkin görüş belirtmiştir. Bizim çalışmamızın sonuçları da bu çalışmanın sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda sorgulanan bir diğer ilişki ise katılımcıların birinci derece yakınlarında periyodik muayene ve tarama testleri sonucunda saptanabilecek bir hastalığın var olup olmaması durumu ile hekimlerin bu hastalığı önleyebilecek PSM ve tarama testleri hakkındaki bilgi düzeyi arasında bir ilişki olup olmadığıdır. Yapılan analiz bulgular arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koymuştur. Bu sonuç Lale'nin çalışmasının sonuçlarıyla paraleldir. Ankara'daki 40 yaş ve üzeri aile hekimleri ile gerçekleştirdiği çalışmada Lale birinci derece akrabalarında kanser hastalığı bulunan hekimlerin, kendilerine gaitada gizli kan, PSA, mamografi, klinik meme muayenesi, pap-smear ve kolonoskopi yaptırma durumlarını incelemiştir. Sonuçlar aile öyküsü ile tarama testi yaptırma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığını ortaya koymuştur (66).

Bu çalışmaya katılan katılımcıların hiçbirinin ailesinde serviks kanseri öyküsü bulunmadığı için serviks kanseri taraması bilgi düzeyi ile ailede serviks kanseri öyküsüne ilişkin p değeri hesaplanamamıştır.

Aile öyküsü katılımcıların PSM ve tarama testlerine ilişkin bilgi düzeyleri üzerinde etkili bulunmamış olsa da katılımcıların PSM ve tarama testlerine ilişkin tutumları üzerinde belirleyici olduğu görüldü. Katılımcıların ailelerinde diyabetes mellitus, tiroid fonksiyon anomalisi ve obezite öyküsü bulunması ile hekimlerin bu hastalıkların taramalarına ilişkin tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$).

Tüm bu veriler bütüncül olarak değerlendirildiğinde, tıp fakültesi eğitim içeriğinin koruyucu hekimlik farkındalığı ve eğitimi yönüyle yeterli olmadığı görülmektedir. Çekirdek eğitim müfredatı ve tıp fakültesi ders programı katılımcılara PSM ve tarama testlerine ilişkin bilgi içeriği sunuyor olsa da hekimlerin bu bilgileri içselleştirebilmeleri ve verimli kullanabilmeleri için eğitim içeriğinin yapılandırılması gerektiği fikri ortaya çıkmıştır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yüzyıllardır birikimsel olarak ilerleyen tıbbi çalışmalar, bireyler henüz sağlıklı iken bu durumun sürdürülmesini sağlamanın hastaları tedavi etmekten çok daha etkili ve olumlu sonuçlar doğurduğunu ortaya koymuştur. Gelişmiş sağlık sistemleri de bu fikre paralel biçimde birincil korumayı öncelikle şekillenmiştir. Bu nitelikli sağlık hizmetini topluma ulaştıracak olan kişi en temelde hekimler, bu hekimlerin yetişmesini sağlayacak olanlar da tıp fakülteleridir. Araştırma sonucumuz evrenimiz olan Kocaeli Üniversitesi tıp fakültesinde öğrenim gören stajyer ve intörn hekimlerin koruyucu hekimlik uygulamalarının önemli bir bileşeni olan erişkinlik çağında uygulanması önerilen PSM'leri ve tarama testlerine ilişkin bilgi düzeylerinin istenen seviyede olmadığını ortaya koymuştur. Ulusal ve uluslararası eğitim müfredatları gözden geçirilerek hekimlere bu alandaki yeterliliğin nasıl kazandırılabilmesine ilişkin çalışmalar yapılması bu konuda olumlu sonuçlar alınmasını sağlayabilir. Bu sayede koruyucu sağlık hizmetlerinde nitelik artırılır; daha sağlıklı bireylerden oluşan bir toplum oluşturulabilir ve sağlık sektörünün ekonomi üzerine yaptığı olumsuz etkiler minimize edilebilir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin büyük çoğunluğu tıp fakültesinde aldıkları teorik ve pratik eğitimleri PSM'ler ve tarama testleri açısından yeterli bulmadıklarını ifade etmiş, aynı zamanda kendilerini koruyucu hekimlik uygulamaları konusunda yetersiz gördüklerini belirtmiştir. Bu durum hekimlerin PSM'ler ve tarama testlerine ilişkin genel yeterlilikleri hakkında doğru değerlendirmelerde bulunabiliyor olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak hekimlerin her bir PSM ve tarama testi için ayrı ayrı yaptıkları öz yeterlilik değerlendirmelerinde sıklıkla isabetsiz oldukları görülmüştür.

Aile hekimleriyle ve aile hekimliği asistanlarıyla yapılan çalışmalar da göstermiştir ki, tıp eğitimi sürecinde PSM ve tarama testleri hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olmayan hekimlerdeki bu eksiklik, hekimlerin mesleki tecrübelerinin artmasıyla birlikte ortadan kalkmamaktadır. Her ne kadar tıp fakültesinden mezun olduktan sonra gerek sürekli mesleki eğitimler kapsamında gerekse yayınlanan rehberler ve kılavuzlar vasıtasıyla hekimlerdeki bilgi eksiklikleri giderilmeye çalışılsa da PSM ve tarama testlerine ilişkin bilgi eksikliğinin tıp fakültesi eğitim sürecinde giderilmesinin gerekli olduğu görülmektedir.

Katılımcıların PSM ve tarama testlerine ilişkin olumlu tutumları göstermektedir ki, tıp fakültesi eğitim içeriğinde birincil korumanın önemi yeterince vurgulanmakta, hekimler koruyucu sağlık hizmetleri sağlama konusunda teşvik edilmektedir. Bu olumlu tutuma sahip hekim adayları doğru yapılandırılmış bir eğitim içeriğiyle desteklendiği takdirde, PSM ve tarama testlerini meslek hayatları boyunca bireylerin ve toplumun faydasını gözeterek etkin bir biçimde kullanma imkanına sahip olacaklardır.



7. ÖZET

Amaç: Her yıl milyonlarca insan önlenemez ve erken dönemde teşhisi ve tedavisi yapılabilir hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Daha sağlıklı bireylerden oluşan bir toplumun var olabilmesi hem de sağlık alanında yapılan masrafların önlenmesi için periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testlerinin hekimler tarafından etkin bir biçimde uygulanabiliyor olması gerekir. Bu çalışma teorik ders dönemini tamamlamış olan ve 4. 5. ve 6. sınıflarda öğrenim görmekte olan katılımcıların erişkinlik çağında uygulanması önerilen periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testlerine ilişkin bilgi düzeylerinin ve tutumlarının durumunu ortaya koymaktadır.

Yöntem: Bu çalışmanın katılımcıları Kasım 2020 – Mart 2021 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde öğrenim gören 4, 5 ve 6. sınıf öğrencileridir. Çalışmaya toplamda 228 kişi katılmıştır. Veri toplama aracı elektronik ortamda iletilen bir ankettir. Anketin içeriğindeki sorular “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri” rehberindeki bilgiler ışığında, hekimlerin bu taramalar ve testlere ilişkin bilgi ve tutumlarını ortaya koyacak biçimde hazırlanmıştır. Anketten elde edilen veriler IBM SPSS 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) programında analiz edilmiştir. Betimleyici istatistiklerin yanında Kruskal Wallis testinden faydalanılarak ikili değişkenler arasındaki anlamlılıklar ortaya konmuştur.

Bulgular: Çalışmaya katılan katılımcıların anketten aldıkları ortalama puanlar öğrenim seviyeleri yükseldikçe anlamlı bir biçimde azalmıştır ($p<0.05$). Benzer biçimde öğrenim seviyesi yükseldikçe tütün ürünü kullanımı ve pasif etkilenim durumunun değerlendirme, arteriyel tansiyon takibi, diyabetes mellitus taraması ve alkol kullanım durumunun değerlendirilmesinde başarılı öğrenci sayısı azalmaktadır. Senaryo sorularına verilen yanıtlar her ikisi de erişkin olan hastalardan yaş daha genç olan hasta için katılımcıların daha az sayıda tarama yapılması gerektiğini düşündüklerini ortaya koymuştur. Katılımcılar asemptomatik ve herhangi bir ek hastalığı veya risk faktörü bulunmayan bir hastaya sodyum, potasyum ve klor testlerinin uygulanmasının gerektiğini belirlemede yetersizlik göstermiştir. Hekim adayları, tarama rehberinde bulunan PSM ve tarama testlerinden sırasıyla en çok diyabetes mellitus ve meme kanseri taramalarını anlamlı bulduklarını belirtmişlerdir. Maalesef hekimlerin büyük çoğunluğu (%82,6) kendilerini koruyucu hekimlik konusunda yetersiz bulunduğunu belirtmiştir. Hekim adayları tüm diğer muayene ve

taramalar içerisinde kendilerini en çok kolorektal kanser taraması ile serviks kanseri ve prekanseröz lezyonların koruyucu hekimliğini yapabilme konusunda yetersiz bulmuştur.

Sonuç: Bu çalışmaya katılan hekim adayları PSM ve tarama testleri hakkında genellikle olumlu tutumlara sahiptir. Ancak katılımcıların bu muayene ve tarama testlerine ilişkin toplam bilgi puan ortalamaları (%61,96) istenen seviyenin (>%80) altındadır. Hekimlerin çoğu tıp fakültesinde aldıkları teorik ve pratik eğitimlerin içeriğinin PSM ve tarama testleri yönüyle yetersiz olduğu yönünde görüş belirtmiştir (%66,2). Çalışmanın bulguları hekimlerde PSM ve tarama testlerine, yani koruyucu hekimlik uygulamalarına ilişkin olumlu tutumlar geliştirmenin yeterli olmadığını, hekimlerin eğitim içeriklerinin PSM ve tarama testlerine ilişkin bilgi içeriği yönüyle zenginleştirilmesinin gerekliliğini ortaya koymuştur.

Anahtar Kelimeler: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri, periyodik sağlık muayeneleri, taramalar, tıp eğitimi, koruyucu hekimlik

8. ABSTRACT

Objective: Every year, millions of people die due to preventable and if early diagnosed, treatable diseases. Periodic medical examinations and screening tests should be effectively used by physicians for a healthier society and to prevent health costs. This study reveals the knowledge level and attitudes of the medical faculty students who have completed the theoretical course period and are studying in 4th, 5th and 6th grades, regarding periodic health examinations and screening tests recommended to be applied in adulthood.

Method: Participants of this study are 4th, 5th and 6th grade students studying at Kocaeli University Faculty of Medicine between November 2020 - March 2021. 228 students participated in the study. The data collection tool is an electronic questionnaire. The questions of the questionnaire were prepared based on the guide of "Periodic Health Examinations and Screening Tests Recommended in Family Medicine Practice" in a way to reveal the knowledge and attitudes of physicians regarding these screenings and tests. The data obtained from the questionnaire were analyzed in IBM SPSS 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) program. By using the Kruskal Wallis test as well as descriptive statistics, the significance between binary variables was revealed.

Results: The average scores obtained from the questionnaire in the study decreased significantly as the education level of the participants increased ($p < 0.05$). Similarly, as the level of education increases, the number of students who are successful in evaluating tobacco use and passive smoking status, arterial blood pressure monitoring, diabetes mellitus screening and evaluation of alcohol use status decreases. The answers given to the scenario questions revealed that; students think that younger patients need less screening compared to older, although they were both adults. Participants failed to determine whether there is a need for sodium, potassium and chlorine tests or not, for a patient who is asymptomatic and does not have any additional disease or risk factors. Among the periodic health examinations and screening tests included in the screening guide, diabetes mellitus and breast cancer screening were found the most significant by the physicians. Unfortunately, the majority of the physicians (82.6%) considered themselves inadequate in preventive medicine. Colorectal cancer screening and preventive medicine against cervical cancer were the top two screening tests that physicians consider themselves incompetent.

Conclusion: Physicians participated in this study have positive attitudes about periodic health examinations and screening tests, generally. However, the average of the total knowledge score of the participants about these examination and screening tests (61.96%) is below the desired level (> 80%). Most of the physicians stated that the content of the theoretical and practical training in medical school was insufficient in terms of periodic health examinations and screening tests (66.2%). The findings of the study revealed that developing positive attitudes towards periodic health examinations and screening tests is not enough. The curriculum of the medical school should be enriched about information and applications on preventive medicine.

Key words: Kocaeli University Faculty of Medicine students, periodic health examinations, screening, medical education, preventive medicine

9. KAYNAKÇA

1. The top 10 causes of death [Internet]. [a.yer 11 Nisan 2021]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
2. Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri-(2019-24/06/2020 10:00:00). :6. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>
3. Bloom DE, Cafiero E, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, vd. The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases [Internet]. PGDA Working Papers. Program on the Global Demography of Aging; 2012 Oca [a.yer 11 Nisan 2021]. (PGDA Working Papers). Report No.: 8712. Erişim adresi: <https://ideas.repec.org/p/gdm/wpaper/8712.html>
4. Han PKJ. Historical Changes in the Objectives of the Periodic Health Examination. Ann Intern Med. 15 Kasım 1997;127(10):910.
5. Sağlıkın teşviki ve geliştirilmesi alanındaki değerlendirmeler: İlkeler ve bakış açıları. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2011.
6. Burgut E, Anber N, Akpınar E, Bozdemir N. Periyodik Sağlık Muayenesi. Arşiv Kaynak Tarama Derg. 01 Mart 2007;16(1):1-15.
7. Canadian Task Force on Preventive Health Care Procedure Manual March 2014 [İnternet]. [a.yer 11 Nisan 2021]. Erişim adresi: https://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2016/12/procedural-manual-en_2014_Archived.pdf
8. Akdeniz M, Asik Z, Yaman H. Periodic Health Examination. GeroFam- Peer Rev Evid-Based Gerontol-Oriented Fam Pract J. 2011;69-84.
9. YÖK MEZUNİYET ÖNCESİ TIP EĞİTİMİ ULUSAL ÇEKİRDEK EĞİTİM PROGRAMI 2020 [İnternet]. [a.yer 11 Nisan 2021]. Erişim adresi: https://www.yok.gov.tr/Documents/Kurumsal/egitim_ogretim_dairesi/Ulusal-cekirdek-egitimi-programlari/mezuniyet-oncesi-tip-egitimi-cekirdek-egitimi-programi.pdf
10. Medical education [Internet]. Encyclopedia Britannica. [a.yer 11 Nisan 2021]. Erişim adresi: <https://www.britannica.com/science/medical-education>
11. Vatansever K. TIP EĞİTİMİNİN TARİHÇESİ. 2020;19.
12. Bayat AH. TIP TARİHİ İstanbul 2016. Zeytinburnu Belediyesi. [İnternet]. [a.yer 11 Nisan 2021]. Erişim adresi: <http://www.zeytinburnu.istanbul/Document/FileManager/tip-tarih-kitabi.pdf>
13. O'Malley CD (ed). The History of Medical Education, UCLA Med. Sci. No. 12, of California Press, Los Angeles, 1970. ,Lyons AS, Petrucelli RJ. Harry N Abrams Incorporated, New York,.

14. Tıp Eğitimi Genel Bilgileri [İnternet]. [a.yer 11 Nisan 2021]. Erişim adresi: <https://teyit.fra1.cdn.digitaloceanspaces.com/wp-content/uploads/2020/02/t%C4%B1p-eg%CC%86itimi-genel-bilgi-1.docx-1.pdf>
15. Wilbrink B. Assessment in historical perspective. Stud Educ Eval. Ocak 1997;23(1):31-48.
16. Kayhan H. Selçuklular Devrinde Tıp Bilimi ve Hekimler Hakkında Notlar -History Studies Volume 3- 2011
17. Pauli HG, White KL. Medical Education, Research, and Scientific Thinking in the 21st Century (Part One of Three). :12.
18. Törün SE. Değerlendirme ve Geçerlik Üzerine Arkeolojik Bir Çaba – Bağlam ve Kavram Bilgisi. 2015;48.
19. Weisz G. Divide and conquer: a comparative history of medical specialization. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2006. 359 s.
20. Shepard LA. The Role of Assessment in a Learning Culture. :11.
21. WFME Global Standards for Quality Improvement 2015- BME [İnternet]. The World Federation for Medical Education. [a.yer 11 Nisan 2021]. Erişim adresi: <https://wfme.org/download/wfme-global-standards-for-quality-improvement-bme/>
22. Swanwick T. Understanding Medical Education. İçinde: Understanding Medical Education [İnternet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2018 [a.yer 11 Nisan 2021]. s. 1-6. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781119373780.ch1>
23. Force D, Karle H, Fenoll-Brunet MR, Mirecka J, Christensen L, Green R, vd. DÜNYA TIP EĞİTİMİ FEDERASYONU TIP EĞİTİMİNDE NİTELİĞİN GELİŞTİRİLMESİ İÇİN EVRENSEL STANDARTLAR: AVRUPA SPESİFİKASYONLARI. 2010.
24. November 30th LU, Pm 2018 07:16. Social Development Theory (Lev Vygotsky) [İnternet]. InstructionalDesign.org. [a.yer 11 Nisan 2021]. Erişim adresi: <https://www.instructionaldesign.org/theories/social-development/>
25. Frank JR, Snell LS, Cate OT, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, vd. Competency-based medical education: theory to practice. Med Teach. Ağustos 2010;32(8):638-45.
26. Altıntaş A. Osmanlılarda Tıp Eğitimi (Tıbhâne-i Amire Dönemi). Osmanlı Devleti'nde Sağlık Hizmetleri Sempozyumu Kitabı. Ankara; 2000; 89-115.
27. B.O.A. Cevdet Sıhhiye No: 1287'deki dosyada II. Belge. (Bu belgenin bugünkü harflerle ve çevirisi için bkz. Belge No: 3Ataç A. 14 Mart 1827'de Açılan Tıp Okulunun Açılışı ile ilgili Dört Belge. Yeni Tıp Tarihi Araştırmalar› 1996/7; 2-3: 242-59.)

28. ÖSYM 2020 Yükseköğretim Kurumları Sınavı (Yks) Yükseköğretim Programları ve Kontenjanları Kılavuzu [İnternet]. [a.yer 11 Nisan 2021]. Erişim adresi: <https://dokuman.osym.gov.tr/pdfdokuman/2020/YKS/tkilavuz13082020.pdf>
29. Gülpinar MA, Ye BÇ, Kalaça S. ÇERÇEVE EĞİTİM PROGRAMI GELİŞTİRME REHBERİ-2: MEZUNİYET ÖNCESİ ÇERÇEVE EĞİTİM PROGRAMI. :40.
30. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi 2020-2021 Eğitim Programı [İnternet]. [a.yer 14 Nisan 2021]. Erişim adresi: <http://tip.kocaeli.edu.tr/egitim-programi.php>
31. Gülpinar DMA, Gürpinar DE, Songur DA. MEZUNİYET ÖNCESİ TIP EĞİTİMİ ULUSAL ÇEKİRDEK EĞİTİM PROGRAMI-2014 ULUSAL ÇEP-2014. 2014;125.
32. Gülpinar MA. UZMANLIK EĞİTİMİ DÖNEMİ VE ÇERÇEVE EĞİTİM PROGRAMI GELİŞTİRME REHBERİ. 2011;31.
33. Freeman TR. McWhinney's Textbook of Family Medicine [İnternet]. Oxford University Press; 2016. Erişim adresi: <https://books.google.com.tr/books?id=l3peCwAAQBAJ>
34. T.C. Sağlık Bakanlığı. Aile Doktorları için Kurs Notları. Ankara, 2004; 99-100.
35. Rakel D, Rakel RE. Textbook of Family Medicine E-Book. Elsevier Health Sciences; 2015. 1447 s.
36. AİLE HEKİMLİĞİ KANUNU [İnternet]. [a.yer 11 Nisan 2021]. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/anasayfa/MevzuatFihristDetayIframe?MevzuatTur=1&MevzuatNo=5258&MevzuatTertip=5>
37. Definition 3rd ed 2011 with revised wonca tree.pdf [İnternet]. [a.yer 11 Nisan 2021]. Erişim adresi: <https://www.woncaeurope.org/file/520e8ed3-30b4-4a74-bc35-87286d3de5c7/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>
38. T.C. Sağlık Bakanlığı. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Aile Hekimliği Tanımı [İnternet]. [a.yer 11 Nisan 2021]. Erişim adresi: http://www.istanbulsaglik.gov.tr/ahweb/belge/aile_hek.pdf
39. Kidd M, Haq C, De Maeseneer J, Markuns J, Montenegro H, Qidwai W, vd. Meeting people's health needs. İçinde: Kidd M, editör. The Contribution of Family Medicine to Improving Health Systems [İnternet]. 2. bs CRC Press; 2020 [a.yer 14 Şubat 2021]. s. 1-13. Erişim adresi: <https://www.taylorfrancis.com/books/9781910227312/chapters/10.1201/9780429084201-1>
40. D'Souza MF. Early diagnosis and multiphasic screening. In: Bennett, AE (ed).Recent Advances in Community Medicine. London: Churchill, 1978.
41. Morabia A. History of medical screening: from concepts to action. Postgrad Med J. 01 Ağustos 2004;80(946):463-9.

42. Yoakum CS, Yerkes RM. Army mental tests. New York: Henry Holt And Company, 1920.
43. Davis AB. Life Insurance And The Physical Examination: A Chapter In The Rise Of American Medical Technology. Bull Hist Med. 1981;55(3):392-406.
44. American Medical Association: Periodic Health Examinations: A Manual for Physicians 3rd ed. Chicago: American Medical Association; 1947.
45. Boehler M, Advani V, Schwind CJ, Wietfeldt ED, Becker Y, Lewis B, vd. Knowledge and Attitudes Regarding Colorectal Cancer Screening Among Medical Students: A Tale of Two Schools. J Cancer Educ. Mart 2011;26(1):147-52.
46. Mazicioğlu MM, Şafak ED, Üstünbaş HB. Periyodik Sağlık Muayenesinin Tarihi Gelişim Süreci. Spec Top. :4.
47. Taşoğlu S. Periyodik Sağlık Muayeneleri. :96.
48. The periodic health examination. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Can Med Assoc J. 03 Kasım 1979;121(9):1193-254.
49. Igde F, Alper Gürz A. Periyodik Muayenede Taramalar. Turk Klin J Fam Med-Spec Top. 01 Ocak 2013;4:43-8.
50. Friedman GD .The preventive health examination. In:Wynngarden , Bennett S(eds). Cecil Textbook of Medicine. 18th ed. Philadelphia, WB Saunders Company Inc 1986;55-56.
51. Yıldız M, Sak Ö, Akpınar E. Periyodik Sağlık Muayenelerinde Kanıta Dayalı Tıp Uygulaması. Türkiye Klin Aile Hekim - Özel Konular. 2013;4(5):13-8.
52. Akan H, Tanrıöver Ö. Periyodik Sağlık Muayenesinde Hasta Eğitimi ve Danışmanlık. Spec Top. :7.
53. Guilbert JJ. Educational Handbook for Health Personnel. WHO publication, Offset No. 35, 6th ed. WHO, Geneva; 1992.
54. Altıntaş DH. Ankara'daki Aile Hekimliği Asistanlarının Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Erişkin Periyodik Sağlık Muayeneleri Ve Tarama Testleri Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. :87.
55. Yılmaz T, Şencan İ, Yılmaz TE, Kasım İ, Kaya A, Kahveci R, vd. The Assessment of Knowledge Levels and Practices of Family Physicians Practicing in Family Health Centers in Ankara with Regard to Well Child Follow-up. Ank Med J [Internet]. 28 Eylül 2018 [a.yer 04 Nisan 2021]; Erişim adresi: <http://dergipark.gov.tr/doi/10.17098/amj.461402>
56. TÜRKİYE BESLENME REHBERİ 2015 (TÜBER). T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. [Internet]. [a.yer 11 Nisan 2021]. Erişim adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/10915,tuber-turkiye-beslenme-rehberipdf.pdf>

57. Dayı T, Pekcan G. CURRENT APPROACHES: FOLIC ACID SUPPLEMENTATION FOR PREGNANT WOMEN. *Food Health*. 2019;128-38.
58. Yajnik CS, Deshpande SS, Jackson AA, Refsum H, Rao S, Fisher DJ, vd. Vitamin B12 and folate concentrations during pregnancy and insulin resistance in the offspring: the Pune Maternal Nutrition Study. *Diabetologia*. 29 Kasım 2007;51(1):29-38.
59. Mertcan DK. Sağlık Çalışanlarında Meme Kanseri Risk Düzeylerinin, Meme Kanseri Tarama Yöntemleri Hakkında Bilgi, Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. :129.
60. Whiting DR, Guariguata L, Weil C, Shaw J. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract*. Aralık 2011;94(3):311-21.
61. Fogelman Y. Managing Diabetes Mellitus: A Survey of Attitudes and Practices Among Family Physicians. *J Community Health*. 2015;6.
62. Gür DMT. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahili Tıp Birimleri Uzmanlık Öğrencilerinin Akılcı Laboratuvar Konusunda Tutum Ve Düşüncelerinin Değerlendirilmesi. :61.
63. Miller JW, Baldwin L-M, Matthews B, Trivers KF, Andrilla CH, Lishner D, vd. Physicians' beliefs about effectiveness of cancer screening tests: A national survey of family physicians, general internists, and obstetrician-gynecologists. *Prev Med*. Aralık 2014;69:37-42.
64. Yasmeeen S, Romano PS, Tancredi DJ, Saito NH, Rainwater J, Kravitz RL. Screening mammography beliefs and recommendations: a web-based survey of primary care physicians. *BMC Health Serv Res*. Aralık 2012;12(1):32.
65. Tugay Yangı D, Görpeliöglu S. The evaluation of family physicians' knowledge attitude and behaviours towards periodic examination guidelines. *Türkiye Aile Hekim Derg*. 15 Eylül 2018;22(3):104-17.
66. Vogt F, Hall S, Marteau TM. General practitioners' and family physicians' negative beliefs and attitudes towards discussing smoking cessation with patients: a systematic review. *Addiction*. Ekim 2005;100(10):1423-31.
67. Lale DG. Ankara İli Merkez İlçeleri Aile Sağlık Merkezlerinde Çalışan 40 Yaş ve Üzeri Aile Hekimlerinin Tarama Testlerini Kendilerine Yaptırma Durumları. :82.

10. EKLER

10.1. Ek 1: Tez Anketi

Kocaeli Üniversite Tıp Fakültesi 4, 5, 6. Sınıf Öğrencilerinin Erişkinlik Çağında Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Hakkındaki Bilgi ve Tutumlarının Araştırılması

Değerli katılımcı; Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda " Kocaeli Üniversite Tıp Fakültesi 4, 5, 6. Sınıf Öğrencilerinin Erişkinlik Çağında Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Hakkındaki Bilgi ve Tutumlarının Araştırılması" isimli bir bilimsel araştırma çalışması yürütülmektedir. Bu veri toplama formunun amacı katılımcıların durumlarını değerlendirmektir. Elde edilen bilgiler ile katılımcıların erişkinlik çağında uygulanması gereken periyodik muayene ve tarama testleri hakkındaki bilgi ve tutumlarının belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Veri toplama formunun tamamlanması ortalama 5 dakika sürmektedir. Bu form aracılığıyla elde edilecek veriler gizli kalacaktır ve sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmayı reddedebileceğiniz gibi araştırmaya katıldıktan sonra istediğiniz anda ayrılma hakkına da sahiptir. Bu araştırmaya katılmanızdan dolayı sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek olup, katılmanızdan dolayı da size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadan elde edilen sonuçları talep etmeniz durumunda herhangi bir ücret talep etmeksizin sizlere bildireceğiz. Aşağıdaki onay kutucuğunu işaretlediğinizde, gönüllü olarak araştırmaya katıldığınızı onaylamış olacaksınız. Verdiğiniz cevaplarla çalışmaya katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

- 1) Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyor musunuz? Evet Hayır
- 2) Yaşınız? _____
- 3) Cinsiyetiniz? Kadın Erkek
- 4) Boyunuz? _____ cm
- 5) Kilonuz? _____ kg
- 6) Tıp fakültesinde kaçınıcı sınıf öğrencisisiniz?
 4. Sınıf 5. Sınıf 6. Sınıf
- 7) Geçtiğimiz yıl dönem sonu not ortalamanız?
 0-64 65-80 81-100

8) Aldığınız teorik ve pratik eğitim saatlerinin birinci basamak periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri açısından yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet

Hayır

9) Kendinizi birinci basamak hekimliği/koruyucu hekimlik hakkında yeterli görüyor musunuz?

Evet

Hayır

10) Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından hazırlanan "Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri" rehberini okudunuz mu?

Evet

Hayır

11) Birinci derece akrabalarınızda (Anne, baba, kardeş) aşağıdaki tanılardan birini almış birey varsa bu tanının hangisi olduğunu belirtiniz. (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

Kolorektal kanser

Diyabetes Mellitus

Prostat kanseri

Hipertansiyon

Serviks kanseri

Obezite

Meme kanseri

Tiroid hastalığı

Hiperlipidemi

12) Aşağıdakilerden hangileri "Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri" kılavuzuna göre tarama testidir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> A) Arteriyel tansiyon ölçümü | <input type="checkbox"/> K) Karaciğer fonksiyon testleri |
| <input type="checkbox"/> B) Vücut kitle endeksinin hesaplanması | <input type="checkbox"/> L) Böbrek fonksiyon testleri |
| <input type="checkbox"/> C) Beck depresyon ölçeği | <input type="checkbox"/> M) Gebelerde hemoglobin bakılması |
| <input type="checkbox"/> D) Bel çevresi ölçümü | <input type="checkbox"/> N) Mamografi |
| <input type="checkbox"/> E) Bacak çevresi ölçümü | <input type="checkbox"/> O) Meme USG |
| <input type="checkbox"/> F) Tütün kullanımının sorgulanması | <input type="checkbox"/> P) Gaitaa gizli kan testi |
| <input type="checkbox"/> G) Gebelerde kan grubu belirlenmesi | <input type="checkbox"/> R) Kolonskopi |
| <input type="checkbox"/> H) Alkol kullanımının sorgulanması | <input type="checkbox"/> S) Gebelere Hepatit A testinin yapılması |
| <input type="checkbox"/> İ) Serum lipid düzeyi | <input type="checkbox"/> T) PAP Smear |
| <input type="checkbox"/> J) TSH | <input type="checkbox"/> U) Plazma Glukozu |
| | <input type="checkbox"/> V) HbA1c |
| | <input type="checkbox"/> Y) OGTT |

13) Aşağıda bazı sağlık taramalarının nasıl uygulanması gerektiği ile ilgili cümleler bulunmaktadır. Lütfen her satırda size uygun olan şıkkı işaretleyin.

	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum
A) 18 yaşından büyük bütün bireylerde yılda en az 1 kez arteriyel tansiyon ölçümü yapılmalıdır.			
B) Serum lipid taraması için 6 saat açlık yeterlidir.			
C) Serum lipid taraması öncesi açlık süresi taramanın doğruluğu için önemlidir.			
D) Aile sağlığı merkezine başvuran ve annesinde meme kanseri öyküsü bulunduğunu söyleyen 33 yaşındaki kadın hastadan meme kanserinin taranması amacıyla USG istenmesi gereklidir.			
E) Aile sağlığı merkezine başvuran ve son 2haftadır kendini çökkün ve çevreye karşı ilgisiz olarak tanımlayan hastanın depresyon ön tanısı ile psikiyatri uzmanına sevk edilmesi gereklidir.			
F) Aile sağlığı merkezine başvuran ve aile öyküsü olmayan, 50-70 yaş arasındaki her hastadan, asemptomatik olsalar dahi tarama amacıyla düzenli aralıklarla kolonoskopi istenmelidir.			
G) Gebelik planlayan ve gebeliğinin ilk trimesterında olan bütün gebelere 4 mg/gün folik asit önerilmelidir.			

14) Aşağıda bazı sağlık taramalarının risk grupları ile ilgili cümleler bulunmaktadır.

Lütfen her satırda size uygun olan şıkkı işaretleyin.

	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum
A) 40 yaş üstü tüm bireylerde ve 40 yaş altı aile öyküsü olan bireylerde kardiyovasküler risk değerlendirmesi yapılmalıdır.			
B) Aile sağlığı merkezine başvuran 40 yaşındaki hastaya düzenli olarak serum lipid taraması yapılması gereklidir			
C) Aile sağlığı merkezine başvuran 28 yaşındaki bir hastanın tansiyonu yılda en az bir kez ölçülmelidir.			
D) Aile sağlığı merkezine başvuran 20 yaşındaki asemptomatik her hastaya tiroid fonksiyon testi yapılmalıdır.			
E) Aile sağlığı merkezine başvuran 25 yaşındaki kadın hastanın annesine meme kanseri tanısı konmuştur. Bu durumda bu kişiye mamografi çektilmesi önerilmelidir.			
F) Türkiye'de yaşayan yetişkin erkeklerin hepsi orak hücreli anemi ve talasemi açısından aynı ölçüde risk altındadır.			

15) Aşağıdaki cümleler için size uygun olanı işaretleyiniz.

	Evet	Kararsızım	Hayır
A) Hipertansiyon taraması yapabilir, hastalarımı hipertansiyondan korunma hakkında bilgilendirebilirim.			
B) Primer hipertansiyon tanısını koyabilirim			
C) Tip 2 Diyabetes Mellitus tanısı koyabilirim			
D) Tip 2 Diyabetes Mellitus hakkında tarama yapabilir, hastalarımı koruyucu bilgilendirmelerde bulunabilirim.			
E) Kolorektal tümör taraması yapabilir, hastalarımı koruyucu bilgilendirmeler yapabilirim.			
F) Serviks Kanseri ve Prekanseroz Lezyonların koruyucu hekimliğini yapabilirim.			
G) Obezite taraması yapabilir, hastalarımı koruyucu bilgiler verebilirim.			
H) Serum lipid taraması yapabilirim.			
İ) Tiroid fonksiyon anomalilerini saptamak için tarama yapabilirim.			
J) Meme muayenesi ile meme kanseri taraması yapabilirim.			
K) Hastalarımı kendi kendine meme muayenesi yapmayı öğretebilirim.			
L) Depresyon taraması yapabilirim.			

16) Aile sağlığı merkezine ilk kez başvuran 58 yaşında, bilinen kronik bir hastalığı bulunmayan erkek hastada aşağıdakilerden hangileri yapılmalıdır? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> A) Kardiyovasküler risk değerlendirmesi | <input type="checkbox"/> G) Diyabetes mellitus taraması |
| <input type="checkbox"/> B) Karaciğer fonksiyon testleri | <input type="checkbox"/> H) Tiroid fonksiyon testi (TSH) |
| <input type="checkbox"/> C) Böbrek fonksiyon testleri | <input type="checkbox"/> İ) Sodyum, potasyum, klor testleri |
| <input type="checkbox"/> D) Tütün kullanımının sorgulanması | <input type="checkbox"/> J) Obezite taraması |
| <input type="checkbox"/> E) Arteriyel tansiyon takibi | <input type="checkbox"/> K) Gaitada gizli kan testi |
| <input type="checkbox"/> F) Serum lipid profili taraması | <input type="checkbox"/> L) Kolonoskopi |

17) 32 yaşında kadın hasta, 30 günlük bebeğinin aşısını yaptırmak için davet üzerine aile sağlığı merkezine başvuruyor. Anamnezinde annenin kronik bir hastalığının ve şikayetinin olmadığını, 3.canlı bebeği olduğunu, düşüğünün olmadığını, bebeğini 30gün önce 39.gestasyonel haftasında spontan vajinal doğum ile ağırlığı 4700 gram, boyu 50cm, sağ ve sağlıklı olarak dünyaya getirdiğini öğreniyorsunuz. Anne bulunduğunuz bölgeye yeni taşınmış ve kendisine daha önce hiçbir tarama yapılmadığını söylüyor. Anneye aşağıdakilerden hangileri yapılmalıdır? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

- A) Kardiyovasküler risk değerlendirmesi
- B) Tütün kullanımı sorgulanmalı, pasif içicilik hakkında bilgi verilmelidir
- C) Arteriyel tansiyon ölçümü
- D) Serum lipid profili
- E) Diyabetes mellitus taraması yapılmalıdır. Test normal çıkarsa tekrar tarama

yapmaya gerek yoktur.

F) Diyabetes mellitus taraması yapılmalıdır. Test normal çıkarsa belli aralıklarla tarama tekrarlanmalıdır.

G) Tiroid fonksiyon testi (TSH)

H) Meme kanseri taraması amacıyla kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi verilmesi

İ) Meme kanseri taraması amacıyla hekim tarafından meme muayenesi

J) Mamografi istemi

K) Gaitada gizli kan testi

L) Serviks biyopsisi

M) PAP smear testi

18) Aşağıda aile sağlığı merkezlerinde uygulanan bazı sağlık taramaları listelenmiştir.

Bu taramaların uygulanmasını ne ölçüde anlamlı ve etkili bulduğunuzu belirtiniz.

(1: Anlamlı ve etkili olduğunu düşünmüyorum. 3: Kararsızım. 5: Oldukça anlamlı ve etkili olduğunu düşünüyorum.)

	1	2	3	4	5
A) Tütün Ürünü Kullanımı ve Pasif Etkilenim Durumunun Değerlendirilmesi					
B) Arteriyel Tansiyon Takibi					
C) Serum Lipid Profili Taraması					
D) Diyabetes Mellitus Taraması					
E) Tiroid Fonksiyon Anomalilerinin Taranması					
F) Obezite Taraması					
G) Meme Kanseri Taraması					
H) Kolorektal Kanseri Taraması					
İ) Serviks Kanseri ve Prekanseroz Lezyonların Taranması					
J) Gebelerde Kan Grubu Tayini					
K) Alkol Kullanım Durumunun Değerlendirilmesi					
L) Depresyon Taraması					

10.2. Ek 2: Bilgi Sorularını İçeren Cevap Anahtarı

12) Aşağıdakilerden hangileri "Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri" kılavuzuna göre tarama testidir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> A) Arteriyel tansiyon ölçümü | <input type="checkbox"/> K) Karaciğer fonksiyon testleri |
| <input checked="" type="checkbox"/> B) Vücut kitle endeksinin hesaplanması | <input type="checkbox"/> L) Böbrek fonksiyon testleri |
| <input type="checkbox"/> C) Beck depresyon ölçeği | <input checked="" type="checkbox"/> M) Gebelerde hemoglobin bakılması |
| <input checked="" type="checkbox"/> D) Bel çevresi ölçümü | <input checked="" type="checkbox"/> N) Mamografi |
| <input type="checkbox"/> E) Bacak çevresi ölçümü | <input type="checkbox"/> O) Meme USG |
| <input checked="" type="checkbox"/> F) Tütün kullanımının sorgulanması | <input checked="" type="checkbox"/> P) Gaitada gizli kan testi |
| <input checked="" type="checkbox"/> G) Gebelerde kan grubu belirlenmesi | <input checked="" type="checkbox"/> R) Kolonskopi |
| <input checked="" type="checkbox"/> H) Alkol kullanımının sorgulanması | <input type="checkbox"/> S) Gebelere Hepatit A testinin yapılması |
| <input checked="" type="checkbox"/> İ) Serum lipid düzeyi | <input checked="" type="checkbox"/> T) PAP Smear |
| <input checked="" type="checkbox"/> J) TSH | <input checked="" type="checkbox"/> U) Plazma Glukozu |
| | <input checked="" type="checkbox"/> V) HbA1c |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Y) OGTT |

13) Aşağıda bazı sağlık taramalarının nasıl uygulanması gerektiği ile ilgili cümleler bulunmaktadır. Lütfen her satırda size uygun olan şıkkı işaretleyin.

	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum
A) 18 yaşından büyük bütün bireylerde yılda en az 1 kez arteriyel tansiyon ölçümü yapılmalıdır.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Serum lipid taraması için 6 saat açlık yeterlidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
C) Serum lipid taraması öncesi açlık süresi taramanın doğruluğu için önemlidir.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) Aile sağlığı merkezine başvuran ve annesinde meme kanseri öyküsü bulunduğunu söyleyen 33 yaşındaki kadın hastadan meme kanserinin taranması amacıyla USG istenmesi gereklidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E) Aile sağlığı merkezine başvuran ve son 2 haftadır kendini çökkün ve çevreye karşı ilgisiz olarak tanımlayan hastanın depresyon ön tanısı ile psikiyatri uzmanına sevk edilmesi gereklidir.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) Aile sağlığı merkezine başvuran ve aile öyküsü olmayan, 50-70 yaş arasındaki her hastadan, asemptomatik olsalar dahi tarama amacıyla düzenli aralıklarla kolonoskopi istenmelidir.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) Gebelik planlayan ve gebeliğinin ilk trimesterında olan bütün gebelere 4 mg/gün folik asit önerilmelidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

14) Aşağıda bazı sağlık taramalarının risk grupları ile ilgili cümleler bulunmaktadır.

Lütfen her satırda size uygun olan şıkkı işaretleyin.

	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum
A) 40 yaş üstü tüm bireylerde ve 40 yaş altı aile öyküsü olan bireylerde kardiyovasküler risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Aile sağlığı merkezine başvuran 40 yaşındaki hastaya düzenli olarak serum lipid taraması yapılması gereklidir	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) Aile sağlığı merkezine başvuran 28 yaşındaki bir hastanın tansiyonu yılda en az bir kez ölçülmelidir.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) Aile sağlığı merkezine başvuran 20 yaşındaki asemptomatik her hastaya tiroid fonksiyon testi yapılmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
E) Aile sağlığı merkezine başvuran 25 yaşındaki kadın hastanın annesine meme kanseri tanısı konmuştur. Bu durumda bu kişiye mamografi çektilmesi önerilmelidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
F) Türkiye'de yaşayan yetişkin erkeklerin hepsi orak hücreli anemi ve talasemi açısından aynı ölçüde risk altındadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

16) Aile sağlığı merkezine ilk kez başvuran 58 yaşında, bilinen kronik bir hastalığı bulunmayan erkek hastada aşağıdakilerden hangileri yapılmalıdır? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> A) Kardiyovasküler risk değerlendirmesi | <input checked="" type="checkbox"/> G) Diyabetes mellitus taraması |
| <input type="checkbox"/> B) Karaciğer fonksiyon testleri | <input checked="" type="checkbox"/> H) Tiroid fonksiyon testi (TSH) |
| <input type="checkbox"/> C) Bۆbrek fonksiyon testleri | <input type="checkbox"/> İ) Sodyum, potasyum, klor testleri |
| <input checked="" type="checkbox"/> D) Tütün kullanımının sorgulanması | <input checked="" type="checkbox"/> J) Obezite taraması |
| <input checked="" type="checkbox"/> E) Arteriyel tansiyon takibi | <input checked="" type="checkbox"/> K) Gaitada gizli kan testi |
| <input checked="" type="checkbox"/> F) Serum lipid profili taraması | <input checked="" type="checkbox"/> L) Kolonoskopi |

17) 32 yaşında kadın hasta, 30 g¼nl¼k bebeğinin aşısını yaptırmak için davet ¼zerine aile sağlığı merkezine başvuruyor. Anamnezinde annenin kronik bir hastalığının ve şikayetinin olmadığını, 3.canlı bebeği olduğunu, d¼ř¼đ¼n¼n olmadığını, bebeğini 30g¼n ¼nce 39.gestasyonel haftasında spontan vajinal doğum ile ağırlığı 4700 gram, boyu 50cm, sağ ve sağlıklı olarak d¼nyaya getirdiğini ۆđreniyorsunuz. Anne bulunduğunuz bۆlgeye yeni taşınmış ve kendisine daha ¼nce hiçbir tarama yapılmadığını sۆyl¼yor. Anneye aşağıdakilerden hangileri yapılmalıdır? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> A) Kardiyovasküler risk değerlendirmesi | <input type="checkbox"/> G) Tiroid fonksiyon testi (TSH) |
| <input checked="" type="checkbox"/> B) Tütün kullanımı sorgulanmalı, pasif içicilik hakkında bilgi verilmelidir | <input checked="" type="checkbox"/> H) Meme kanseri taraması amacıyla kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi verilmesi |
| <input checked="" type="checkbox"/> C) Arteriyel tansiyon ۆl¼m¼ | <input checked="" type="checkbox"/> İ) Meme kanseri taraması amacıyla hekim tarafından meme muayenesi |
| <input checked="" type="checkbox"/> D) Serum lipid profili | <input type="checkbox"/> J) Mamografi istemi |
| <input type="checkbox"/> E) Diyabetes mellitus taraması yapılmalıdır. Test normal çıkarsa tekrar tarama yapmaya gerek yoktur. | <input type="checkbox"/> K) Gaitada gizli kan testi |
| <input checked="" type="checkbox"/> F) Diyabetes mellitus taraması yapılmalıdır. Test normal çıkarsa belli aralıklarla tarama tekrarlanmalıdır. | <input type="checkbox"/> L) Serviks biyopsisi |
| | <input checked="" type="checkbox"/> M) PAP smear testi |

10.3. Ek 3: PSM ve Tarama Testleri Hakkında Bilgi Ölçen Soruların Veri

Toplama Aracındaki Yerleri

Arteriyel Tansiyon Takibi	12a, 13a, 14c, 16e, 17c
Serum Lipid Profili Taraması (TG, HDL, LDL)	12i, 13b, 13c, 14b, 16f,17d
Diyabetes Mellitus Taraması	12u, 12v, 12y, 16g, 17e, 17f
Tiroid Fonksiyon Anomalileri	12j, 14d, 16h, 17g
Obezite Taraması	12b, 12d, 12e, 16j
Meme Kanseri Taraması (Kadın)	12n, 12o, 13d, 14e, 17h, 17i, 17j
Kolorektal Kanseri Taraması (Kadın/Erkek)	12p, 12r, 13f, 16j, 16k, 17k
Serviks Kanseri Ve Prekanseroz Lezyonların Taranması (Kadın)	12t, 17l, 17m
Gebelerde Kan Grubu Tayini, Demir Eksikliği, Hepatit B Taraması	12g, 12m, 12s
Nöral Tüp Defekti Profilaksisi İçin Folik Asit Önerilmesi	13g
Orak Hücreli Anemi ve Talasemi Major Taraması	14f
Alkol Kullanım Durumunun Değerlendirilmesi	12h,
Depresyon	12c, 13e