T.C.

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLERİNİN EVLİLİK ÖNCESİ MUAYENE VE TESTLERE BAKIŞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Şule BARIŞ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Engin Burak SELÇUK

MALATYA

2017

T.C.

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLERİNİN EVLİLİK ÖNCESİ MUAYENE VE TESTLERE BAKIŞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Şule BARIŞ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Engin Burak SELÇUK

MALATYA

2017

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR v

ÖZET vi

ABSTRACT vii

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ viii

TABLO LİSTESİ ix

1.GİRİŞ VE AMAÇ 1

2.GENEL BİLGİLER 2

2.1. Türkiye'de Evlilik Öncesi Muayene ile İlgili Mevzuat 2

2.2.Evlilik Öncesi Muayenede Değerlendirilmesi Gereken Enfeksiyon Hastalıkları 2

2.2.1. HIV/AIDS 3

2.2.2. Hepatit B 5

2.2.3. Hepatit C 6

2.2.4. Sifilis (Frengi) 7

2.2.5. Gonore (Bel soğukluğu) 9

2.2.6. Şankroid (Yumuşak şankr) 9

2.2.7. Lepra (Cüzzam, Hansen hastalığı) 10

2.2.8. Tüberküloz (Verem) 11

2.3.Evlilik Öncesi Muayenede Değerlendirilmesi Gereken Genetik Geçişli Hastalıklar 14

2.3.1. Talasemiler 14

2.3.1.1. Beta talasemi: 15

2.3.1.2. Alfa talasemi: 16

2.3.2. Orak Hücreli Anemi 16

2.4. Evlilik Öncesi Başvuran Çiftlerin Kan Gruplarının Değerlendirilmesi 17

2.5.Evlilik Öncesi Muayenede Değerlendirilmesi Gereken Psikiyatrik Hastalıklar 18
2.5.1. Zeka Geriliği (Mental Retardasyon) 19
2.5.2. Demans 20
2.5.3. Psikotik Bozukluklar 22
2.6. Dünyadaki Durum 23
2.7. Türkiye'deki Durum 26
3.YÖNTEM-GEREÇ 31
3.1. Etik Kurul Onayı ve Diğer İzinler 31
3.2. Çalışmanın Yapıldığı Yer 31
3.3 Çalışmaya Alınan Olguların Seçimi ve Dışlanma Kriterleri 31
3.4. Çalışmanın Düzenlenmesi 31
3.5. İstatistiksel Analiz 32
4. BULGULAR 33
5.TARTIŞMA 43
6.SONUÇ 51
KAYNAKLAR 52
EK.1. ETİK KURUL KARAR FORMU 71
EK.2. ANKET FORMU 74
EK.3. ANKET ÇALIŞMA İZNİ 77

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile her konuda yol gösteren, birlikte çalışmaktan onur duyduğum değerli hocalarım Doç. Dr. Engin Burak Selçuk ve Yrd. Doç. Dr. Burcu Kayhan Tetik'e,

Tezimin hazırlanması sürecinde hoşgörüsü ve sabrıyla, destek ve yardımlarını hiç esirgemeyen değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Mehmet Karataş'a,

Tezin istatistiksel çalışma aşamasında emek veren kıymetli hocam Prof. Dr. Saim Yoloğlu'na,

Aile hekimliği uzmanlık eğitimini aile sıcaklığına dönüştüren aynı bölümde beraber çalıştığım asistan arkadaşlarıma, eğitimim süresince birlikte çalışma fırsatı bulduğum diğer birimlerden kıymetli hocalarıma, uzmanlarımıza, asistan arkadaşlarıma ve sağlık personellerimize, anketleri doldurarak çalışmama katkı sağlayan bütün meslektaşlarıma, mesleğime dair kendisinden bir şeyler öğrendiğim herkese,

Kendilerinden fedakârlık ederek binbir emekle bizleri bugünlere getiren, her zaman yanımda olan güzel aileme ve bir parçası olmaktan büyük mutluluk duyduğum eşimin değerli ailesine,

Bir insanın sahip olabileceği en fedakâr eş, can yoldaşım, en büyük desteğim sevgili eşim Levent Barış'a ve dünyanın en büyük serveti, gözümün nuru biricik oğlum Kerem'ime,

Sonsuz teşekkürler…

Dr. Şule BARIŞ

Haziran, 2017

ÖZET

Aile Hekimlerinin Evlilik Öncesi Muayene ve Testlere Bakışının Değerlendirilmesi

Amaç: Bu çalışmanın amacı aile hekimlerinin evlilik öncesi muayene ve testlere bakışını ve etik açıdan bu konunun hekimler tarafından nasıl değerlendirildiğini ortaya koymak, aile hekimlerinin bu konudaki uygulamalarını görmek ve uygulamadaki farklılıkları saptamaktır.

Yöntem ve Gereç: Çalışmaya örneklem grubu olarak Malatya ilindeki tüm aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanları dahil edildi. Malatya ilinde aile hekimi olarak çalışan birinci basamak hekimlerine evlilik öncesi muayene ve testlerle ilgili hazırlamış olduğumuz anket uygulandı. Anket sosyodemografik özelliklerin sorgulandığı 4 soru ile evlilik öncesi muayene ve testlere aile hekimlerinin bakışının sorgulandığı 20 soru olmak üzere toplam 24 sorudan oluşturuldu. Çalışmaya toplam 152 aile hekimi katıldı.

Bulgular: Çalışmamızda Malatya'da görev yapan aile hekimlerinin büyük bir kısmının evlilik öncesi muayene ve danışmanlık hizmetlerini gerekli gördüğü ve bu sürece önem verdiği saptandı. Anketimize verilen cevaplar aile hekimlerinin bu raporları düzenlerken belirli konularda hukuki ve etik problemlerle karşı karşıya kaldıklarını gösterdi.

Sonuç: Aile hekimlerinin evlilik öncesi muayene ve testler esnasında karşılaşabilecekleri problemlere daha rahat çözüm bulabilecekleri, bu konudaki etik sorunları daha kolay çözebilecekleri yeni yasal düzenlemelerle aile hekimlerinin sunduğu evlilik öncesi muayene ve danışmanlık hizmetlerinin kalitesi beklenenin çok daha üstünde olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Evlilik Öncesi Muayene/Test, Aile Hekimliği, Etik

ABSTRACT

Evaluation of Family Physician's Viewpoint on Premarital Medical Examination and Tests

Objective: The objective of this study is to set forth the point of view of the family physicians on the premarital medical examination and tests and how the physicians evaluate this issue ethically as well as observe the practices of the family physicians and determine the differences in the practice.

Material and Method: As the sampling group, all the family physicians and specialist family physicians working in the Malatya province was included in this study. A questionnaire we prepared concerning the premarital medical examination and tests was conducted to the primary care physicians working as the family physicians in Malatya. The questionnaire comprised of total 24 questions, 4 of which querying the socio-demographic characteristics of the family physicians and 20 of which asking about their viewpoint on the premarital medical examination and tests. In total, 152 family physicians participated in this study.

Results: In our study, it is concluded that most of the family physicians working in Malatya regard the premarital medical examination and consultancy services as necessary and place emphasis this process. The answers given to our questionnaire showed that the family physicians face with the certain legal and ethical problems while preparing the reports.

Conclusion: If new legal regulations are enacted about this subject, the family physicians may find better solutions for the problems they may encounter with during the premarital medical examination and tests, and cope with the ethical problems more easily. In addition, the quality of the premarital medical examination and consultancy services the family physicians provide will be much higher than anticipated.

Keywords: Premarital Medical Examination/Test, Family Medicine, Ethics

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

AIDS : Acquired Immune Deficiency Syndrome (Akkiz İmmün Yetmezlik Sendromu)

BCG : Bacillus-Calmette-Guerin

CDC : Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri)

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

Hb : Hemoglobin

HBV : Hepatit B virüsü

HCV : Hepatit C virüsü

HIV : Human Immunodeficiency Virus (İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü)

IQ : Intelligence Quotient (Zeka Düzeyi)

PPD : Purified Protein Derivative (Saflaştırılmış Protein Türevi)

SPSS : Statistical Package for Social Sciences

TMK : Türk Medeni Kanunu

TTB : Türk Tabipler Birliği

UHK : Umumi Hıfzısıhha Kanunu

VDRL : Venereal Disease Research Laboratory Slide Test

TABLO LİSTESİ

Tablo No **Sayfa No**

Tablo 2.1: HIV(+), AIDS ve Toplam Vaka Sayısının ve Ölümlerin Yıllara Göre Dağılımı (Türkiye 2011-2015)……...4

Tablo 2.2: Ülkemizdeki Sifilis Vaka Sayısı, Morbidite ve Mortalite Hızlarının Yıllara Göre Dağılımı…….....8

Tablo 2.3: Yıllara Göre Lepra Vaka Sayıları…….10

Tablo 2.4: Ülkemizde Tüberkülin Cilt Testi (TCT) Reaksiyonunu Değerlendirme Kriterleri……...13

Tablo 2.5: Beta talasemi majör ve beta talasemi intermediada ayırt edici klinik ve laboratuar özellikler…….....15

Tablo 2.6: Mental Retardasyonun IQ Değerlerine Göre Sınıflandırılması……....19

Tablo 2.7: Alzheimer tipi demans tanı kriterleri……...21

Tablo 2.8: Şizofreni tanı kriterleri…….....22

Tablo 2.9: Evlilik öncesi tarama programı bulunan ülkeler……..25

Tablo 4.1: Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı……..33

Tablo 4.2: Hekimlerin Evlilik Öncesi Muayenede İstedikleri Tetkikler……...34

Tablo 4.3: Hekimlerin Rutin Uygulamaya Dahil Edilmesini İstedikleri Tetkikler…….…...35

Tablo 4.4: Cinsiyete göre hemoglobin elektroforezi isteme oranlarının karşılaştırılması…….…36

Tablo 4.5: Anket 8. ve 9. soruların cevaplarının karşılaştırılması…….37

Tablo 4.6: Hekimlerin tetkiksiz rapor düzenleme konusundaki görüşlerinin yüzde oranları…….…….38

Tablo 4.7: Hekimlerin çiftlerden onay isteme oranları……..38

Tablo 4.8: Anket 11. ve 12. soruların cevaplarının karşılaştırılması…….39

Tablo 4.9: Hekimlerin psikiyatrik değerlendirme konusundaki görüşlerinin yüzde oranları…….…….39

Tablo 4.10: Hekimlerin, zührevi hastalık tespiti durumunda görüşlerinin yüzde oranları…….……40

Tablo 4.11: Hekimlerin, başvuran çiftlerin mahremiyeti hakkındaki görüşlerinin yüzde oranları……...40

Tablo 4.12: Hekimlerin, evlilik öncesi muayene ve testlerin insan haklarına uygunluğu konusundaki görüşlerinin yüzde oranları…….…..41

Tablo 4.13: Anket 20. ve 24. soruların cevaplarının karşılaştırılması…….42

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Evlilik, çiftlerin yaşamlarını beraber devam ettirmeyi isteyerek bir araya gelmesidir. Bir toplumda evlilik ve aile ne kadar güçlü ve sağlıklı temellere oturur ise, o toplum da aynı şekilde sağlam ve sağlıklı temellere sahip olur (1). Bu sağlam temellerin kurulabilmesinde evlilik öncesi süreç ve bu süreçte yapılması gerekenler önemli bir yere sahiptir.

Evlilik hazırlıkları yapan bir çift için en önemli hazırlıklardan biri de hekim tarafından yapılan evlilik öncesi muayene ve sonucunda verilen sağlık raporlarıdır (2). Türk Medeni Kanunu'nun (TMK) 136. maddesine göre evlenecek kişilerin sağlık raporu alması zorunludur (3). Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nun (UHK) 122. maddesinde de aynı konu ele alınmıştır (4).

Evlilik öncesi muayene ve testlerle bulaşıcı hastalıklar, genetik geçişli hastalıklar, üreme sağlığı konularında çiftlerin bilgilendirilmesi amaçlanmaktadır (1). Bu süreçte çiftlerin tıbbi açıdan değerlendirilmesi, danışmanlık hizmeti verilmesi ve gereken sağlık raporunun düzenlenmesi aile hekimlerinin sorumlulukları arasında yer almaktadır. Başvuru sırasında hekimler tarafından izlenen yol, yapılan değerlendirme, çiftlerden istenen tetkikler ilden ile, hatta aynı şehir içinde bile farklılıklar göstermektedir (2).

Çalışmamızda Malatya ilinde aile hekimi olarak hizmet veren birinci basamak hekimlerine evlilik öncesi muayene ve testlerle ilgili hazırlanmış olan soruları içeren anket uygulanmıştır.

Bu çalışmanın amacı aile hekimlerinin evlilik öncesi muayene ve testlere bakışını ve etik açıdan bu konunun hekimler tarafından nasıl değerlendirildiğini ortaya koymak, aile hekimlerinin bu konudaki uygulamalarını görmek ve uygulamadaki farklılıkları saptamaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Türkiye'de Evlilik Öncesi Muayene ile İlgili Mevzuat

Evlilik, toplumun çekirdeği olarak kabul edilen ailenin başlangıç birimidir (5). Bu yüzden evlilik öncesi hazırlık aşamasında yapılması gerekenler yasalarla belirlenmiştir. Bunlardan biri de evlenmek için başvuruda bulunan çiftlere uygulanan evlilik öncesi muayene ve danışmanlıktır.

Evlilik öncesi yapılan muayene ve testlerin temel amacı sağlık açısından söz konusu olabilecek risklerin varlığını saptamak ve çiftleri bu riskler hakkında bilgilendirebilmektir. Evlilik öncesi muayenede çiftler hekim tarafından enfeksiyon hastalıkları, genetik geçişli hastalıklar, kan uyuşmazlığı ve psikiyatrik hastalıklar açısından değerlendirilmektedir.

4721 sayılı TMK'nın 136. maddesine göre; "Erkek ve kadından her biri, nüfus cüzdanı ve nüfus kayıt örneğini, önceki evliliği sona ermiş ise buna ilişkin belgeyi, küçük veya kısıtlı ise ayrıca yasal temsilcisinin imzası onaylanmış yazılı izin belgesini ve evlenmeye engel hastalığının bulunmadığını gösteren sağlık raporunu evlendirme memurluğuna vermek zorundadır." (3).

1593 sayılı UHK'nın 122,123 ve 124. maddeleri de bu konuyla ilgili olup 122. maddede; " Evlenecek erkek ve kadınlar evlenmeden evvel tıbbi muayeneye tabidir. Bu muayenenin sureti icrası ve teferruatı hakkında Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaletince bir nizamname neşrolunur." hükmü yer almaktadır (4).

Ayrıca 07.11.1985 tarih ve 18921 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Evlendirme Yönetmeliği'nin 15/e bendine göre sağlık raporunun/resmi sağlık kurulu raporunun bulunmaması evlenmeye engeldir (6).

2.2.Evlilik Öncesi Muayenede Değerlendirilmesi Gereken Enfeksiyon Hastalıkları

1593 sayılı UHK'nın 123. maddesinde; " Frengi, belsoğukluğu ve yumuşak şankr ve cüzzama ve bir marazı akliye müptela olanların evlenmesi memnudur. Bu hastalıklar usulü dairesinde tedavi edilip sirayet tehlikesi geçtiğine veya şifa bulduğuna dair tabip raporu ibraz olunmadıkça musapların nikahları aktolunmaz" ve 124. maddesinde; " İlerlemiş sari vereme musap olanların nikahı altı ay tehir olunur. Bu

müddet zarfında salah eseri görülmezse bu müddet altı ay daha temdit edilir. Bu müddet hitamında alakadar tabipler her iki tarafa bu hastalığın tehlikesini ve evlenmenin mazarratını bildirmeğe mecburdur." hükümleri yer almaktadır (4).

18.03.2002 tarihli 4134 sayılı Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü yazısına göre hekim muayene ve danışmanlık hizmetleri verirken, eş adaylarını UHK'da belirtilen frengi, gonore, yumuşak şankr, lepra, tüberküloz, akıl hastalığı; bunlara ek olarak AIDS, Hepatit B ve C hastalıkları ayrıca genetik geçişli hastalıklar açısından değerlendirmeli ve genel bir muayene yapmalıdır (7). Bu durumda sifilis (frengi), gonore (bel soğukluğu), şankroid (yumuşak şankr), lepra (cüzam) ve tüberküloz (verem) mevzuata göre evlenme engeli teşkil eden bulaşıcı hastalıklardır. HIV/AIDS, Hepatit B ve C ise evlenme engeli teşkil etmeyen bulaşıcı hastalıklardır.

2.2.1. HIV/AIDS

HIV (İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü, Human Immunodeficiency Virus) ve bu virüse bağlı ortaya çıkan AIDS (Akkiz İmmün Yetmezlik Sendromu, Acquired Immune Deficiency Syndrome) ilk olarak 1981 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ve Haiti'den gelen göçmenlerde saptanmıştır (8).

Hastalığın etkeni olan HIV, bir retrovirüstür. Retrovirüsler, zarflı tek sarmallı RNA virüsleridir ve reverse transkriptaz enzimi aracılığıyla genetik materyallerini çift sarmallı DNA'ya çevirerek konakçı kromozomuna entegre etme özelliğine sahiptirler (9). HIV'in HIV-1 ve HIV-2 olmak üzere iki majör alt grubu mevcuttur. HIV-1 dünya genelinde hakim olan ve AIDS'e sebep olan alt tipidir. HIV-2 ise benzer immün sendroma sebep olur, ancak primer olarak Batı Afrika bölgesine sınırlıdır ve nadiren ABD'de görülmektedir (10).

HIV/AIDS cinsel yolla, kanla temas yoluyla ve anneden bebeğe geçiş şeklinde kişiden kişiye bulaşır.

a)Cinsel ilişki

Her türlü korunmasız cinsel ilişki durumunda (heteroseksüel, homoseksüel, anal, vajinal, oral) HIV bulaşı riski söz konusudur. HIV pozitif bir kişi ile tek cinsel ilişki bile bulaş için yeterli olmakla beraber, cinsel ilişki sayısının artması bulaş riskini daha da artırmaktadır (11).

b)Kan ve kan ürünleri

Kanında virüsü taşıyan kişiden alınan kan ve kan ürünleri hastalığın bulaşmasına ve yayılmasına sebep olmaktadır. Ülkemizde 1987 yılından itibaren tüm kan ve kan ürünleri ELISA yöntemi ile test uygulanmasının ardından hastaya verilmektedir (11).

c)Anneden bebeğe geçiş

Virüs, HIV pozitif anneden bebeğine gebelik, doğum veya emzirme yolu ile bulaşabilmektedir. Emzirme yoluyla virüsün bulaşma oranı fazla olmamakla birlikte, HIV pozitif annelere emzirme önerilmemektedir (11).

Türkiye'de ilk olgu 1985 yılında tespit edilmiştir (12). İlk tespit edildiği yıl 3 olan vaka sayısı, 31 Aralık 2015 tarihi itibari ile 11.998'dir. (3 Haziran 2016 itibari ile bildirimi yapılan vakalar incelenmiştir.) (13).

Tablo 2.1. HIV(+), AIDS ve Toplam Vaka Sayısının ve Ölümlerin Yıllara Göre Dağılımı (Türkiye 2011-2015)* (13)

Yıllar	HIV(+)	AIDS	TOPLAM	ÖLÜM
2012	982	95	1077	40
2013	1311	101	1412	29
2014	1892	131	2023	18
2015	2072	112	2184	10
TOPLAM	6257	439	6696	97

*Son 5 yılda 31 Aralık 2015 tarihi itibariyle doğrulanarak 03.06.2016 tarihine kadar bildirimi yapılarak sisteme kaydedilen vaka sayılarıdır**.**

HIV enfeksiyonunun doğal seyri yedi evreye ayrılır (9).

1.Virüsün bulaşması

2. Primer HIV enfeksiyonu (Akut HIV enfeksiyonu)

3. Serokonversiyon (Antikor oluşması)

4. Asemptomatik Dönem

5. Erken Semptomatik Dönem

6. Geç Semptomatik Dönem (AIDS)

7. İleri Evre

Hastalığın tanısı için kullanılan tarama testleri HIV antijenlerine karşı oluşan antikorların hastaların serumlarında tespiti esasına dayanır. Bu amaçla laboratuvarlarda en fazla uygulanan yöntem ELISA'dır (14).

HIV enfeksiyonunda CD4+ T hücre sayısının azalması ile beraber hastalığın ileri evrelerinde oluşan enfeksiyonlar, fırsatçı enfeksiyonlar olarak adlandırılır ve bu hastalıkta en önemli morbidite ve mortalite nedenidir (15,16). Özefagiyal kandidiyazis, yaygın koksidiyomikoz, kronik intestinal kriptosporidiyazis, sitomegalovirüs enfeksiyonu / sitomegalovirüs retiniti, dissemine histoplazmozis, dissemine Mycobacterium avium kompleks enfeksiyonu veya tanımlanmamış Mycobacterium türleri ile enfeksiyon HIV/AIDS hastalarında görülen fırsatçı enfeksiyonlardan bazılarıdır (17).

HIV/AIDS hastalarında en sık görülen malign hastalıklar Kaposi sarkomu ve non-Hodgkin lenfomalardır (18,19). HIV/AIDS tanısı almış kişilerde eşlik edebilecek maligniteler açısından dikkatli olunmalı, gerekli tarama testleri yapılmalı ve malignite saptanan hastalara uygun tedaviler verilmelidir.

Günümüz şartlarında HIV/AIDS için tam kür elde etmek mümkün değildir (11).

2.2.2. Hepatit B

Hepatit B virüsü (HBV) çift sarmallı bir DNA virüsü olup hepadnavirus ailesindendir. Zarflı bir virüs olan HBV yalnızca insanlarda ve şempanzelerde hastalığa sebep olmaktadır (20,21).

HBV kan ve kan ürünleri ile, cinsel yolla, anneden bebeğe vertikal geçiş şeklinde ve aynı evde yaşayan bireylerde ev içi horizontal geçiş ile bulaşabilir (22).

Son yapılan araştırmalara göre ülkemizde yaklaşık üç milyon kişinin HBV ile enfekte olduğu tahmin edilmektedir (23).

HBV enfeksiyonu tamamen iyileşebilir veya kronikleşebilir. Vücut tarafından verilen yanıt, şiddeti değişen geniş bir yelpazede klinik tabloların görülmesine sebep olmaktadır (asemptomatik hastalık, semptomatik akut hepatit B, kronik hepatit B, fulminan hepatit). Enfeksiyon ne kadar ileri yaşta görülürse kronikleşme riski o derece azalır. Yaşamın ilk 1 yılında geçirilen enfeksiyonların %90'ı kronikleşirken, erişkinlikte bu oran %2 civarındadır (24,25).

a)Akut HBV enfeksiyonu: Semptomatik ya da asemptomatik seyredebilir. Semptomatik akut HBV enfeksiyonu nonspesifik semptomlarla (halsizlik, yorgunluk, bulantı, kusma, iştahsızlık) başlar. Sarılığın henüz başlamadığı bu dönem preikterik evre olarak adlandırılır ve yaklaşık 3-10 gün sürer. Sarılık ve koyu renk idrar şikayetleri ile ikterik dönem başlar. Bazı hastalarda bu dönemde şiddeti fazla olmayan kaşıntı görülebilir. Akut HBV enfeksiyonunun özgün bir tedavisi yoktur, semptomatik destek tedavisi yapılır. Bu dönemde hastalara istirahat önerilir. Diyet kısıtlaması gerekli değildir (26,27).

b)Akut fulminan HBV enfeksiyonu: Akut Fulminan HBV enfeksiyonu, sarılık ve koagulopati tablosuyla beraber karaciğer fonksiyonlarının hızlı bir şekilde bozulması ve hepatik ensefalopati varlığıyla tanımlanan klinik tablodur. Bu hastalar yoğun bakım ünitesinde yakın takip altında tutulmalı ve en kısa sürede en yakın karaciğer transplantasyon merkezine sevkleri planlanmalıdır. Transplantasyon yapılayamayan hastalarda mortalite yüksektir (28,29).

c)Kronik HBV enfeksiyonu: HBsAg pozitifliğinin, altı aydan uzun sürmesi kronik HBV enfeksiyonu olarak adlandırılır (30). Bu kişilerde hastalık semptomu yoksa ve serum transaminaz değerleri normalse sağlıklı taşıyıcı olarak adlandırılırlar (31). Eğer viral replikasyon göstergeleri pozitif ve serum transaminaz değerleri yüksek ise hastalık ilerleyicidir. Bu hastalarda ilerleyen dönemlerde siroz, portal hipertansiyon, özefagus varis kanamaları, asit ve hepatoselüler karsinom gibi klinik tablolarla karşılaşılabilir (32). Kronik HBV enfeksiyonunda tedavi endikasyonu olan hastalara antiviral tedavi başlanır (33).

HBV enfeksiyonundan korunmak için riskli gruplara 0, 1 ve 6.aylarda HBV aşısı uygulanır (33).

2.2.3. Hepatit C

Hepatit C virüsü (HCV), Flaviviridea ailesi içerisinde tanımlanan zarflı bir RNA virüsüdür. Virüs parenteral yolla, cinsel yolla ve vertikal yolla kişiden kişiye

bulaşmaktadır. Ana bulaşma şekli parenteral yoldur. Özellikle intravenöz ilaç bağımlılığı HCV bulaşı açısından çok önemli bir risk faktörüdür (34,35).

Yapılan araştırmalar sonucunda, dünyada yaklaşık 170 milyon kişinin HCV pozitif olduğu tahmin edilmektedir . Ülkemizde HCV prevalansı %1-1.9 arasındadır (35,36,37).

Enfeksiyonun tanısını koyabilmek için tarama testleri ile anti-HCV pozitifliği saptanan hastalarda vireminin gösterilmesi gerekir. Bu amaçla serumda HCV-RNA bakılır (38).

HCV enfeksiyonu akut veya kronik seyirli olabilir. Akut HCV enfeksiyonu genellikle asemptomatik seyreder, bu nedenle hastalığın akut evrede tanınması oldukça zordur (39). Akut HCV enfeksiyonu geçiren hastaların %15-25'inde iyileşme görülürken, geri kalan kısmında hastalık kronikleşmektedir (40). Serumda HCV-RNA'nın en az altı ay boyunca yüksek saptanması kronik hepatit C olarak adlandırılır (41).

HCV enfeksiyonunun karaciğer üzerine yaptığı uzun dönem etkileri, hafif değişikliklerden kronik hepatit, siroz ve hepatosellüler karsinoma kadar değişen geniş bir yelpazede farklılıklar göstermektedir (42).

HIV, hepatit B ve hepatit C enfeksiyonlarında tam kür elde etmek mümkün olmadığından veya tedavi çok uzun sürdüğünden dolayı bu hastalıkların varlığı yasal olarak evlenmeye engel değildir.

2.2.4. Sifilis (Frengi)

Etkeni Treponema pallidum'dur. Bir spiroket olan bu mikroorganizma kuruluğa, ısıya ve sabuna karşı duyarlıdır ve dış ortamda çabuk ölür. Ana bulaşma şekli cinsel ilişkidir. Bunun dışında vertikal yolla anneden bebeğe bulaşabilir, ayrıca nadir olarak sağlık personeline bulaş da saptanmıştır (43,44).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, her yıl 12 milyon yeni sifilis olgusu ortaya çıkmaktadır. Ülkemizdeki sifilis enfeksiyonu oranları Batı Avrupa'nın oranları ile benzerlik göstermektedir (45,46).

Sifilis evreleri

a) **Primer sifilis:** Yaklaşık üç hafta süren (9-90 gün) inkübasyon döneminin ardından, inokulasyon alanında **şankr** denilen tek ve ağrısız primer lezyon oluşur ve sonrasında bilateral lenfadenopati ortaya çıkar. Enfeksiyon tedavi edilmezse lezyon 4-5 hafta içinde kendiliğinden geriler (47,48).

b) **Sekonder sifilis:** Primer sifilisden 4-8 hafta sonra bakteriyemi ile seyreden klinik tablodur. Bu evrede makülopapüler ve papüloskuamoz döküntüler oluşur. Genital bölgede kondiloma lata denilen bulaştırıcılığı yüksek lezyon meydana gelir. Saçlı deride alopesi görülebilir (47,48,49).

c) **Latent sifilis:** Sekonder sifilis tedavi edilmezse asemptomatik (latent) hale gelir. Hasta tedavi alırsa veya tersiyer sifilis bulguları oluşmaya başlarsa latent evre sona erer (49).

d) **Tersiyer sifilis:** Gom denilen tümöral ve granülomatöz lezyonların görüldüğü evredir (47).

e) Bunların dışında sifilisli gebelerde, enfeksiyon hangi evrede olursa olsun anneden bebeğe bulaş söz konusudur, bu tabloya konjenital sifilis denilmektedir (48,49).

Tablo 2.2. Ülkemizdeki Sifilis Vaka Sayısı, Morbidite ve Mortalite Hızlarının Yıllara Göre Dağılımı (13)

Yıllar	Vaka Sayısı	Morbidite Hızı (Yüzbinde)	Ölüm Sayısı	Mortalite Hızı
2006	507	0,73	0	0
2007	358	0,51	0	0
2008	450	0,63	1	0,0014
2009	682	0,95	0	0
2010	458	0,63	0	0
2011	383	0,52	0	0
2012	281	0,37	1	0,0013
2013	346	0,45	1	0,0013
2014	448	0,58	0	0
2015	502	0,65	0	0

Sifilis tanısı için karanlık alan mikroskobisi ve serolojik incelemeler yapılır. Sifiliz için uygulanan serolojik incelemeler treponemal (spesifik) testler ve non-treponemal (nonspesifik) testlerdir (44,50).

- Treponemal testler

  -TPHA (Treponema Pallidum Hemagglutinasyon Assay Test)

  -FTA-ABS (Fluoresans Treponemal Antikor Absorbsiyon Testi)

- Non-treponemal testler
  -VDRL(Venereal Disease Research Laboratory Slide Test)
  -RPR (Rapid Plasma Reagin Test)

2.2.5. Gonore (Bel soğukluğu)

Etkeni Neisseria gonorrhoeae'dir. Bu mikroorganizma için tek taşıyıcı insanlardır ve korunmasız cinsel temas ile kişiden kişiye bulaşmaktadır (44). Ayrıca anneden bebeğe perinatal bulaş da söz konusudur (51).

Amerika'da her sene yaklaşık 1 milyon yeni gonore olgusu saptanmaktadır (52). Gonorenin ülkemizdeki sıklığı net olarak bilinmemektedir. Çünkü hem bu konuda yapılan epidemiyolojik çalışmalar yetersizdir, hem de hastalar tek doz antibiyotik tedavisi ile kendilerini tedavi etme yolunu seçmektedirler. Ayrıca kadın cinsiyette hastalığın çoğunlukla asemptomatik seyretmesi, hastalık sıklığının saptanması önündeki engellerden bir diğeridir (53).

Semptomu olan kadın hastalarda genelde idrar sonrası yanma ve ağrı en önemli bulgudur. Ayrıca vajinal akıntı, pelvik ağrı, karın ağrısı görülebilir. Erkeklerde kaşıntı, dizüri, akıntı en sık görülen belirtilerdir. Epididimit, prostatit, penil ödem, lenfanjit erkeklerde gonorenin nadir görülen komplikasyonlarıdır. Gonoreli kadın hastaların %10-20'sinde endometrit, salpenjit, tuboovarian apse, pelvik inflamatuar hastalık görülebilir. Gonokoklara bağlı oluşan pelvik inflamatuar hastalık sonucunda fallop tüplerinde tıkanıklık ve infertilite gelişebilir. Gebelerde spontan abortus, erken membran rüptürü, prematüre doğuma neden olabilir (54,55,56,57).

Gonore tanısı enfekte alanlardan alınan örneklerde etkenin saptanması ile konur. Gram boyası ile boyanan klinik örneklerde, bol miktarda gram (-) diplokoklar şeklinde görülürler (57,58).

2.2.6. Şankroid (Yumuşak şankr)

Hastalığın etkeni Haemophilus Ducreyi'dir. Cinsel temas ile kişiden kişiye bulaşır (52,59).

Lezyon sifiliz, genital herpes, lenfogranuloma venereum gibi diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların lezyonları ile benzerlik gösterdiği için klinik tanı koymak güçtür (59).

Hastalık, kadınlarda genellikle asemptomatik seyreder. Erkeklerde hastalığın bulaşmasından yaklaşık bir hafta sonra dış genitallerde ağrılı, ülsere lezyonlar oluşur ve olguların büyük kısmında ağrılı inguinal lenfadenopati tabloya eşlik eder. Tanı için kültür ve mikroskobik inceleme gerekir (54,60).

2.2.7. Lepra (Cüzzam, Hansen hastalığı)

Lepra, primer semptomların deri ve periferik sinirlerde görüldüğü kronik bir enfeksiyon hastalığıdır. Etkeni asidorezistan bir bakteri olan Mycobacterium lepra'dır. Nadiren ölümle sonuçlanmasına rağmen bu hastalık çok önemli bir sakatlık sebebidir (61,62).

Lepra, insandan insana bulaşmaktadır. Bulaş çoğunlukla damlacık yoluyla ve burun sekresyonları ile meydana gelir. Anneden bebeğe transplasental geçiş ve süt yoluyla geçiş de saptanmıştır (63,64).

Lepra hastalığı ülkemizde sosyal bir hastalık olarak değerlendirilmektedir. Yeni tanı alan her hasta kayıt ve izlem altına alınıp takip edilmektedir.

Tablo 2.3. Yıllara Göre Lepra Vaka Sayıları (65)

Yıllar	Kümülatif Vaka Sayısı	Yeni Vaka	Tedavide Olan Hasta Sayısı	Prevelans Hızı 10.000
2005	2344	3	19	0,02
2006	2203	3	16	0,02
2007	2170	5	16	0,02
2008	2002	2	18	0,02
2009	1492	4	20	0,02
2010	1482	5	20	0,02
2011	1350	5	18	0,02
2012	1194	6	21	0,02

Lepra sınıflandırması (66)

1. Tüberküloid lepra
2. Borderline tüberküloid lepra
3. Borderline lepra
4. Borderline lepramatöz lepra
5. Lepramatöz lepra

Lepra genellikle ani başlangıçlı bir hastalıktır. En belirgin semptom duyu kaybının eşlik ettiği deri lezyonudur. Periferik sinir hücrelerinde meydana gelen harabiyete bağlı olarak sıcak, soğuk ve dokunma duyularında kayıp meydana gelir.

Lepra hastalığının türünü belirleyen, hastanın immün sisteminin mikroorganizmaya karşı verdiği yanıttır (67).

Tüberküloid lepra: İmmün yanıt kuvvetli olduğu için lezyon sayısı beşten azdır ve lezyonda az sayıda mikroorganizma saptanır. Deri lezyonları leprid olarak adlandırılır. Hastaların büyük kısmı yıllar içinde kendiliğinden iyileşmektedir. Tedavi alanlarda iyileşme daha hızlı olur. Tedavi almayan hastalarda kendiliğinden iyileşmenin ardından lezyonlarda pigmente izler kalır (67,68).

Lepramatöz lepra: İmmün yanıt zayıf olduğu için lezyon sayısı çok fazladır ve lezyonda çok sayıda mikroorganizma saptanır. Lepranın bu tipinde kaşlar dıştan başlayarak dökülür, sonra kirpikler dökülür. Deri lezyonları leprom olarak adlandırılır (67,69). Yüzde oluşan lepromlar aslan yüzü görünümüne sebep olmaktadır. Burun mukozasına infiltrasyon meydana gelirse nekroz ve perforasyon oluşabilir. Semer burun olarak tanımlanan şekil bozukluğu görülebilir. Ekstremite tutulumları ekstremitelerde deformiteye sebep olabilir (70,71).

Hastalığın tanısı üç temel semptomdan birinin varlığının saptanması ile konulur:

1. Duyu kaybının eşlik ettiği hipopigmente cilt lezyonu
2. Kalınlaşmış periferik sinirler
3. Lezyonlardan alınan cilt sürüntüleri veya biyopsilerde aside dirençli bakteri varlığının saptanması (72).

Ülkemizde lepra tedavisi "Sağlık Bakanlığı Hansen Hastalığı Teşhis ve Tedavi Yönetmeliği (1983)"ne göre yapılmaktadır (73). Bu hastaların tedavi masrafları Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanmaktadır (65).

2.2.8. Tüberküloz (Verem)

Tüberküloz, %98'i Mycobacterium tuberculosis (M. tuberculosis) olmak üzere, mikobakterilerin oluşturduğu, farklı klinik tablolarla ortaya çıkabilen kronik nekrotizan bir enfeksiyon hastalığıdır (74,75). Mikobakteri enfeksiyonunu takiben tüberküloz hastalığının meydana gelmesinde konak, patojen ve çevresel etkenlerin kompleks etkileşimi rol oynamaktadır (76).

M.tuberculosis için tek kaynak insandır. Hastalık genellikle akciğerleri etkiler. Kişiden kişiye bulaş damlacık yoluyla olur (77,78). Akciğer dışı tüberküloz olguları

çoğunlukla bulaştırıcı olmamakla birlikte otopsi veya doku çalışmalarında aerosol oluşturulursa bulaş riski söz konusudur. Etken asidorezistandır ve zorunlu aerob bir bakteridir, oksijen konsantrasyonunun fazla olduğu dokuları tercih eder (79,80).

DSÖ tarafından hazırlanan "Küresel Tüberküloz 2014 Raporu"na göre 2013 yılında dünyada 5,7 milyon yeni vaka ve 0,4 milyon tedavi görmekte olan vaka bildirilmiştir. Ülkemizde 2013 yılında toplam 13.409 vaka saptanmış; bu vakaların 239'unun önceden tedavi görmüş olduğu, 818'inde relaps görüldüğü, 12.352 yeni vakanın olduğu belirtilmiştir (81,82).

Primer Tüberküloz: Daha önce etken mikroorganizma ile karşılaşmamış kişilerde basil ile ilk karşılaşma sonucunda meydana gelen enfeksiyondur. Bu süreç %90-95 asemptomatik seyreder veya soğuk algınlığı benzeri semptomlar görülür. Tüberkülin deri testi pozitifleşir (83,84). Primer tüberkülozda en çok korkulan komplikasyon basilin hematojen yolla yayılması sonucu oluşan miliyer tüberküloz, tüberküloz menenjiti tablosudur (85).

Postprimer Tüberküloz: Primer enfeksiyondan yıllar sonra ortaya çıkan tüberküloz tablosudur. Primer enfeksiyon esnasında organizmada yerleşen basillerin tekrar metabolik aktivite kazanması ile meydana gelen endojen reaktivasyon ya da önceden primer enfeksiyonu geçirmiş kişinin dışardan aldığı yeni basil ile hastalanmasına bağlı gelişen eksojen reenfeksiyon nedeniyle oluştuğu düşünülmektedir (86,87).

Hastalık klinik olarak akciğer tüberkülozu ve akciğer dışı tüberküloz şeklinde ikiye ayrılır. Her iki durumda da halsizlik, çabuk yorulma, kilo kaybı, çocuklarda kilo almada duraklama, ateş ve gece terlemesi görülebilir. Bu semptomlara ek olarak akciğer tüberkülozunda öksürük, balgam, göğüs ağrısı veya yan ağrısı, nefes darlığı gibi akciğerden kaynaklanan semptomlar görülürken akciğer dışı tüberkülozda semptomlar tutulan organa göre değişir (75,88,89).

Tüberküloz tanısı konulurken hasta çok iyi değerlendirilmeli, ayrıntılı anamnez alınmalı ve kapsamlı fizik muayene yapılmalıdır. Akciğer grafisi, tüberkülin cilt testi, bakteriyolojik veya histolojik inceleme tanıda kullanılan yöntemlerdir (79).

Tüberkülin cilt testi (TCT), kişinin basil ile enfekte olduğunu gösteren en önemli tetkiklerden biridir. Bu test en sık PPD (Purified Protein Derivative, Saflaştırılmış Protein Türevi) ile yapılmaktadır (79).

Hastalıktan korunmak için BCG (Bacillus-Calmette-Guerin) aşısı uygulanmaktadır (79).

Tablo 2.4. Ülkemizde Tüberkülin Cilt Testi (TCT) Reaksiyonunu Değerlendirme Kriterleri (79)

BCG'lilerde	
0-5 mm	Negatif kabul edilir.
6-14 mm	BCG'ye atfedilir.
15 mm ve üzeri	Pozitif kabul edilir, enfeksiyon olarak değerlendirilir.
BCG'sizlerde	
0-5 mm	Negatif kabul edilir.
6-9 mm	Şüpheli kabul edilir, 1 hafta sonra test tekrarlanır; yine 6-9 mm bulunursa negatif kabul edilir; 10 mm ve üzeri pozitif kabul edilir
10 mm ve üzeri	Pozitif kabul edilir.
Bağışıklığı baskılanmış kişilerde 5 mm ve üzeri pozitif kabul edilir.	

Tanıda altın standart, Mycobacterium tuberculosis basilinin kültürde üretilmesidir. BACTEC yöntemi ile 2-3 haftada, Lowenstein-Jensen besiyerinde 4-6 haftada üreme olmakta ve sonuç alınmaktadır (79).

UHK'nın 124. maddesinde; " İlerlemiş sari vereme musap olanların nikahı altı ay tehir olunur. Bu müddet zarfında salah eseri görülmezse bu müddet altı ay daha temdit edilir. Bu müddet hitamında alakadar tabipler her iki tarafa bu hastalığın tehlikesini ve evlenmenin mazarratını bildirmeğe mecburdur." hükümleri yer almaktadır (4). Bu hükümler çerçevesinde ileri ve bulaşıcı derecede tüberküloz hastalarının evliliği 6 ay ertelenir. 6 ayın sonunda getirilecek ikinci raporda hastalığın tedavi edildiği anlaşılırsa, evlilik gerçekleştirilir. İkinci rapor da hastalığın devam ettiğini gösteriyorsa evlilik ikinci defa 6 ay daha ertelenir ve durum kendilerine bildirilir. İkinci 6 ayın bitiminde hastalığın iyileştiğini gösteren doktor raporu getirilirse evlilik gerçekleştirilir. Hastalığın devam ettiği saptanırsa bu halde evlenmenin mahzurlu olacağı her iki tarafa

da anlatılır. Kişiler bu halde yine de evlenmede ısrar ederlerse, evlenme gerçekleştirilir **(**90).

2.3.Evlilik Öncesi Muayenede Değerlendirilmesi Gereken Genetik Geçişli Hastalıklar

Evlenmek üzere başvuran çiftler genetik geçişli hastalıklar konusunda bilgilendirilmeli ve evlilik için sağlık raporu düzenlenirken çiftler bu durum göz önüne alınarak değerlendirilmelidir. Bu gruptaki hastalıklar metabolik hastalıklar, hemoglobinopatiler (talasemi, orak hücreli anemi), kromozom anomalileri ve diğer kalıtsal hastalıklardır (22).

3960 sayılı Kalıtsal Hastalıklarla Mücadele Kanunu'nun 1. maddesinde "Devlet, kalıtsal kan hastalıklarından thalessemia ve orak hücreli anemi dahil olmak üzere, bütün kalıtsal kan hastalıklarıyla ve engelliliğe yol açan diğer kalıtsal hastalıklarla koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında mücadele eder. Bunun için gerekli ödenek Sağlık Bakanlığı yılı bütçesine konulur." ifadeleri yer almaktadır (91).

Hemoglobinopatiler

Hemoglobin, içeriğinde demir bulunduran ve oksijen taşıyan bir metaloproteindir. Hemoglobin, hem ve globulin olarak isimlendirilen iki yapıdan oluşmaktadır**.** Hemoglobini oluşturan globulin zincirlerinin aminoasitlerinin cinsleri, sayı ve sıraları değişkenlik gösterir; hem grubu ise aynıdır (92,93).

Sağlıklı erişkinlerde %95-97 oranı ile en çok hemoglobin A (HbA) bulunurken, hemoglobin A2 (HbA2) %2-3 oranında bulunur ve hemoglobin F (HbF) % 1'in altındadır (94). HbA, iki alfa globulin zinciri ve iki beta globulin zincirinden; HbA2, iki alfa globulin zinciri ve iki delta globulin zincirinden; HbF ise iki alfa globulin zinciri ve iki gama globulin zincirinden meydana gelmektedir (95,96,97).

Hemoglobinopatiler, hemoglobin molekülünün polipeptid zincirlerindeki yapısal değişiklikler ya da sentez bozuklukları nedeniyle meydana gelen hastalıklardır (98).

2.3.1. Talasemiler

Talasemiler globulin sentezinde eksiklik veya sentez yokluğuyla tanımlanan, otozomal resesif geçiş gösteren hemoglobin bozukluklarıdır. Hipokrom mikrositik anemi yapan hastalıklardır (99,100). Türkiye'de özellikle Çukurova'da, Akdeniz kıyı şeridi ile Ege ve Marmara bölgelerinde talasemi taşıyıcılığı oldukça sık görülmektedir.

Bu hastalık, sentezinde bozukluk olan globulin zincirine göre isimlendirilmektedir. Klinikte önem arz eden ve en sık görülen talasemi türleri alfa ve beta talasemilerdir (101,102).

2.3.1.1. Beta talasemi:

Beta globulin zincirlerinin sentezinde kısmi veya tam eksiklik sonucu meydana gelen hemoglobin bozukluğudur (103,104). Dünya nüfusunun %3'ü beta talasemi taşıyıcısıdır. Türkiye'de en sık saptanan talasemi tipi beta talasemidir. Ülkemizde yaklaşık 1,5 milyon beta talasemi taşıyıcısı ve yaklaşık 4000 beta talasemi hastası bulunmaktadır (101,105).

Tablo 2.5. Beta talasemi majör ve beta talasemi intermediada ayırt edici klinik ve laboratuar özellikler (105)

	Beta talasemi major	**Beta talasemi intermedia**
Tanı (yıl)	<2	>2
Hb (g/dl)	<7	8-10
Hepatomegali/splenomegali	Ağır	Hafif-orta
HbF(%)	>50	>10-50
HbA2	<4	>4
Ebeveynler	Her ikisinde de HbA2 yüksek beta talasemi	Biri veya her ikisi atipik taşıyıcı
Mutasyon tipi	Ağır	Hafif-sessiz

Beta talasemi klinik olarak dört gruba ayrılır (105):

1. Sessiz taşıyıcı: Kişi hematolojik olarak normaldir.

2.Beta talasemi minör (taşıyıcı, heterozigot): Hafif hipokrom mikrositer anemi görülür.

3.Beta talasemi intermedia (hasta, homozigot): Transfüzyon ihtiyacı fazla olmayan homozigot beta talasemi formudur. Klinik bulgular beta talasemi major kadar ağır değildir.

4. Beta talasemi majör (hasta, homozigot): Transfüzyona bağımlı hasta populasyonunun olduğu gruptur. Tablo ağır olduğu için genelde 2 yaştan önce tanı alır.

2.3.1.2. Alfa talasemi:

Alfa globulin zincirlerinin sentezinde kısmi veya tam eksiklik sonucu meydana gelen hemoglobin bozukluğudur**.** Normal bireylerde, 16 numaralı kromozomların her birinde iki tane olmak üzere toplam dört alfa globulin geni bulunur (αα/αα) (106).

Alfa talasemi;

- Tek gende eksiklik (-α/αα),
- İki gende eksiklik (-α/-α), (--/αα),
- Üç alfa geninde eksiklik (Hemoglobin H hastalığı) (-α/--) ve
- Dört alfa geninde eksiklik (Hidrops fetalis) (--/--)

şeklinde görülebilir (107).

1.Sessiz taşıyıcılık (-α/αα): Bu bireyler tamamen sağlıklı olup hemogram sonuçları ile taşıyıcı olduklarını belirlemek çoğunlukla güçtür (108).

2.Alfa talasemi taşıyıcılığı (-α/-α veya --/αα): Bu bireylerde genellikle anlamlı bir mikrositoz ve artmış kırmızı hücre sayısı saptanmaktadır (109).

3.Hemoglobin H (HbH) hastalığı (-α/--): Bu klinik tablo mikrositoz, 9-12 g/dL arasında hemoglobin düzeyine sahip hafif ya da orta şiddette anemi ve splenomegaliyi tanımlamaktadır (109).

4.Hemoglobin Barts (Hidrops fetalis) (--/--): Bu tablo yaşamla bağdaşmaz, gebeliğin orta ya da geç dönemlerinde hidropik fetüsün ölü doğumu ile sonuçlanır (110).

2.3.2. Orak Hücreli Anemi

Orak hücreli anemi, hemoliz, akut mortal komplikasyonlar ve çeşitli organlarda kronik hasar ile sonuçlanabilen kalıtımsal bir kan hastalığıdır (111,112). Bu hastalıkta beta globulin zincirinde, DNA'da adenin yerine timin gelmesi sonucunda glutamik asit yerine valin şifrelenir ve HbA yerine hemoglobin S (HbS) oluşur. Deoksijenasyon durumunda HbS molekülleri eritrositte uzun, iğne şeklinde fibriller haline gelir ve eritrositler orak şeklini alır (113,114).

Orak şeklini alan hücrelerin kırılganlığının artması nedeniyle damar içi hemoliz, küçük kan damarlarının tıkanması ve buna bağlı oluşan iskemik tablolar orak hücreli

aneminin kliniğinde karşılaşılan durumlardır. Vazo-oklüzif krizler, sekestrasyon krizleri, aplastik krizler bu hastalıkta görülebilecek akut tablolardır (113,115,116).

Hemoglobinopatilerin tanısı protein ve gen düzeyindeki çalışmalar ile konulmaktadır. Protein incelemesi ile tanı koyan yöntemler; hemoglobin elektroforezi, yüksek basınçlı sıvı kromatografisi, HbA2 miktarının saptanması gibi tetkiklerdir. Gen düzeyindeki tanı yöntemleri ise PCR tabanlı yaklaşımlardır (117).

Türkiye'de hemoglobinopatileri önlemek için, 30.12.1993 tarihinde, 3960 sayılı Kalıtsal Kan Hastalıkları ile Mücadele Kanunu yayınlanmıştır ve 10.Dünya Talasemi Günü olan 08.05.2003 tarihinde, Mersin'de yapılan toplantıda 33 ilde Hemoglobinopati Önleme Programı başlatılmıştır (118,119). Bu iller Adana, Antalya, Ankara, Aydın, Batman, Bilecik, Burdur, Bursa, Çanakkale, Denizli, Diyarbakır, Düzce, Edirne, Erzurum, Eskişehir, Gaziantep, Hatay, Mersin, Isparta, İstanbul, İzmir, Kahramanmaraş, Karaman, Kayseri, Kırklareli, Kocaeli, Konya, Kütahya, Manisa, Muğla, Sakarya, Şanlıurfa ve Tekirdağ'dır. Hemoglobinopati Kontrol Programı'nın yürütüldüğü illerden birinde evlenme başvurusu yapıldığı zaman, başvuran çiftlerden hemoglobinopati tarama testi için kan örneği alınmaktadır (22).

2.4. Evlilik Öncesi Başvuran Çiftlerin Kan Gruplarının Değerlendirilmesi

Kan grubu antijenleri, eritrositlerin yüzey kısmında mevcut olan yapılardır. Dünyada 30 kan grubu sisteminde yaklaşık 270 kan grubu antijeni mevcuttur. En önemli kan grubu antijenleri A, B, O ve Rh(D) antijenleridir (120,121,122).

ABO kan grubu antijenleri karbonhidrat yapısındadır. Karbonhidrat yapıdaki antijenlere karşı vücutta gelişen antikorlar IgM tipi antikorlardır. Doğumdan sonra yaklaşık 6. ayda ABO antikorları gelişmiştir. Kişinin kendi eritrositlerinde bulunmayan A ve B antijenlerine karşı meydana gelmiş bu antikorlar izohemaglütininler olarak isimlendirilir. Bu antikorlar plasentadan geçemezler (122,123).

Rh antijeni protein yapısındadır ve bu antijene karşı IgG yapısında antikor oluşturulur. Bağışıklık sisteminin protein yapısındaki bir antijene karşı antikor üretebilmesi için mutlaka konağın o antijen ile karşılaşmış olması gerekmektedir. Bu antikorlar plasentadan geçebilirler (123).

Protein yapıdaki antijenlerden, en güçlü immün yanıta sebep olan antijen Rh sisteminden D antijenidir. Eritrositlerinde D antijeni mevcut olan kişiler Rh pozitif (+), olmayanlar ise Rh negatif (-) şeklinde ifade edilir (124).

Annenin kan grubunun Rh (-), babanın kan grubunun Rh (+) olduğu durumlarda eğer bebek anne ile aynı kan grubunda, yani Rh (-) ise herhangi bir problem oluşmamaktadır. Ama bebeğin kan grubu baba ile aynı, yani Rh (+) ise bu tabloya Rh uygunsuzluğu denir. Bu durumda anne kanında protein antijenlere karşı antikor oluşmasına sebep olacak bir durum yaşanmışsa (düşük, küretaj, dış gebelik, amniosentez, kordosentez, koryon villus biyopsisi, önceki gebelik, travma, doğum öncesi kanama gibi) IgG yapısındaki bu antikorlar plasentadan geçerek fetüs ve yenidoğanın hemolitik hastalığı sebep olabilirler. Bu durumun böyle ağır bir klinik tabloya kadar ilerlememesi için tedavi, Rh uygunsuzluğu bulunan gebelere uygulanan Anti-D (Rh) immünglobulindir (22,123).

Evlilik öncesi muayene ve değerlendirmede hekimlerin kan grubu tetkiki istemesinin sebebi, evlilik sonrası gerçekleşecek muhtemel bir gebelikte çiftlerin kan uyuşmazlığı hakkında önceden bilgi sahibi olmalarını sağlamak ve basit bir tıbbi tedavi ile engellenebilecek ağır klinik tabloların yaşanması olasılığını mümkün olduğunca azaltmaya çalışmaktır.

2.5.Evlilik Öncesi Muayenede Değerlendirilmesi Gereken Psikiyatrik Hastalıklar

Psikiyatrik hastalıklar evlilik öncesi muayenede değerlendirilmesi gereken önemli konulardan biridir. 4721 sayılı TMK'nın 133. maddesinde: "Akıl hastaları, evlenmelerinde tıbbî sakınca bulunmadığı resmî sağlık kurulu raporuyla anlaşılmadıkça evlenemezler." hükmü yer almaktadır. Aynı kanunun 145. maddesinde: "Aşağıdaki hâllerde evlenme mutlak butlanla batıldır:

1. Eşlerden birinin evlenme sırasında evli bulunması,
2. Eşlerden birinin evlenme sırasında sürekli bir sebeple ayırt etme gücünden yoksun bulunması,
3. Eşlerden birinde evlenmeye engel olacak derecede akıl hastalığı bulunması,
4. Eşler arasında evlenmeye engel olacak derecede hısımlığın bulunması." ifadelerine yer verilmiştir (3). Yani evlenmeye engel akıl hastalığı bulunan bir birey evlenemez, evlilik gerçekleşse bile yasalara göre geçersizdir. Bu nedenle evlilik öncesi muayene için başvuran çiftler, hekimler tarafından akıl ve ruh sağlığı açısından da değerlendirilmelidirler.

Evlilik öncesi muayenede, başvuran kişiler zeka geriliği, demans, psikotik bozukluklar açısından değerlendirilmelidir. Ancak burada unutulmaması gereken; bu

tanıları almış olmak kişinin evliliğinin engellenmesi için yeterli değildir. Hastalığın klinik olarak hangi seviyede olduğu ve kişinin evliliği yürütmesine engel olup olmayacağı önemlidir. Hekimler bu değerlendirmeyi yaparken karar vermekte güçlük çekerlerse başvuran bireyleri psikiyatri uzmanına yönlendirerek konsültasyon isteyebilirler. Tek uzman hekim tarafından karar verilemeyen durumlarda uzmanların oluşturduğu bir heyet tarafından bireyler değerlendirilir (22).

2.5.1. Zeka Geriliği (Mental Retardasyon)

Zeka geriliği çok yönlü ele alınması gereken bir klinik tablodur.

1.Zihinsel işlevlerin ortalamadan düşük olması, (Bu durum zihinsel fonksiyonların ölçümü için yapılan test sonucunda elde edilen değer yani intelligence quotient (IQ) sonucuna bakılarak saptanır. IQ değerinin 70 ve altında olması zihinsel işlevlerin ortalamadan düşük olduğunu gösterir.)

2.İletişim, öz bakım, akademik durum, sağlık, boş vakit, güvenlik gibi beceri alanlarının en az ikisinde anlamlı kısıtlılıklar gözlemlenmesi,

3.İlk atağın ya da başlangıcın 18 yaşından önce olması,

parametreleri zeka geriliğini tanımlamaktadır (125).

Tablo 2.6. Mental Retardasyonun IQ Değerlerine Göre Sınıflandırılması (126)

Terminoloji	**IQ**
Çok ağır	<20
Ağır	20-35
Orta	35-50
Hafif	50-70
Sınır	70-85

Evlilik için başvuruda bulunan bireylerde mental retardasyondan şüphelenildiğinde, değerlendirmek için eğitim sürecinde yıl kaybı olup olmadığı sorulur. Basit sorularla hasta test edilir. Hekim, mental retardasyon açısından şüphede kalırsa başvuran kişiden uzman konsültasyonu ister.

Ülkemizde yasalara göre orta, ağır ve çok ağır zeka geriliğine sahip bireyler evlenemezler, hafif zeka geriliği bulunan bireylerin evliliğine ise doktor raporu ile hâkim tarafından karar verilmektedir (22).

2.5.2. Demans

Demans, bilinç bozukluğunun eşlik etmediği, birkaç bilişsel alanın etkilenmesi sonucu meydana gelen, günlük aktivitelerin önceki gibi devam ettirilememesine sebep olan, progresif klinik tablodur. Halk arasında "bunama" olarak isimlendirilir (127).

Konu ile ilgili yapılan çalışmalara göre 65 yaşında demans prevalansı %1,5'tir ve bu oran 4 yılda bir 2 katına çıkarak 80 yaş civarında yaklaşık %30'u bulmaktadır. 65 yaşından önce belirti veren demansa erken başlangıçlı demans denir (128,129,130,131).

Demanslar, primer ve sekonder olarak iki grupta incelenir (132). Primer demansın en sık görülen nedenleri Alzheimer hastalığı, Lewy cisimcikli demans, frontotemporal demanstır. Sistemik, nörolojik ya da psikiyatrik bir hastalık varlığında meydana gelen demans ise sekonder demans olarak isimlendirilmektedir. Demansın en sık görülen sebebi Alzheimer Hastalığıdır (127,133).

Demans tanısı koymak için hastada DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tanı kriterleri varlığı araştırılır.

Demans tanısı konulmuş bir birey yasaların kendine verdiği hakları kullanma ehliyetine sahip değildir. Bu nedenle bu durum evlenmeye engel teşkil etmektedir. Evliliğin gerçekleştiği dönemde bireyin demans hastası olduğu sağlık kurulu raporu ile belirlendiği takdirde, evlilik geçersiz sayılır.

Evlilik öncesi muayene için başvuran kişiler, özellikle belirli yaşın üstündeki bireyler demans açısından mutlaka sorgulanmalıdır. Bu durumu tespit etmeye yönelik "Hangi yıldayız?", "İçinde bulunduğumuz ay hangisi?", "Şuan neredesiniz?", "Bugün günlerden ne?" gibi sorular hastaya yöneltilir. Hekim, demans açısından şüphede kalırsa başvuran kişiden uzman konsültasyonu ister (22).

Tablo 2.7. Alzheimer tipi demans tanı kriterleri (125)

A. Birden fazla bilişsel alanı içeren bozukluk kendini aşağıdaki iki maddeyi de kapsayacak şeklinde gösterir:	
	(1) Bellek bozukluğu (yeni bir bilgi öğrenme ve öğrenilmiş eski bir bilgiyi hatırlama yeteneğinin bozulması)
	(2) Aşağıda sıralanan bilişsel bozuklardan en az biri: (a) Afazi (dil bozukluğu) (b) Apraksi (motor işlevlerin normal olmasına karşın belirli motor eylemlerin yerine getirilmesi yeteneğinde bozulma)
	(c) Agnozi (duysal işlevlerin salim olmasına karşın nesneleri tanımakta güçlük) (d) Yürütücü işlevlerde bozulma (planlama, organize etme, sıralama, soyutlama)
B. A1 ve A2 kriterlerinde tanımlanan bilişsel bozukluklar toplumsal ve mesleki işlevselliği ciddi biçimde bozmakta ve eski işlevsellik düzeyine göre anlamlı bir gerilemeyi temsil etmektedir.	
C. Seyir, sinsi başlangıç ve yavaş ilerleyici kognitif yıkım özelliklerindedir.	
D. A1 ve A2 kriterlerinde tanımlanan bilişsel bozukluklar aşağıda sıralanan nedenlerden herhangi birine bağlı değildir:	
	(1) Bellek ve diğer bilişsel işlevlerde ilerleyici bozulmaya neden olabilecek merkezi sinir sistemine ait diğer durumlar (örn. serebrovasküler hastalık, Parkinson hastalığı, Huntington hastalığı, subdural hematom, normal basınçlı hidrosefali, beyin tümörü)
	(2) Demansa neden olabileceği bilinen sistemik durumlar (örn. Hipotiroidizm, B12 vitamini ya da folik asit eksikliği, niasin eksikliği, hiperkalsemi, nörosifilis, HIV enfeksiyonu)
	(3) İlaçlar ve madde kullanımı ile ilgili durumlar
E. Bozukluklar deliryum seyri dışında ortaya çıkmıştır.	
F. Bozukluk başka bir Eksen I hastalığı ile açıklanabilir nitelikte değildir.	

2.5.3. Psikotik Bozukluklar

Psikoz; sanrı, işitsel ve görsel varsanı, dezorganize konuşma, dezorganize davranış gibi algı, düşünce ve davranış alanları ile ilişkili olarak ortaya çıkan semptomlarla seyreden bir klinik tablodur. Bu durum, kişinin zihinsel işlevlerinde, gerçeği algılama ve ayırt etme yeteneğinde, sosyal ve mesleki konulardaki işlevselliğinde problemlere sebep olur.

Tablo 2.8: Şizofreni tanı kriterleri (134)

<table>
<tr><td colspan="2">A) Aşağıdaki belirtilerden ikisinden (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarı ile tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan en az birinin 1,2 ya da 3 olması gerekir.</td></tr>
<tr><td></td><td>1. Sanrılar</td></tr>
<tr><td></td><td>2. Varsanılar</td></tr>
<tr><td></td><td>3. Darmadağın konuşma (örneğin sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmaz konuşma)</td></tr>
<tr><td></td><td>4. İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı</td></tr>
<tr><td></td><td>5. Silik (negatif) belirtiler</td></tr>
<tr><td colspan="2">B) Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde iş, kişiler arası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır.</td></tr>
<tr><td colspan="2">C) Bu bozukluğun süregiden bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan en az bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri kapsamalıdır.</td></tr>
<tr><td colspan="2">D) Şizoaffektif bozukluk ya da psikotik özellikler gösteren duygudurum bozukluğu dışlanmalıdır.</td></tr>
<tr><td colspan="2">E) Bu bozukluk bir maddenin (örneğin kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.</td></tr>
<tr><td colspan="2">F) Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konulabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı da konur.</td></tr>
</table>

Psikoz tablosunun görüldüğü psikiyatrik hastalıklar şizofreni, şizoaffektif bozukluk, şizofreniform bozukluk, sanrısal bozukluk, kısa psikotik bozukluk, tıbbi duruma/maddeye bağlı psikotik bozukluk ve duygudurum bozukluklarıdır. Şizofreni, psikotik semptomların saptandığı en önemli psikiyatrik hastalıktır (135,136).

Evlilik öncesi muayene için başvuran bireylerde gerçeği algılama yeteneğinde problem varsa, mesleki işlevsellikte ve sosyal ilişkilerde büyük kısıtlılığa sebep olacak şekilde psikotik bulgular varsa bu durumun konunun uzmanları tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle, hekim psikotik bozukluk açısından şüphede kalırsa başvuran kişiden uzman konsültasyonu ister (22).

2.6. Dünyadaki Durum

Angastiniotis ve Modell, evlilik öncesi tarama programı uygulayan ülkeleri üç gruba ayırmaktadır (137):

1.Endemik Akdeniz ülkeleri: Bu ülkelerde %80-100 oranında başarı gösteren köklü koruyucu programlar bulunmaktadır ve özel klinikler aracılığı ile optimum tedavi sağlanmaktadır.

2.Gelişmiş, endüstrileşmiş ülkeler: Bu ülkelerde göçe bağlı olarak prevalans artmaktadır. Bu ülkeler tarama programlarını finanse edebilir, ancak belirli kültürel kökenden göçmenlere ulaşmak zor olarak değerlendirilmektedir.

3.Gelişen ülkeler: Bu ülkelerde ekonomik zorluklar, enfeksiyon hastalıklarının kontrolü gibi sağlık konusunda başka öncelikler ya da bölgesel ve kültürel kısıtlılıklar bulunmaktadır.

Evlilik öncesi talasemi taraması ilk olarak 1975 yılında Silvestroni ve arkadaşları tarafından Lazio, İtalya'da gerçekleştirildi. Orak hücreli anemi taraması bu tarihten de önce, 1970 yılında Virjinya'da başladı (138,139). Ayrıca 1970'lerde ülke çapında tarama programları Kanada, Kıbrıs, Yunanistan, Birleşik Krallık ve İtalya'da başladı (140). Bu zamana kadar hemoglobinopatilerin genetik sebepleri anlaşılmıştı, fakat yenidoğanlarda bu tabloyu önlemek için çok az şey yapılabiliyordu (141).

Evlilik öncesi HIV taraması, dünyanın bazı bölgelerinde evliliğe adım atmak için bir şart olarak kabul edilmektedir. ABD'nin Louisiana ve Illinois eyaletlerinde 1980'lerde zorunlu evlilik öncesi HIV taraması başlatılmıştır. Ancak bu uygulama ile çiftler komşu eyaletlerde evlenmeye başlamış ve yapılan çok büyük harcamalara

rağmen çok az enfeksiyon saptanmıştır. Bunun üzerine bu eyaletlerdeki zorunlu uygulama kaldırılmıştır. Louisiana ve Illinois'de başlayan ve buradan köken alan zorunlu evlilik öncesi HIV taraması Demokratik Kongo Cumhuriyeti, Gana, Uganda, Burundi ve Nijerya'da da uygulanmıştır. Açık Toplum Enstitüsü (2008), 1990'ların sonunda Nijerya'da, Ortodoks ve Pantekostal kiliselerinde, kilisede evlenmek isteyen çiftlerden zorunlu evlilik öncesi HIV testi talep edilmeye başlandığını belirtmiştir (142,143).

Çin'de, evlilik öncesi sağlık taramaları uzun zamandan beri, halk sağlığı ile ilgili çeşitli sorunların saptanması için bir fırsat olarak değerlendirilmektedir. Evlilik öncesi tarama programı, Çin'de başlangıçta ücretsiz olmamasına rağmen zorunlu olarak uygulandı. 2000 yılı itibari ile evlilik öncesi tarama %63.4 gibi yüksek oranlarda idi. Taramanın başarısına ve popülerliğine rağmen, birçok yabancı insan hakları savunucusu, uygulamanın zorunlu oluşunu şiddetle eleştirdi (144,145). Bundan kısa süre sonra 1 Ekim 2003'te Çin yeni Evlilik Kayıt Yönetmeliği'ni ilan etti. Bu yönetmelik ile zorunluluk kaldırılarak gönüllü uygulama başlatıldı. Ancak, zorunlu uygulamanın kaldırılması ile birlikte evlilik öncesi tarama oranları hızlı bir şekilde düştü ve problemli doğumlarda artış meydana geldi (146,147,148).

2004 yılında, Arnavutluk Cumhuriyeti, ülkenin Aile Kanunu hakkında evlilik öncesi HIV taramasını zorunlu kılan ve HIV/AIDS'li bireylerin evlenmesini engelleyen bir yasa tasarısı hazırladı. Tasarıya, ulusal ve uluslararası hukuki ve insani kuruluşlar şiddetle karşı çıktı ve yasa tasarısı yürürlüğe girmedi (149).

HBV için Suudi Arabistan ve Çin'de evlilik öncesi tarama yapılmaktadır. HCV için zorunlu evlilik öncesi tarama ise sadece Suudi Arabistan'da yapılmaktadır (144,150).

Suudi Arabistan Hükümeti tarafından, Şubat 2004'te hemoglobinopatilerin insidansını azaltmak amacıyla, zorunlu evlilik öncesi tarama başlatıldı. Tarama sonuçları uyumlu (hemoglobinopati açısından çiftlerden sadece biri taşıyıcı ise veya ikisi de taşıyıcı değilse) ya da uyumsuz (çiftlerden her ikisi de taşıyıcı ise) şeklinde raporlanarak evlilik kararı çiftlere bırakılmaktadır (151,152).

Tablo 2.9. Evlilik öncesi tarama programı bulunan ülkeler (151)

Ülke	**Tarama programı başlama tarihi**	**Taramanın türü**	**Kaynak**
İtalya	1975	Beta Talasemi (zorunlu)	Silvestroni ve ark.(138)
Bahreyn	1985	Talasemi ve OHH (zorunlu)	Al-Arrayed (153)
İran	1997	Talasemi (zorunlu)	Samavat ve Modell (154)
Ürdün	2004	Talasemi (zorunlu)	Hamamya ve ark. (155)
Suudi Arabistan	2004	Talasemi ve OHH (zorunlu)	AlHamdan ve ark. (156)
	2008	HIV, hepatit B ve hepatit C (zorunlu)	Shalhoub (150)
Birleşik Arap Emirlikleri	2007	Talasemi (zorunlu)	Al-Gazali ve ark. (157)
Tunus	-	Talasemi (zorunlu)	Therese (144)
Mısır	-	Talasemi ve CYBH (gönüllü)	Therese (144)
İspanya	-	Talasemi ve CYBH (gönüllü)	Therese (144)
Portekiz	-	Talasemi ve CYBH (gönüllü)	Therese (144)
Kıbrıs	1973	Talasemi (zorunlu)	Angastiniotis (158)
Kanada	1970'ler	Talasemi, OHH ve CYBH (gönüllü)	Tosun ve ark. (140)
Yunanistan	1975	Talasemi (zorunlu)	Tosun ve ark. (140)
Birleşik Krallık	1970'ler	Talasemi, OHH ve CYBH (gönüllü)	Tosun ve ark. (140)
Amerika Birleşik Devletleri İllinois&Louisiana	1983	HIV dahil olmak üzere CYBH (zorunlu), durduruldu	CDC, MMWR (159)
Çin	1992	Kalıtsal hastalıklar, HBV & HIV (2003 yılına kadar zorunlu)	Therese (144)
Tayvan	1993	Talasemi (gönüllü)	Chern ve ark. (160)
Brezilya	-	Kalıtsal hastalıklar & CYBH (bazı bölgelerde zorunlu)	Therese (144)
Filistin	-	Talasemi (zorunlu)	Al-Gazali ve ark. (157)
Malezya Johor	2002	HIV (zorunlu)	Khebir ve ark. (161)
Hindistan	-	Kalıtsal hastalıklar & CYBH (gönüllü)	DSÖ Sekreterya Raporu (162)
Endonezya	-	Kalıtsal hastalıklar & CYBH (gönüllü)	DSÖ Sekreterya Raporu (162)
Maldivler	-	Kalıtsal hastalıklar & CYBH (gönüllü)	DSÖ Sekreterya Raporu (162)
Singapur	-	Kalıtsal hastalıklar & CYBH (gönüllü)	DSÖ Sekreterya Raporu (162)
Tayland	-	Kalıtsal hastalıklar & CYBH (gönüllü)	DSÖ Sekreterya Raporu (162)

OHH: Orak hücre hastalığı, HIV: Human immunodeficiency virus, HBV: Hepatit B virüsü
CYBH:Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü, - (Bilinmeyen tarih)

CDC: Centers for Disease Control and Prevention , MMWR: Morbidity and mortality weekly report

2005 yılı, Dünya AIDS Günü'nde, Hindistan hükümeti evlilik öncesi taramayı zorunlu hale getirmek istediğini açıkladı, fakat halk tarafından yapılan itirazlar nedeniyle hükümet bu isteğini geri çekti (163).

Ürdün'de Haziran 2004'te zorunlu Ulusal Evlilik Öncesi Talasemi Taraması Programı başlatıldı. Birleşik Arap Emirlikleri, Dubai'de ise 2006 yılı sonlarında yine hemoglobinopatiler açısından zorunlu evlilik öncesi tarama uygulaması başlatıldı (164,165).

Kıbrıs, Yunanistan ve İtalya'da, talasemi için evlilik öncesi tarama uzun zamandır yapılan rutin bir uygulamadır, çünkü bu ülkelerde akrabalık fazladır. Bahreyn, Çin, Hindistan, İran, Endonezya, Malezya, Maldivler, Singapur ve Tayland da benzer koruyucu programları uygulamaya başlamıştır (162).

Lübnan'da, Sağlık ve Sosyal Politikalar bakanlıklarının iş birliği ile talasemi hastaları kronik bakım merkezlerinde takip edilmektedir. Tarama programlarında öncelikle bilginin yaygınlaştırılması ve toplumun farkındalığının artırılması amaçlanmaktadır. Sağlık çalışanlarının eğitimi ve eğitim materyallerinin geliştirilmesi de tarama programlarının kapsamındadır (166).

2.7. Türkiye'deki Durum

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı'nın 2013 yılında yayımladığı Evlilik Öncesi Muayene ve Danışmanlık Rehberi, evlilik öncesi muayene ve danışmanlık konusunda hekimlere yol göstermektedir. Hekimler evlilik öncesi sağlık raporu için başvuran çiftleri birkaç basamakta değerlendirir.

Evlilik için başvuruda bulunan her çift öncelikle yapılacak işlemlerle ilgili bilgilendirilir. Bu muayene ve işlemlerin neden yapılacağı anlatılarak kişilerin rızası alınır. Daha sonra çiftlerden Evlilik Öncesi Sağlık Raporu Başvuru Formu ve Risk Değerlendirme Formu'nu doldurup imzalamaları istenir. Risk Değerlendirme Formu'nda kişinin özel yaşantısına yönelik sorular bulunmaktadır. Bu nedenle bu formu doldururken kişilere yalnız kalabileceği uygun ortam sağlanmalıdır (22).

Doldurulan formlar hekim tarafından dikkatli bir şekilde incelenip değerlendirildikten sonra anamnez ve fizik muayeneye geçilir. Bu aşamada da hasta mahremiyetine dikkat edilmesi önemlidir.

EVLİLİK ÖNCESİ SAĞLIK RAPORU BAŞVURU FORMU

KADIN	**ERKEK**
Adı Soyadı: ……	**Adı Soyadı:……**
TC Kimlik No/Pasaport no:…..…….....	**TC Kimlik No/Pasaport no:……..…….**
Uyruğu:……..……	**Uyruğu:…….……**
Baba Adı:…….…….	**Baba Adı:……..**
Doğum Tarihi:…….…….	**Doğum Tarihi:……**
Öğrenim Durumu: Okur yazar değil □ Okur yazar □ İlk-orta □ Lise □ Yüksekokul/Üniversite □	**Öğrenim Durumu :** Okur yazar değil □ Okur yazar □ İlk-orta □ Lise □ Yüksekokul/Üniversite □
Müstakbel Eşle Akrabalık : Var □ Yok □ Amca/hala oğlu □ Teyze/dayı oğlu □ Baba tarafı diğer □ Anne tarafı diğer □	**Müstakbel Eşle Akrabalık : Var □ Yok □** Amca/hala kızı □ Teyze/dayı kızı □ Baba tarafı diğer □ Anne tarafı diğer □
Adresi:……. **Telefon Ev :……..……..……** **Telefon İş:……..……..…..** **Cep Telefonu:…….……** Herhangi bir özel durumda size en kısa zamanda ulaşmak ve sizi bilgilendirmek için adres ve telefon bilgilerinin eksiksiz olarak yazılması büyük önem taşımaktadır.	**Adresi:…….** **Telefon Ev :…….……** **Telefon İş :……..……** **Cep Telefonu :……** Herhangi bir özel durumda size en kısa zamanda ulaşmak ve sizi bilgilendirmek için adres ve telefon bilgilerinin eksiksiz olarak yazılması büyük önem taşımaktadır.
Risk Değerlendirmesi Sonrasında* Bulaşıcı hastalık (Hepatit B, Hepatit C, HIV/AIDS vb) şüphesi olduğunda, tanı koymaya yönelik tetkikleri yaptırmayı **Kabul ediyorum □ Kabul etmiyorum □**	**Risk Değerlendirmesi Sonrasında*** Bulaşıcı hastalık (Hepatit B, Hepatit C,HIV/AIDS vb) şüphesi olduğunda, tanı koymaya yönelik tetkikleri yaptırmayı **Kabul ediyorum □ Kabul etmiyorum □**
Laboratuvar tetkik sonuçlarımın ve hastalık durumumun müstakbel eşime bildirilmesini **Kabul ediyorum □ Kabul etmiyorum □** ***Sağlık Personeli ile birlikte doldurulur.**	Laboratuvar tetkik sonuçlarımın ve hastalık durumumun müstakbel eşime bildirilmesini **Kabul ediyorum □ Kabul etmiyorum □** ***Sağlık Personeli ile birlikte doldurulur.**
Evlilik öncesinde sağlık riskleri konusunda bilgilenmek, sağlık muayenemi yaptırmak ve danışmanlık hizmetini takiben evlilik öncesi sağlık raporumu almak istiyorum.	Evlilik öncesinde sağlık riskleri konusunda bilgilenmek, sağlık muayenemi yaptırmak ve danışmanlık hizmetini takiben evlilik öncesi sağlık raporumu almak istiyorum.
Tarih / İmza	Tarih / İmza
Veli / Vasi İmzası (17 yaşını tamamlamış, 18 yaşını henüz doldurmamış kişiler için)	Veli / Vasi İmzası (17 yaşını tamamlamış, 18 yaşını henüz doldurmamış kişiler için)

RİSK DEĞERLENDİRME FORMU

Adı Soyadı: ……

T.C.Kimlik No/Pasaport No:……

Mesleği / işi: ……

Bu formdaki bilgiler kesinlikle gizli kalacaktır. Verdiğiniz bu ön bilgiler müstakbel eşinize açıklanmayacaktır. Sadece muayene sürecinde bilgi edinme ve risk değerlendirme amaçlıdır. Bilgilerin doğruluğu çok önemlidir.

Aşağıdaki soruları cevaplarken size uygun seçeneği işaretleyiniz.

		EVET	HAYIR
1.	Müstakbel eşiniz ile aranızda akrabalık var mı?		
2.	Size hiç kan ve kan ürünleri nakli yapıldı mı? (Tam kan, trombosit, eritrosit, plazma süspansiyonu, intravenöz immünglobulin-IVIG gibi)		
3.	Size daha önce organ nakli yapıldı mı?		
4.	Damar içi uyuşturucu madde kullandınız mı?		
5.	Sigara dışında bir madde (alkol, uyuşturucu, hap, vb) bağımlılığınız var mı?		
6.	Hiç kalıcı dövme yaptırdınız mı?		
7.	Ailenizde Hepatit B virüsü taşıyıcısı veya hastası var mı?		
8.	Para veya çıkar karşılığı cinsel ilişkide bulundunuz mu?		
9.	Son 1 yıl içerisinde verem hastalığına yakalandınız mı?		
10.	Ailenizde veya yakın çevrenizde verem hastası var mı?		
11.	Ailenizde ağır psikiyatrik hastalığı (şizofren, zekâ geriliği gibi) olan var mı?		
12.	Daha önce intihar girişiminiz oldu mu?		
13.	Son 6 ay içinde ölüm tehlikesi atlattığınız mı? (Kaza, deprem, vb)		

Beyanım Doğrudur

Tarih/İmza

Kişilerden ayrıntılı anamnez alındıktan sonra, fizik muayene ve genel psikiyatrik muayene yapılır. Evlilik öncesi sağlık raporu talebi ile başvuran herkesten tetkik istemek gerekmez. Alınan anamnez ve yapılan muayene sonucunda hekimin gerekli görmesi halinde uygun görülen tetkikler istenir (22).

Mevzuata göre evlenme engeli teşkil eden sifilis, gonore, şankroid, lepra ve tüberküloz şüphesi oluşmuşsa ve kesin tanı için tetkik gerekiyorsa, bu aşamada tetkiklerin yaptırılması şarttır. Evlenmeye engel oluşturmayan HIV/AIDS, hepatit B ve C hastalıkları şüphesinde ise Evlilik Öncesi Sağlık Raporu Başvuru Formu'nda 'Risk Değerlendirmesi Sonrasında' bölümüne kişinin verdiği cevaba göre hareket edilir (22).

Muayene ve/veya tetkik sonuçlarının diğer eş adayı ile paylaşılmasının istenmediği durumlarda bu durumun, diğer eş adayına tebliğ edilmesi gereklidir.

EVLİLİK ÖNCESİ SAĞLIK RAPORU BAŞVURUSU

TEBLİĞ - TEBELLÜĞ BELGESİ

Müstakbel eşim ……..……...'ın

"Evliliğe engel olmayacak hastalık (Hepatit B, Hepatit C, HIV/AIDS vb.) şüphesi oluşması durumunda tanı koymaya yönelik tetkikleri yaptırmayı **kabul etmediği ile** laboratuvar tetkik sonuçları ve hastalık durumu ile ilgili hususun tarafıma bildirilmesini **kabul etmediği hususları tarafıma bildirilmiştir.**

TEBLİĞ EDEN:	**TEBELLÜĞ EDEN:**
İMZASI :	İMZASI :
ADI VE SOYADI :	ADI VE SOYADI :
ÜNVANI :	
TARİH :	TARİH :

Evlenme başvurusu Hemoglobinopati Kontrol Programı'nın uygulandığı şehirlerden birinde yapılmışsa, hemoglobinopati taraması için kan numunesi alınır.

Hekim yaptığı fizik muayene ve varsa tetkik sonuçları ile tanı koymada yetersiz kalırsa gerekli gördüğü uzman hekimden konsültasyon isteyebilir (örneğin psikiyatrik bir hastalıktan şüphelenildiğinde) (22).

Yapılan değerlendirme sonucunda evlenmesi uygun görülen çiftlere hekim tarafından evlilik öncesi danışmanlık verilir ve hekim sağlık raporunu düzenler. Evlilik öncesi danışmanlık verilirken hekim eş adaylarını bulaşıcı hastalıklar, genetik geçişli

hastalıklar, üreme sağlığı, kontraseptif yöntemler, gebelik konuları ile ilgili bilgilendirir. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun 2014 yılında yayımladığı Evlilik Öncesi Danışmanlık Rehberi'nde, çiftlere danışmanlık hizmeti verilmesi gereken konular ayrıntılı olarak ele alınmıştır. Rehbere göre, hekimlerin bireylere evlilik öncesi vermesi gereken danışmanlık önleyici, geliştirici ve eğitici olmalıdır. Sağlıklı aile yapısının temellerinde sağlıklı danışmanlık hizmeti bulunmaktadır (1).

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi'nin 2002 yılı, 11. cilt, 6. sayısında Türk Tabipler Birliği'nin (TTB) evlilik öncesi raporlar için düzenlediği toplantıya yer verilmiştir. Bu toplantıda TTB, evlilik öncesi raporları değerlendirirken, şüphe durumunda veya eş adaylarının talebi üzerine tetkik yapılmasının uygun olacağını, özellikle enfeksiyon hastalıkları açısından yakınması olmayan bireylerden rutin tetkik istemenin doğru bir yaklaşım olmadığını ifade etmiştir. Psikiyatrik hastalıklar açısından, zorunlu bir psikiyatrik muayenenin tıp etiği açısından uygun olmadığı, bireyin söylenenleri anlayabilmesinin ve kendi yararını gözetebilmesinin, değerlendirme için yeterli olacağı belirtilmiştir. Genetik geçişli hastalıklar değerlendirilirken kişilerin testlerin yapılma zamanına kendi hür iradeleri ile karar vermelerinin daha doğru bir yaklaşım olacağı ifade edilmiştir. Bireylere evlilik öncesi yeterli danışmanlık hizmeti verilmesi gerektiğini önemle vurgulayan TTB, danışmanlık hizmeti ile bireylerin kendilerindeki olası riskleri fark etmelerini sağlamanın çok daha faydalı olacağını belirtmiştir (7).

3.YÖNTEM-GEREÇ

Araştırmamız kesitsel, tanımlayıcı bir çalışma olarak planlandı.

3.1. Etik Kurul Onayı ve Diğer İzinler

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar ve Etik Kurulu'ndan 2016-128 protokol numarası ile Etik Kurul onayı alındı (Ek 1). Ayrıca Malatya İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden de gerekli izinler alınarak çalışmaya başlandı.

3.2. Çalışmanın Yapıldığı Yer

Çalışmamız Malatya ilindeki tüm Aile Sağlığı Merkezleri'nde 1 Ekim 2016 - 31 Aralık 2016 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.3 Çalışmaya Alınan Olguların Seçimi ve Dışlanma Kriterleri

Malatya ilinde görev yapan aile hekimi sayısı 200 olup, yapılan power analizinde α:0,05 1-β(güç):0,80 alındığında; aile hekimlerinin evlilik öncesi muayene ve testlere bakışında anti-HIV testinin sorgulamasındaki değişimin %10 olup olmadığını saptamak için en az 133 hekimin çalışmaya dahil edilmesi gerektiği hesaplandı.

Çalışmaya örneklem grubu olarak Malatya ilindeki tüm aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanları dahil edildi. Hekimler, araştırmacı tarafından Helsinki Bildirgesi'ne göre hazırlanmış gönüllü olur formu doldurularak araştırmaya dahil edildi. Malatya'da görev yapmakta olan 200 aile hekiminin 156'sına ulaşıldı. 4 hekim araştırmaya katılmayı onaylamadıkları için araştırma dışı bırakıldı. Anket çalışması onamı alınan toplam 152 hekim ile yüz yüze görüşülerek anketler uygulandı.

Çalışmaya katılmak istemeyen hekimler ile çalışmanın yapıldığı tarihlerde doğum izninde olan hekimler ve çalışmanın yapıldığı tarihlerde askerde olan hekimler çalışmaya dahil edilmedi.

3.4. Çalışmanın Düzenlenmesi

Malatya ilinde aile hekimi olarak çalışan birinci basamak hekimlerine evlilik öncesi muayene ve testlerle ilgili hazırlanmış olan sorularla sosyodemografik özellikleri içeren anket uygulandı. Anket sosyodemografik özelliklerin sorgulandığı 4

soru, evlilik öncesi muayene ve testlere aile hekimlerinin bakışının sorgulandığı 20 soru olmak üzere toplam 24 sorudan oluşturuldu.

3.5. İstatistiksel Analiz

Araştırma verilerinin istatistiksel değerlendirilmesinde "SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows Version 17.0" istatistiksel yazılımı kullanıldı. Nicel verilerin tanımlanması ortalama ± standart sapma (SD) ile, nitel verilerin tanımlanması ise sayı (n) ve yüzde (%) ile yapıldı. Nitel değişkenlere ilişkin istatistiksel değerlendirmede Pearson Ki-Kare analizi ve Fisher'in Exact Ki-Kare analizi kullanıldı. $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Araştırmamıza Malatya'da görev yapmakta olan aile hekimliği uzmanları ve aile hekimleri dahil edildi. Çalışmamız toplam 152 hekim ile yürütüldü. Araştırmaya katılan hekimlerin yaş ortalaması 43.9 ± 7.3, en küçük yaş 24 ve en büyük yaş 65'tir. Erkek katılımcılar 106 kişi (%69.7), kadın katılımcılar 46 kişi (%30.3) olarak saptandı. Meslekteki çalışma yılı (klinik deneyim) en küçük 1 yıl, en büyük 39 yıl; ortalama 18.6 ± 7.3 olarak bulundu. Çalışmaya katılan hekimlerden 137 kişi evli (%90.1), 15 kişi bekardır (%9.9).

Tablo 4.1: Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı

Yaş	Ort. ± Std. S.	43.9 ± 7.3
	Min. / Max.	24 / 65
Cinsiyet	Kadın	46 (%30.3)
	Erkek	106 (%69.7)
Medeni Hal	Evli	137 (%90.1)
	Bekar	15 (%9.9)
Klinik Deneyim	Ort. ± Std. S.	18.6 ± 7.3
	Min. / Max.	1 / 39
	<18 yıl	58 (%38.2)
	≥18 yıl	94 (%61.8)

Hekimlere 'Evlilik öncesi size başvuruda bulunan bir çiftten hangi tetkikleri istiyorsunuz?' sorusu soruldu ve cevap olarak tarafımızca daha önce belirlenmiş olan VDRL, hepatit paneli, Anti-HIV, PPD, akciğer grafisi, tam kan sayımı (hemogram), hemoglobin elektroforezi ve kan grubu seçenekleri içinden başvuruda istedikleri tetkikleri işaretlemeleri istendi. Evlilik öncesi değerlendirmede 152 hekimin tamamı (%100) hepatit paneli (HBV ve HCV enfeksiyonları için) istemi yaptıklarını belirttiler. 151 hekim (%99.3) Anti-HIV, 139 hekim (%91.4) VDRL, 126 hekim (%82.9) kan grubu, 64 hekim (%42,1) hemogram ve 5 hekim (%3.3) hemoglobin elektroforezi istemi

yaptıklarını belirttiler. PPD ve akciğer grafisi isteyen hekimler 3 kişi (%2) olarak saptandı.

'Bu tetkiklerin dışında rutin uygulamada, başvuran çiftlerden istediğiniz başka tetkikler var mı?' sorusuna 3 kişi (%2) biyokimya, 1 kişi (%0.7) rubella IgM/ IgG, 1 kişi (%0.7) toksoplazma IgM/ IgG, 1 kişi (%0.7) tam idrar tetkiki ve 1 kişi (%0.7) brusella için gerekli tetkikler cevabını verdi.

Tablo 4.2: Hekimlerin Evlilik Öncesi Muayenede İstedikleri Tetkikler

TETKİKLER	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Hepatit paneli	152	100	0	0
Anti-HIV	151	99.3	1	0.7
VDRL	139	91.4	13	8.6
Kan Grubu	126	82.9	26	17.1
Tam kan sayımı (Hemogram)	64	42.1	88	57.9
Hemoglobin elektroforezi	5	3.3	147	96.7
PPD	3	2	149	98
Akciğer grafisi	3	2	149	98

Hekimlere sorulan 'Uygulamada başvuran çiftlerden talep etmediğiniz, ama rutin uygulamada bulunması gerektiğini düşündüğünüz tetkikler var mı? Mevcut tetkiklerin dışında hangi tetkiklerin yapılmasını istersiniz?' sorusuna 18 kişi (%11,8) hemoglobin elektroforezi, 9 kişi (%6) ayrıntılı psikiyatrik değerlendirme, 7 kişi (%4.6) akciğer grafisi, 7 kişi (%4.6) PPD, 3 kişi (%2) Ailevi Akdeniz Ateşi, 2 kişi (%1.3) hemogram, 2 kişi (%1.3) biyokimya, 2 kişi (%1.3) genetik geçişli hastalıklar, 1 kişi (%0.7) metabolik hastalıklar, 1 kişi (%0.7) periferik yayma, 1 kişi (%0.7) ayrıntılı dermatolojik muayene ve 1 kişi (%0.7) sitomegalovirüs IgM/IgG cevabını verdi.

Tablo 4.3: Hekimlerin Rutin Uygulamaya Dahil Edilmesini İstedikleri Tetkikler

TETKİKLER	n	%
Hemoglobin elektroforezi	18	11,8
Psikiyatrik değerlendirme	9	6
Akciğer grafisi	7	4.6
PPD	7	4.6
Ailevi Akdeniz Ateşi	3	2
Hemogram	2	1.3
Biyokimya	2	1.3
Genetik geçişli hastalıklar	2	1.3
Metabolik hastalıklar	1	0.7
Periferik yayma	1	0.7
Dermatolojik muayene	1	0.7
Sitomegalovirüs IgM/IgG	1	0.7

.

Meslekteki çalışma yılı (klinik deneyim) ortalaması 18.6 ± 7.3 olarak saptandı. Meslekteki çalışma yılı 18 yıl altı, 18 yıl ve üzeri şeklinde iki gruba ayrıldı. Klinik deneyimi 18 yılın altında olanlar 58 kişi (%38.2), 18 yıl ve üzerinde olanlar 94 kişi (%61.8) olarak saptandı.

Meslekteki çalışma yılının VDRL, Anti-HIV, PPD, akciğer grafisi, tam kan sayımı (hemogram), hemoglobin elektroforezi ve kan grubu tetkiklerinin istenme oranları üzerinde bir etkisinin olup olmadığını değerlendirmek için meslek yılı ile tetkikler arasında yapılan karşılaştırmada (her tetkik ayrı ayrı karşılaştırılmıştır) istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

Medeni hal ile VDRL, Anti-HIV, PPD, akciğer grafisi, tam kan sayımı (hemogram), hemoglobin elektroforezi ve kan grubu tetkikleri arasında yapılan karşılaştırmada da (her tetkik ayrı ayrı karşılaştırılmıştır) istatistiksel olarak anlamlı bir

fark bulunmadı (p>0.05). Yani evliler ve bekarlar arasında tetkik isteme oranları açısından anlamlı bir fark saptanmadı.

Cinsiyetin tetkiklerin istenme oranları üzerinde bir etkisinin olup olmadığını değerlendirmek için cinsiyet ile VDRL, Anti-HIV, PPD, akciğer grafisi, tam kan sayımı (hemogram) ve kan grubu tetkikleri arasında yapılan karşılaştırmada (her tetkik ayrı ayrı karşılaştırılmıştır) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0.05). Cinsiyet ile hemoglobin elektroforezi arasında yapılan karşılaştırmada ise kadın hekimlerde hemoglobin elektroforezi isteme oranı erkek hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (p<0,05).

Tablo 4.4: Cinsiyete göre hemoglobin elektroforezi isteme oranlarının karşılaştırılması

	Hemoglobin Elektroforezi		
	Evet	**Hayır**	**Toplam**
Kadın	4 (%8.7)	42 (%91.3)	46 (%100)
Erkek	1 (%0.9)	105 (%99.1)	106 (%100)
Toplam	5 (%3.3)	147 (%96.7)	152 (%100)

p=0.03

Hekimlerin tamamının hepatit paneli tetkiki istedikleri saptandığı için hepatit paneli ile demografik veriler arasında bir karşılaştırma söz konusu olmadı.

‘Belediyelerin evlilik için çiftlerden istedikleri rutin tetkikler dışında tetkik istiyor musunuz?’ sorusuna 41 hekim (%27) evet, 99 hekim (%65.1) hayır ve 12 hekim (%7.9) kararsızım cevabını verdi.

‘Hekimin anamnez ve fizik muayeneyi yeterli bulduğu takdirde, dıştan açıkça görülen muayene bulgusu yoksa hiçbir tetkik yapmaksızın rapor düzenleyebileceğini biliyor musunuz?’ sorusuna 87 hekim (%57.2) evet, 60 hekim (%39.5) hayır ve 5 hekim (%3.3) kararsızım cevabını verdi.

‘İleri incelemeye gerek görmediğiniz durumlarda tetkik istemeden rapor düzenliyor musunuz?’ sorusuna 44 hekim (%28.9) evet, 99 hekim (%65.1) hayır ve 9 hekim (%5.9) kararsızım cevabını verdi.

Hekimlere sorulan, ankette 8. soru olan ‘Hekimin anamnez ve fizik muayeneyi yeterli bulduğu takdirde, dıştan açıkça görülen muayene bulgusu yoksa hiçbir tetkik yapmaksızın rapor düzenleyebileceğini biliyor musunuz?’ sorusu ile ankette 9. soru olan ‘İleri incelemeye gerek görmediğiniz durumlarda tetkik istemeden rapor düzenliyor musunuz?’ sorusu arasında yapılan karşılaştırmada 8. soruya evet diyen 87 hekimin 39’unun (%44.8) 9. soruya da evet, 43’ünün (%49.4) 9. soruya hayır, 5’inin (%5.7) ise 9. soruya kararsızım cevabı verdikleri saptandı. 8. soruya hayır diyen 60 hekimin 5’inin (%8.3) 9. soruya evet, 51’inin (%85) 9. soruya da hayır ve 4’ünün (%6.7) 9. soruya kararsızım cevabı verdikleri saptandı. 8. soruya kararsızım diyen 5 kişinin tamamı (%100) 9. soruya hayır cevabını verdi.

Tablo 4.5: Anket 8. ve 9. soruların cevaplarının karşılaştırılması

		Soru 9			
		Evet	Hayır	Kararsızım	TOPLAM
Soru 8	Evet	39	43	5	87
	Hayır	5	51	4	60
	Kararsızım	0	5	0	5
	TOPLAM	44	99	9	152

‘Hiçbir tetkik istemeden rapor düzenlenmesini uygun buluyor musunuz?’ sorusuna 19 hekim (%12.5) evet, 122 hekim (%80.3) hayır ve 11 hekim (%7.2) kararsızım cevabını verdi.

Tablo 4.6: Hekimlerin tetkiksiz rapor düzenleme konusundaki görüşlerinin yüzde oranları

	Evet		Hayır		Kararsızım	
	n	%	n	%	n	%
Hiçbir tetkik istemeden rapor düzenlenmesini uygun buluyor musunuz?	19	12.5	122	80.3	11	7.2

'Tetkik isteneceği durumlarda, tetkikleri istemeden önce çiftlerden onay alınması gerektiğini biliyor musunuz?' sorusuna 105 hekim (%69.1) evet, 43 hekim (%28.3) hayır ve 4 hekim (%2.6) kararsızım cevabını verdi.

'Tetkik istemeden önce çiftlerin onayını alıyor musunuz?' sorusuna 108 hekim (%71.1) evet, 41 hekim (%27) hayır ve 3 hekim (%2) kararsızım cevabını verdi.

Tablo 4.7: Hekimlerin çiftlerden onay isteme oranları

	Evet		Hayır		Kararsızım	
	n	%	n	%	n	%
Tetkik istemeden önce çiftlerin onayını alıyor musunuz?	108	71.1	41	27	3	2

Hekimlere sorulan, ankette 11. soru olan 'Tetkik isteneceği durumlarda, tetkikleri istemeden önce çiftlerden onay alınması gerektiğini biliyor musunuz?' sorusu ile ankette 12. soru olan 'Tetkik istemeden önce çiftlerin onayını alıyor musunuz?' sorusu arasında yapılan karşılaştırmada 11. Soruya evet diyen 105 hekimden 93'ünün (%88.6) 12. soruya da evet cevabını verdiği, 10'unun (%9.5) 12. soruya hayır cevabını verdiği ve 2'sinin (%1.9) 12. soruya kararsızım cevabını verdiği saptandı. 11. soruya hayır diyen 43 hekimin 14'ünün (%32.6) 12. soruya evet cevabını verdiği, 29'unun (%67.4) 12. soruya da hayır cevabını verdiği saptandı. 11. soruya hayır diyenlerin hiçbirinin (%0) 12. soruya kararsızım cevabı vermedikleri saptandı. 11. soruya

kararsızım diyen 4 kişinin 1'i (%25) 12. Soruya evet, 2'si (%50) hayır ve 1'i (%25) kararsızım cevabını verdi.

Tablo 4.8: Anket 11. ve 12. soruların cevaplarının karşılaştırılması

		Soru 12			
		Evet	Hayır	Kararsızım	TOPLAM
Soru 11	Evet	93	10	2	105
	Hayır	14	29	0	43
	Kararsızım	1	2	1	4
	TOPLAM	108	41	3	152

'Türkiye'de farklı illerde hatta aynı il içerisinde yaptırılan bu zorunlu testlerin birbirinden farklı olabildiğini biliyor musunuz?' sorusuna 92 hekim (%60.5) evet, 50 hekim (%32.9) hayır ve 10 hekim (%6.6) kararsızım cevabını verdi.

'Evlilik için rapor verirken yapmış olduğunuz psikiyatrik değerlendirmenin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?' sorusuna 28 hekim (%18.4) evet, 107 hekim (%70.4) hayır ve 17 hekim (%11.2) kararsızım cevabını verdi.

Tablo 4.9: Hekimlerin psikiyatrik değerlendirme konusundaki görüşlerinin yüzde oranları

	Evet		**Hayır**		**Kararsızım**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Evlilik için rapor verirken yaptığınız psikiyatrik değerlendirmenin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?	28	18.4	107	70.4	17	11.2

'Evlilik öncesi muayene ve testler sonucu kesin tanı koyamadığınız, kararsız kaldığınız durumlarda hastayı sevk ederek diğer bölümlerin hekimlerinden konsültasyon istiyor musunuz?' sorusuna 118 hekim (%77.6) evet, 26 hekim (%17.1) hayır ve 8 hekim (%5.3) kararsızım cevabını verdi.

‘Çiftlerden biri muayene edilirken ve değerlendirilirken, diğerinin aynı odada bulunması sizce uygun mudur?’ sorusuna 23 hekim (%15.1) evet, 118 hekim (%77.6) hayır ve 11 hekim (%7.2) kararsızım cevabını verdi.

‘Çiftlerden birinde zührevi hastalık tespit edildiğinde bu durum sizce hasta olan eşin rızası aranmaksızın diğer eşe söylenmeli midir?’ sorusuna 64 hekim (%42.1) evet, 67 hekim (%44.1) hayır ve 21 hekim (%13.8) kararsızım cevabını verdi.

Tablo 4.10: Hekimlerin, zührevi hastalık tespiti durumunda görüşlerinin yüzde oranları

	Evet		Hayır		Kararsızım	
	n	%	n	%	n	%
Çiftlerden birinde zührevi hastalık tespit edildiğinde bu durum sizce hasta olan eşin rızası aranmaksızın diğer eşe söylenmeli midir?	64	42.1	67	44.1	21	13.8

‘Evliliğe engel bir hastalık tespit ettiğiniz bir çiftin hastalığı bilerek evlenmeyi istemelerine rağmen sizin vereceğiniz rapor ile bu evliliğin gerçekleşmemesi sizce etik bir davranış mıdır?’ sorusuna 35 hekim (%23) evet, 70 hekim (%46.1) hayır ve 47 hekim (%30.9) kararsızım cevabını verdi.

‘Evlilik öncesi muayenelerin ve testlerin birbirini sevmiş ve hayatlarını birleştirmek isteyen iki insanın mahremiyetine müdahale olarak değerlendiriyorum.’ ifadesine 17 hekim (%11.2) evet, 122 hekim (%80.3) hayır ve 13 hekim (%8.6) kararsızım cevabını verdi.

Tablo 4.11: Hekimlerin, başvuran çiftlerin mahremiyeti hakkındaki görüşlerinin yüzde oranları

	Evet		Hayır		Kararsızım	
	n	%	n	%	n	%
Evlilik öncesi muayenelerin ve testlerin birbirini sevmiş ve hayatlarını birleştirmek isteyen iki insanın mahremiyetine müdahale olarak değerlendiriyorum.	17	11.2	122	80.3	13	8.6

‘Evlilik öncesi yapılması zorunlu muayene ve testlerin yüzeysel ve evrak tamamlama süreçleri olduğunu düşünüyorum.’ ifadesine 29 hekim (%19.1) evet, 111 hekim (%73) hayır ve 12 hekim (%7.9) kararsızım cevabını verdi.

‘Mevcut düzenlemeler gereği evlilik öncesi yapılan muayene ve testlerin eşlerin bir ömür boyu birlikte olacakları insanı daha ayrıntılı tanımalarına katkı sağladığını düşünüyorum.’ ifadesine 96 hekim (%63.2) evet, 34 hekim (%22.4) hayır ve 22 hekim (%14.5) kararsızım cevabını verdi.

‘Bu muayene ve testlerin iki erişkin insanın vermiş olduğu karara hekimlerin vereceği rapor ile engel olunmasını insan haklarına aykırı buluyorum.’ ifadesine 34 hekim (%22.4) evet, 72 hekim (%47.4) hayır ve 46 hekim (%30.3) kararsızım cevabını verdi.

Tablo 4.12: Hekimlerin, evlilik öncesi muayene ve testlerin insan haklarına uygunluğu konusundaki görüşlerinin yüzde oranları

	Evet		Hayır		Kararsızım	
	n	%	n	%	n	%
Bu muayene ve testlerin iki erişkin insanın vermiş olduğu karara hekimlerin vereceği rapor ile engel olunmasını insan haklarına aykırı buluyorum.	34	22.4	72	47.4	46	30.3

‘Türkiye’deki mevcut hukuki düzenlemeler bu zorunlu muayene ve testler yerine evlilik öncesi Aile Hekimlerinin kişilere danışmanlık yapması şeklinde olursa insan haklarına daha uygun olacaktır.’ ifadesine 83 hekim (%54.6) evet, 30 hekim (%19.7) hayır ve 39 hekim (%25.7) kararsızım cevabını verdi.

‘Evlilik öncesi muayene ve testler bir toplumun daha sağlıklı olmasını sağlayan bir süreç olduğundan zorunlu olmasının gelecek nesiller için faydalı olduğunu düşünüyorum.’ ifadesine 129 hekim (%84.9) evet, 7 hekim (%4.6) hayır ve 16 hekim (%10.5) kararsızım cevabını verdi.

Hekimlere sorulan, ankette 20. soru olan ‘Evlilik öncesi yapılması zorunlu muayene ve testlerin yüzeysel ve evrak tamamlama süreçleri olduğunu düşünüyorum.’

sorusu ile ankette 24. soru olan ‘Evlilik öncesi muayene ve testler bir toplumun daha sağlıklı olmasını sağlayan bir süreç olduğundan zorunlu olmasının gelecek nesiller için faydalı olduğunu düşünüyorum.’ sorusu arasında yapılan karşılaştırmada 20. soruya evet cevabını veren 29 hekimden 20’sinin (%69) 24. soruya da evet cevabı verdikleri, 3’ünün (%10.3) 24. soruya hayır cevabı verdikleri ve 6’sının (%20.7) kararsızım cevabı verdikleri saptandı. 24. soruya evet diyen 129 hekimin 20’sinin (%15.5) 20. soruya da evet dedikleri, 98’inin (%76) 20.soruya hayır cevabı verdikleri ve 11’inin (%8.5) 20. soruya kararsızım cevabı verdikleri saptandı.

Tablo 4.13: Anket 20. ve 24. soruların cevaplarının karşılaştırılması

		Soru 24			
		Evet	Hayır	Kararsızım	TOPLAM
Soru 20	Evet	20	3	6	29
	Hayır	98	3	10	111
	Kararsızım	11	1	0	12
	TOPLAM	129	7	16	152

5.TARTIŞMA

Tıbbi açıdan tarama, bir toplumda epidemiyolojik araştırma yapmak için ya da erken tanı ile zamanında etkin tedaviye başlamak için, hızlı sonuç veren tetkik ve muayenelerle belirli bir hastalığın fark edilerek tanı konulması sürecidir (167).

Evlilik öncesi tarama, evlilik öncesi yapılan genel sağlık muayenesini ve evlilik öncesi kişilere sunulan danışmanlık hizmetlerini içermektedir (168). Türkiye İstatistik Kurumu'nun son açıklanan verileri olan 2016 yılı verilerine göre, 2016 yılında Türkiye'de evlenen çift sayısı 594 bin 493'tür (169). Bu da ülkemizde her yıl 1 milyondan fazla bireyin evlilik öncesi sağlık muayenesi için başvurduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda aile hekimlerinin evlilik öncesi muayene ve testlere bakışı sorgulandı. Araştırmamız kesitsel, tanımlayıcı bir çalışma olarak planlandı ve Malatya ilinde görev yapan toplam 152 hekim ile yürütüldü.

Anket çalışması şeklinde yürütülen araştırmamızda hekimlere 'Evlilik öncesi size başvuruda bulunan bir çiftten hangi tetkikleri istiyorsunuz?' sorusu soruldu ve cevap olarak tarafımızca daha önce belirlenmiş olan VDRL, hepatit paneli, Anti-HIV, PPD, akciğer grafisi, tam kan sayımı (hemogram), hemoglobin elektroforezi ve kan grubu seçenekleri içinden başvuruda istedikleri tetkikleri işaretlemeleri istendi. Aile hekimleri tarafından en çok istenen ilk üç tetkik hepatit paneli, Anti-HIV ve VDRL tetkikleri olarak belirlendi.

152 aile hekiminin tamamı (%100) hepatit paneli istemi yaptıklarını, 151'i (%99.3) Anti-HIV istemi yaptıklarını ve 139'u (%91.4) VDRL istemi yaptıklarını belirttiler. Hekimlerin en çok istedikleri bu üç tetkikten sadece VDRL yasal olarak evliliğe engel bir hastalık olan sifilisi saptamaya yöneliktir. Hepatit B, hepatit C ve AIDS, uygulamada olan yasalara göre evlenmeye engel teşkil etmemektedir. Buna rağmen aile hekimlerinin evliliğe engel hastalıkları belirlemeye yönelik tetkiklerden daha fazla bu hastalıklar için tetkik istedikleri saptandı. Bunun sebebi olarak, mevzuatta evliliğe engel kabul edilen enfeksiyöz hastalıklar olan sifilis, gonore, şankroid, lepra ve tüberküloz hastalıklarının kesin tedavisinin günümüzde mevcut olması düşünülebilir.

HIV veya hepatit pozitifliği olan hastalara evlenebilir raporu vermenin aile hekimleri açısından yasal ve etik olarak daha büyük bir sorumluluğu olduğu söylenebilir. Ayrıca hepatit B, hepatit C ve AIDS'in seyrinde mortalite ve morbidite sık

görüldüğü için aile hekimleri, evlilik sonrası gerçekleşecek muhtemel bir gebelik sonucunda mevcut risklerin gelecek nesilleri tedavi edilebilir enfeksiyöz hastalıklara kıyasla daha çok etkileyebileceğini düşünerek bu tetkikleri daha önemli olarak değerlendirmektedir.

Aile hekimlerine sorulan 'Mevcut tetkiklerin dışında hangi tetkiklerin yapılmasını istersiniz?' sorusuna en çok verilen cevaplar hemoglobin elektroforezi, ayrıntılı psikiyatrik değerlendirme, akciğer grafisi ve PPD oldu. 152 aile hekiminin 18'i (%11.8) hemoglobin elektroforezinin, 9'u (%6) ayrıntılı psikiyatrik değerlendirmenin, 7'si (%4.6) akciğer grafisinin ve 7'si (%4.6) PPD'nin rutin uygulamaya dahil edilmesini istedi. Rutin uygulamaya dahil edilmesi en çok istenen tetkik hemoglobin elektroforezi idi. Tanısı için hemoglobin elektroforezine başvurulan hastalıklar olan, talasemi ve orak hücreli anemi yurtdışında yapılan çalışmalarda dünyanın belirli bölgelerinde yaygın olarak görülen, önemli derecede morbidite ve mortalite sebebi olan, toplum üzerinde ağır ekonomik yük oluşturan hastalıklar olarak tanımlanmış ve evlilik öncesi taramanın bu hastalıklar için gerekli olduğu vurgulanmıştır (151).

Rutin uygulamaya dahil edilmesi en çok istenen tetkikin hemoglobin elektroforezi olmasının nedenlerinden biri, ülkemizde de özellikle belirli coğrafi bölgelerde hemoglobinopatilerle sık karşılaşılıyor olmasıdır (101). 134 aile hekimi (%88.2) ise hemoglobin elektroforezini gerekli görmemiştir. Bunun önemli bir nedeninin Malatya ilinin hemoglobinopati taşıyıcılığının sık görüldüğü bölgeler arasında yer almıyor olması olabileceği düşünüldü.

Cinsiyetin rutin uygulamada istenen tetkikler üzerine bir etkisinin olup olmadığını değerlendirmek için cinsiyet ile VDRL, Anti-HIV, PPD, akciğer grafisi, tam kan sayımı (hemogram), hemoglobin elektroforezi ve kan grubu tetkikleri arasında yapılan karşılaştırmada (her tetkik ayrı ayrı karşılaştırılmıştır) cinsiyet ile hemoglobin elektroforezi arasında anlamlılık saptandı. Kadın aile hekimlerinin hemoglobin elektroforezi isteme oranı, erkek aile hekimlerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Bunun sebebinin kadın cinsiyeti gereği, daha çok ayrıntıya girilmiş olabileceği düşünüldü.

'Hekimin anamnez ve fizik muayeneyi yeterli bulduğu takdirde, dıştan açıkça görülen muayene bulgusu yoksa hiçbir tetkik yapmaksızın rapor düzenleyebileceğini biliyor musunuz?' sorusuna evet diyen 87 aile hekiminin 43'ü (%49.4) yani yaklaşık

olarak yarısı ‘İleri incelemeye gerek görmediğiniz durumlarda tetkik istemeden rapor düzenliyor musunuz?’ sorusuna hayır cevabını verdi. Ayrıca ‘İleri incelemeye gerek görmediğiniz durumlarda tetkik istemeden rapor düzenliyor musunuz?’ sorusuna toplamda 152 aile hekiminin 99’u (%65.1) hayır cevabını verdi. Bu oranlar aile hekimlerinin çoğunlukla anamnez ve fizik muayeneyi yeterli görmeyerek evlilik öncesi yapılan değerlendirmelerde tetkik istediklerini göstermektedir.

‘Hiçbir tetkik istemeden rapor düzenlenmesini uygun buluyor musunuz?’ sorusuna 152 aile hekiminin 122’si (%80.3) hayır cevabını verdi. Bu sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde yasal olarak böyle bir yetkileri olmasına rağmen aile hekimlerinin çoğu, herhangi bir muayene bulgusu ya da şüphe olmasa bile başvuran çiftlerin tetkik sonuçlarını görmeden rapor düzenlemeyi uygun bulmamakta ve bu konudaki uygulamalarını buna göre düzenlemektedirler. Bu verilere bakarak aile hekimlerinin evlilik öncesi muayene ve testlere önem verdiklerini, başvuran çiftlerin ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesi ve en küçük bir olumsuz ihtimalin gözden kaçırılmaması için yapılması gerekenleri hassasiyetle yerine getirmek istediklerini söyleyebiliriz.

‘Tetkik isteneceği durumlarda, tetkikleri istemeden önce çiftlerden onay alınması gerektiğini biliyor musunuz?’ sorusuna evet cevabını veren 105 aile hekiminin 93’ü (%88.6) ‘Tetkik istemeden önce çiftlerin onayını alıyor musunuz?’ sorusuna da evet demiştir. Bu durum, aile hekimlerinin bilgi sahibi oldukları yasal mevzuata dair doğruları uygulama noktasında yüksek bir oranda hassasiyet gösterdiklerini ifade etmektedir.

Ayrıca ‘Tetkik istemeden önce çiftlerin onayını alıyor musunuz?’ sorusuna toplamda 152 aile hekiminin 108’i (%71.1) evet, 41’i (%27) hayır cevabını verdi. Yani aile hekimlerinin %27’si evlilik öncesi işlemler için çiftlerden onay almamaktadır. Evlilik öncesi muayenelerde kişilerin onayı konusu değerlendirilirken durumu tıp etiğinin ilkelerine göre ele almak hekimlere yol gösterici olacaktır. Tıp etiğinin başlıca ilkeleri yarar sağlama, zarar vermeme, özerklik ve kaynakların etkin kullanılması (adalet) ilkeleridir. Ayrıca aydınlatılmış onam, sır saklama, mahremiyete saygı gösterme, doğruluk gibi kavramları da göz ardı etmemek gerekir (170).

Tıp etiğinin başlıca ilkelerinden olan özerklik ilkesi hastaların haklarına saygı göstermek ve tıbbi bakım ile ilgili kararlara onların katılımını sağlamak olarak tanımlanmaktadır. Bu ilkeyle yakın ilişkili olan aydınlatılmış onam gereği kişinin tıbben

verilecek bir karara katılabilmesi için tıbbi bilgilerin anlaşılır, yeterli ve uygun bir şekilde kişiye anlatılması gerekmektedir (171). Evlilik öncesi muayenelerde başvuran bireylere yapılması planlanan işlemlerin ayrıntılı bir şekilde anlatılması ve onaylarının alınması tıp etiği açısından uygun olacaktır.

'Türkiye'de farklı illerde hatta aynı il içerisinde yaptırılan bu zorunlu testlerin birbirinden farklı olabildiğini biliyor musunuz?' sorusuna 92 aile hekimi (%60.5) evet, 50 aile hekimi (%32.9) hayır ve 10 aile hekimi (%6.6) kararsızım cevabını verdi. Farklı bölgelerde, farklı illerde, hatta aynı il içerisinde evlilik öncesi muayene için gelen bir çiftin değerlendirilmesinde farklı yaklaşımlar sergilenmektedir. Hatta aynı yerde muayeneye gelemeyen, farklı illerde evlilik öncesi sağlık raporu talebinde bulunan bir çift iki farklı uygulama ile karşılaşabilmektedir. Örneğin Ankara Çankaya Belediyesi, internet sitesinde evlilik öncesi başvurularda kan grubu, hepatit B-C, AIDS ve sifilis için tetkik istediklerini belirtmiştir (172). İstanbul Sarıyer Belediyesi'nin internet sitesinde 'Bu rapor için bazı bulaşıcı hastalıklara dair tetkikler ve akciğer filmi çekilmesi zorunludur.' ifadesi yer almaktadır (173). Mersin Silifke Belediyesi ise erkek için raporda hemoglobinopati taraması istemektedir (174).

Hekimlere sorduğumuz 'Belediyelerin evlilik için çiftlerden istedikleri rutin tetkikler dışında tetkik istiyor musunuz?' sorusuna 41 aile hekimi (%27) evet, 99 aile hekimi (%65.1) hayır ve 12 aile hekimi (%7.9) kararsızım cevabını verdi. Bu cevaplar uygulamadaki farklılıklara kanıt olacak niteliktedir. Evlilik için başvuran kişilere sağlık raporlarını verme yetkisi 25.01.2013 tarih ve 28539 sayılı resmi gazetede yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 4L bendinde ifade edildiği üzere aile hekimlerine verilmiştir (175) fakat, bunun nasıl yapılacağı hakkında yeni bir düzenleme yoktur (2). Dolayısıyla yönetmelikteki bu boşluk farklı uygulamaların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Standart bir uygulamanın gerçekleşebilmesi için ise mevzuatta karışıklıkları ortadan kaldıracak, net ve herkes tarafından aynı şekilde uygulanabilir değişikliklere ihtiyaç olduğu görülmektedir.

'Evlilik için rapor verirken yapmış olduğunuz psikiyatrik değerlendirmenin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?' sorusuna 28 aile hekimi (%18.4) evet, 107 aile hekimi (%70.4) hayır ve 17 aile hekimi (%11.2) kararsızım cevabını verdi. Yani aile hekimlerinin sadece %18.4'ü evlilik öncesi yapılan psikiyatrik değerlendirmeyi yeterli gördüğünü ifade etti. Psikiyatrik değerlendirmenin yetersiz olduğunu düşünen aile

hekimleri ile bu konuda kararsız olduğunu ifade eden aile hekimlerinin toplam oranı %81.6'dır.

Ayrıca 'Mevcut tetkiklerin dışında hangi tetkiklerin yapılmasını istersiniz?' sorusuna hekimlerin %6'sı ayrıntılı psikiyatrik değerlendirme cevabını verdi. TMK'nın 133. maddesinde yer alan "Akıl hastaları, evlenmelerinde tıbbî sakınca bulunmadığı resmî sağlık kurulu raporuyla anlaşılmadıkça evlenemezler." ifadesi hekim tarafından yapılacak olan evlilik öncesi psikiyatrik değerlendirmenin önemini gözler önüne sermektedir (3). Çalışmamızda saptanan %81.6 gibi oldukça yüksek olan bu oran aile hekimlerinin bu konuda yeni düzenlemelere ihtiyaç duyduğunu açıkça göstermektedir.

'Evlilik öncesi muayene ve testler sonucu kesin tanı koyamadığınız, kararsız kaldığınız durumlarda hastayı sevk ederek diğer bölümlerin hekimlerinden konsültasyon istiyor musunuz?' sorusuna 118 aile hekimi (%77.6) evet, 26 aile hekimi (%17.1) hayır ve 8 aile hekimi (%5.3) kararsızım cevabını verdi. Sağlık Bakanlığı tarafından 2013 yılında yayımlanan 'Evlilik Öncesi Muayene ve Danışmanlık Rehberi'nde aile hekiminin yaptığı fizik muayene ve varsa tetkik sonuçları ile tanı koymada yetersiz kaldığı durumlarda, uygun görmesi halinde gerekli gördüğü uzman hekimden konsültasyon isteyebileceği belirtilmiştir (22). Çalışmamızda da aile hekimlerinin büyük bir kısmının böyle bir durumda kişileri ihtiyaç duyulan hekime yönlendireceklerini belirttikleri görüldü.

'Çiftlerden biri muayene edilirken ve değerlendirilirken, diğerinin aynı odada bulunması sizce uygun mudur?' sorusuna 23 aile hekimi (%15.1) evet, 118 aile hekimi (%77.6) hayır ve 11 aile hekimi (%7.2) kararsızım cevabını verdi. Yani aile hekimlerinin %15.1'i hasta mahremiyeti konusunda daha rahat bir yaklaşım sergiledi. Evet cevabı veren aile hekimlerinin bu noktada etik bir ikilem içerisinde bulunarak bu cevabı vermiş olabilecekleri düşünüldü. Aile hekimleri, yeni bir yaşama birlikte adım atacak olan eş adaylarının herhangi bir sağlık problemleri varsa, karşılıklı bilgilendirilmeleri gerektiğini düşünerek değerlendirme esnasında bir arada olmalarını uygun görmüş olabilirler. Etik ikilemlerin yaşandığı böyle durumlarda etik ilkelerin göz önünde bulundurulması ve buna göre bir sonuca varılması hem hekimler için hem de sağlık hizmeti sunulan kişiler için olumlu olacaktır.

'Çiftlerden birinde zührevi hastalık tespit edildiğinde bu durum sizce hasta olan eşin rızası aranmaksızın diğer eşe söylenmeli midir?' sorusuna 64 aile hekimi (%42.1)

evet, 67 aile hekimi (%44.1) hayır ve 21 aile hekimi (%13.8) kararsızım cevabını verdi. Burada aile hekimleri mahremiyetin ve tıbbi gizliliğin sınırlarını zorlayarak ya da sınırlayarak zührevi hastalık konusunda ikinci bir insanı ilgilendirebilecek sağlık problemini, oldukça yüksek bir oranda (%42.1) açıklama yolunu tercih etmiştir. Belki %44.1 oranında hayır cevabını veren aile hekimi de eş adayının rızasıyla birlikte bu bilgilendirmeyi yapmayı düşünmüş olabilir.

Anayasanın 20. maddesinde 'Herkes, özel hayatına ve aile hayatına saygı gösterilmesini isteme hakkına sahiptir. Özel hayatın ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz.' ve 'Herkes, kendisiyle ilgili kişisel verilerin korunmasını isteme hakkına sahiptir.' ifadeleri yer almaktadır (176). Bu ifadelerden açıkça anlaşıldığı üzere hekimler, kişilerin rızası olmaksızın diğer eş adayına bilgi veremezler. Örneğin başvuran çiftlerden birinin HIV taşıyıcısı olduğu saptandığında, etik açıdan diğer eş adayının bilgilendirilmesi gerektiği düşünülse de bu yaklaşım Türkiye'deki hukuki düzenlemelerle çelişmektedir. Bizim sorduğumuz soruya verilen yanıtlar aile hekimlerinin bu noktada etik sorumlulukları ile hukuki sorumlulukları arasında kaldıklarını göstermektedir. Ayrıca çoğu bildirimi zorunlu olan bu hastalıkların saptanması durumunda eş adayına bilgi verilmesi halinde meydana gelecek hak ihlali ile bu hastalıkların Sağlık Bakanlığı'na bildiriminin zorunluluğu arasında yaşanan yasal karmaşa da hekimlerin bu konuda karar vermelerini zorlaştıran sebeplerden biri olabilir (2,177,178).

'Evliliğe engel bir hastalık tespit ettiğiniz bir çiftin hastalığı bilerek evlenmeyi istemelerine rağmen sizin vereceğiniz rapor ile bu evliliğin gerçekleşmemesi sizce etik bir davranış mıdır?' sorusuna 35 aile hekimi (%23) evet, 70 aile hekimi (%46.1) hayır ve 47 aile hekimi (%30.9) kararsızım cevabını verdi. UHK'nın 123. maddesinde; "Frengi, belsoğukluğu ve yumuşak şankr ve cüzzama ve bir marazı akliye müptela olanların evlenmesi memnudur. Bu hastalıklar usulü dairesinde tedavi edilip sirayet tehlikesi geçtiğine veya şifa bulduğuna dair tabip raporu ibraz olunmadıkça musapların nikahları aktolunmaz" ve 124. maddesinde; " İlerlemiş sari vereme musap olanların nikahı altı ay tehir olunur. Bu müddet zarfında salah eseri görülmezse bu müddet altı ay daha temdit edilir. Bu müddet hitamında alakadar tabipler her iki tarafa bu hastalığın tehlikesini ve evlenmenin mazarratını bildirmeğe mecburdur." hükümleri yer almaktadır (4).

Yani UHK'da bahsi geçen bu durumlarda hekim evliliğe izin veren bir rapor düzenleyemez. Aile hekimlerinin bu konudaki görüşlerini almak istediğimiz bu soruya katılımcıların %30.9'u kararsızım cevabını vermiştir. Rutin uygulamaları esnasında böyle bir durumla karşılaşma ihtimalleri fazla olan aile hekimleri için bu oran oldukça yüksektir. Hekimlerin bu konuda bu kadar yüksek oranda kararsızlık yaşıyor olmaları evlilik gibi önemli bir birlikteliğe izin verme ya da vermeme noktasında olmalarındandır. Anayasa'nın 20. maddesindeki yaklaşımla UHK 123. maddenin içeriğinin birbiriyle çelişen bir durumda olmasından dolayı kararsızların oranı artmış olabilir.

'Evlilik öncesi muayenelerin ve testlerin birbirini sevmiş ve hayatlarını birleştirmek isteyen iki insanın mahremiyetine müdahale olarak değerlendiriyorum.' ifadesine 17 aile hekimi (%11.2) evet, 122 aile hekimi (%80.3) hayır ve 13 aile hekimi (%8.6) kararsızım cevabını verdi. 122 aile hekiminin böyle yüksek bir sayıda bu soruya hayır cevabı vermiş olması hekimlerin, sağlıklı birlikteliklerin olabilmesi ve sağlıklı bir toplum için kişisel mahremiyetin sınırlandırılabileceğini düşündüklerini göstermektedir.

'Türkiye'deki mevcut hukuki düzenlemeler bu zorunlu muayene ve testler yerine evlilik öncesi aile hekimlerinin kişilere danışmanlık yapması şeklinde olursa insan haklarına daha uygun olacaktır.' ifadesine 83 aile hekimi (%54.6) evet, 30 aile hekimi (%19.7) hayır ve 39 aile hekimi (%25.7) kararsızım cevabını verdi. Bugüne kadar evlilik öncesi eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin evliliklerin güçlendirilmesinde etkili ve faydalı olduğunu ortaya koyan çalışmalar yapılmıştır. Carroll ve Doherty'nin 2003 yılında ABD Utah Provo'da gerçekleştirdiği bir meta-analitik çalışmada 23 iyi tasarlanmış evlilik öncesi danışmanlık programı incelenmiş ve bu programların kişiler arası ilişkilerde hızlı ve kısa vadeli yararlar üretmek üzerine genellikle etkili olduğu ortaya konmuştur (179).

'Evlilik öncesi yapılması zorunlu muayene ve testlerin yüzeysel ve evrak tamamlama süreçleri olduğunu düşünüyorum.' ifadesine 29 aile hekimi (%19.1) evet, 111 aile hekimi (%73) hayır ve 12 aile hekimi (%7.9) kararsızım cevabını verdi. Yani evlilik öncesi muayene ve testlerin sadece bir prosedür olmadığını düşünen hekimlerin oranı %73 olarak saptandı. 'Evlilik öncesi muayene ve testler bir toplumun daha sağlıklı olmasını sağlayan bir süreç olduğundan zorunlu olmasının gelecek nesiller için faydalı olduğunu düşünüyorum.' ifadesine 129 aile hekimi (%84.9) evet, 7 aile hekimi (%4.6) hayır ve 16 aile hekimi (%10.5) kararsızım cevabını verdi.

Ayrıca ‘Evlilik öncesi yapılması zorunlu muayene ve testlerin yüzeysel ve evrak tamamlama süreçleri olduğunu düşünüyorum.’ ifadesine evet diyen 29 aile hekiminin 20’si (%69) ‘Evlilik öncesi muayene ve testler bir toplumun daha sağlıklı olmasını sağlayan bir süreç olduğundan zorunlu olmasının gelecek nesiller için faydalı olduğunu düşünüyorum.’ ifadesine de evet cevabını verdi. Yani aile hekimlerinin çoğunun evlilik öncesi yapılan bu işlemleri bireylerin ve toplumun sağlığını korumak ve iyileştirmek adına gerekli gördüğü saptandı. Bu işlemlerin yüzeysel ve evrak tamamlama süreçleri olduğunu düşünen hekimlerin %69’u dahi bu sürecin gelecek nesiller için faydalı ve gerekli olduğunu belirtti. Bu da gösteriyor ki aile hekimleri uygulamanın devam etmesi gerektiği fakat, mevcut uygulamada değişiklikler yapılmasının lüzumlu olduğunu düşünmektedir.

6.SONUÇ

Çalışmamız, aile hekimlerinin çoğunun evlilik öncesi muayene ve danışmanlık hizmetlerini hem evlilik ile yeni bir hayata başlayacak çiftler için hem de sağlıklı nesiller için gerekli gördüğünü ve bu sürece önem verdiğini göstermiştir. Anketimize verilen cevaplar aile hekimlerinin bu raporları düzenlerken belli konularda hukuki ve etik problemlerle karşı karşıya kaldıklarını göstermiştir. Özellikle mahremiyet ve tıbbi gizlilik konusu aile hekimlerinin etik ikilem yaşadıkları bir sorun olmuştur. Yasal düzenlemelerin birbiriyle çelişen hükümleri aile hekimlerinin kararsız kalmalarına neden olmuştur. Yapılacak yeni yasal düzenlemelerle aile hekimlerinin bu süreç esnasında karşılaşabilecekleri problemlere daha rahat çözüm bulabilecekleri, bu konudaki etik sorunları daha kolay çözebilecekleri yeni mevzuat hükümleri gerekmektedir.

Evlilik öncesi muayene ve testler evliliğe aday çiftleri ve toplumu sağlıklı kılmak için kişilere sunulan danışmanlık hizmetleridir. Bu süreç hastalıkları taramanın yanı sıra doğru, tarafsız, önyargısız, etik ve yasal kurallara uygun bilgi sağlayarak evliliğe aday çiftleri eğitmelidir. Evliliğe aday çiftlere danışmanlık hizmeti vermek ve onları bilgilendirmek için aile hekimleri tarafından bir fırsat olarak değerlendirilmelidir. Ayrıca hastalık tespit edilen kişilerin tedavisi de sağlanmalıdır. Evlilik öncesi muayene ve testlerin uygulandığı bölgenin kültürel, sosyal, dini ve etnik özellikleri göz önüne alınarak yapılması ve yasal düzenlemelerle standart yaklaşımların olması gerekmektedir.

Evlilik öncesi değerlendirmelerde evliliğe aday çiftlerin evlilikle ilgili konularda yeteri kadar bilgilendirilmesi, en az yapılacak muayene ve testler kadar önem arz etmektedir. Bu nedenle ülkemizde yapılan evlilik öncesi değerlendirmelerde sadece muayene ve testlere ağırlık vermek yerine bulaşıcı hastalıklar, genetik geçişli hastalıklar, cinsel sağlık, üreme sağlığı ve korunma yöntemleri konularını içeren, çiftlerin sosyokültürel durumlarını da göz önünde bulundurarak bireylerin ihtiyaçlarına uygun şekilde aile hekimi tarafından planlanmış bir danışmanlık hizmeti sunumu, çiftlere yarar sağlamak adına çok daha etkili olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Evlilik Öncesi Danışmanlık Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Yayın No:927, Ankara, 2014.

2. Yıldırım EB, Mutlu HH, Sağlam ZA. Aile hekimliği polikliniğine evlilik raporu için başvuran bireylerin değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi* 2015;7(2):99-102.

3. Türk Medeni Kanunu. Kanun No: 4721, Kabul Tarihi: 22 Kasım 2001, T.C. Resmi Gazete, sayı: 24607.

4. Umumi Hıfzısıhha Kanunu. Kanun No: 1593, Kabul Tarihi: 24 Nisan 1930, T.C. Resmi Gazete, sayı: 1489.

5. Canel AN. Evlilik ve Aile Hayatı, 2. Baskı, İstanbul, T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Aile Eğitim Programı, İstanbul, 2012: 17.

6. Evlendirme Yönetmeliği. T.C. Resmi Gazete, 7 Kasım 1985, sayı:18921.

7. Yuvarlak Masa Toplantısı: Evlilik Raporları. STED, İstanbul, 2002; 11 (6): 210-4.

8. Tümer A, Ünal S. HIV/AIDS epidemiyolojisi ve korunma. *Aile ve Toplum* 2001, 1(4).

9. Güven GS. HIV infeksiyonunun klinik özellikleri ve tedavisi. http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/klinik.shtml Erişim Tarihi: 23 Temmuz 2016.

10. Rothman RE, Marco CA, Yang S. Human Immunodeficiency Virus Infection and Acquired Immunodeficiency Syndrome. In: Tintinalli JE, Stapczynski JS, Cline JD, Cydulka RK, Meckler GD (eds). Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide. 7th Edition, *McGraw-Hill*, 2011: 1031-1042.

11. Yolsal N. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar. Neyzi O, Yolsal N (eds). Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Tanı ve Tedavi Rehberi. 3. baskı, İstanbul: İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı 2007;1-15.

12. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2003. Ankara: İz Turizm Matbaacılık Sanayi Ltd. Şti.; 2004. s.112.

13. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı İstatistiksel Verileri. http://www.thsk.gov.tr/component/k2/istatiksel-veriler/bulasici-hastaliklar-daire-baskanligi-istatiksel-veriler.html Erişim Tarihi: 25 Temmuz 2016.

14. Ağaçfidan A. Cinsel yolla bulaşan hastalıklarda laboratuvarda tanı olanakları. *Ankem Dergisi* 2012, 26(Ek 2):195.

15. Masur H. Management of opportunistic infections associated with human immunodeficiency virus infection, pp: 1855-86. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (eds), Principles and Practice of Infectious Diseases. 2010, 7th ed. Churchill Livingstone, Philadelphia.

16. Sterling TR, Chaisson RE. General clinical manifestations of human immunodeficiency virus infection (including acute retroviral syndrome and oral, cutaneous, renal, ocular, metabolic, and cardiac diseases), pp: 1705-25. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (eds), Principles and Practice of Infectious Diseases. 2010, 7th ed. Churchill Livingstone, Philadelphia.

17. Rio CD, Curan J. Epidemiology and prevention of acquired immunodeficiency syndrome and human immunodeficiency virus infection, In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (eds), Principles and Practice of Infectious Diseases. 2010, 7th ed. Churchill Livingstone, Philadelphia, pp: 1635-61.

18. Afacan Y, Menteş TU. AIDS tedavisi. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*. 2007; 3(28): 85-92.

19. Ar MC. HIV enfeksiyonu ve AIDS ile ilişkili maligniteler. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*. 2007; 3(28): 62-7.

20. Serter D. Virüs Riketsia ve Klamidya Hastalıkları 1. Baskı İstanbul: Hepatit virusleri ve viral hepatitler:1997:12:182-195.

21. A.W. Topçu, D. Söyletir; Enfeksiyon hastalıkları ve mikrobiyolojisi: 3. baskı, İstanbul: Hepatit virusları: 2008:147.2:1882-1901.

22. Evlilik Öncesi Muayene ve Danışmanlık Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, Ankara, 2013.

23. Hepatit B Çalışma Grubu, Viral Hepatitle Savaşım Derneği- Rehberler/Makaleler Türkiye Hepatit B Yol Haritası 2009 http://www.vhsd.org/files/file/rehberler/TKADHepatitB.pdf Erişim Tarihi: 30 Aralık 2016

24. Lok AS, McMahon BJ. Corrections to AASLD guidelines on chronic hepatitis B. Hepatology 2009;50: 661-2.

25. Lai CL, Ratziu V, Yuen MF, Poynard T. Viral hepatitis B.Lancet 2003; 362: 2089-2094.

26. Curry MP, Chopra S. Acute Viral Hepatitis. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, (eds). Principles and Practice of Infectious Diseases. 6 ed. Philadelphia: Churchill Livingstone. 2005: 1426-1441.

27. Robinson WS. Hepatitis B virus and Hepatitis D virus, Priciples and Practice of Infection Diseases (4.th Edition) Chuchill-Livingstone 1995: 1406-1435.

28. Anand AC, Nightingale P, Neuberger JM. Early indicators of prognosis in fulminant hepatic failure: an assessment of the King's criteria. J Hepatol 1997;26: 62-8.

29. Emond JC, Aran PP, Whitington PF, Broelsch CE, Baker AL. Liver transplantation in the management of fulminant hepatic failure. Gastroenterology 1989;96:1583-1588.

30. Badur S. Hepatit B virusu (HBV)- viroloji ve serolojik tanı. Kılıçturgay K (ed). Viral Hepatit 94. 1. Baskı. İstanbul: Viral Hepatitle Savaşım Derneği, 1994;76-77.

31. Hyams KC. Risks of chronicity following acute hepatitis B virus infection: a review. Clincial İnfection Diseases 1995; 20: 992-1000.

32. Taşyaran MA. Hepatit B virüs enfeksiyonunda klinik. Tabak F, Balık İ, Tekeli E (eds). Viral Hepatit 2007. 1. Baskı, İstanbul, 2007: 118-122.

33. Türk Karaciğer Araştırmaları Derneği, Viral Hepatitle Savaşım Derneği, Hepato Bilio Pankreatoloji Derneği. Türkiye Kronik Viral Hepatit Tanı ve Tedavi Rehberi, İstanbul, 2015.

34. Darling JM, Lemon SM, Fried MW. Hepatitis C. In Schiff ER, Maddrey WC, Sorrell MF, Editors. Schiff's Diseases of the Liver. 17th ed.Wiley-Blackwell 2012;582-634.

35. Dusheiko G. Hepatitis C. In Dooley JS, Lok ASF, Borroughs AK, Heathcote EJ Editors. Sherlock's Diseases of the Liver and Biliary System. 12th ed. Wiley-Blackwell 2011;406-24.

36. Shepard CW, Finelli L, Alter MJ. Global epidemiology of hepatitis C virus infection. *Lancet Infect Dis.* 2005; 5(9): 558-67.

37. Hepatitis C –global prevalence (update). *Wkly Epidemiol Rec.* 2000; 75(3): 18-9.

38. Akarca U, Balık İ, Örmeci N, Tabak F. Hepatit C Enfeksiyonunda Tanı ve Tedavi. *Viral Hepatit Dergisi* 2011; 17: 117-26.

39. Akhan S. Hepatit C virusu. Willke Topçu A, Söyletir G, Doğanay M (eds). *Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi.* 3.baskı. Nobel Tıp Kitabevleri Yayını, İstanbul, 2008: 1911-29.

40. Ömerci N. Hepatit C Virüsü. Tabak F, Tosun S (eds). Viral Hepatit 2013. İstanbul Tıp Kitapevi 2013;319-29.

41. Chen SL, Morgan TR. The natural history of hepatitis C virus (HCV) infection. *Int J Med Sci*, 2006: 3(2):47-52.

42. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: management of hepatitis C virus infection. *J Hepatol.* 2011;55(2):245-64.

43. Ustaçelebi Ş, Mutlu G, İmir T, Cengiz AT, Tümbay E, Mete Ö. Temel ve Klinik Mikrobiyoloji, Treponemalar, konu 31. Ankara: Güneş Kitabevi; 1999. 681-91.

44. Radcliff K, editor. European STD Guidelines. Int. J.of STD&AIDS. 2001;12,3.

45. Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006- 2015. WHO; 2007. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43853/1/9789241563475_eng.pdf Erişim Tarihi: 30 Aralık 2016.

46. Global Prevalence and Incidence of Selected Curable Sexually Transmitted Infections Overwiew and Estimates, Dept. of Communicable Disease Surveillance and Response WHO, Geneva: 2001. p.22.

47. Lautenschlager S. Diagnosis of syphilis: clinical and laboratory problems. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2006;4:1058-1075.

48. French P. Syphilis. *BMJ* 2007;334:143-147.

49. LaFond RE, Lukehart SA. Biological basis for syphilis. *Clin Microbiol Rev*. 2006;1:29-49.

50. Wheeler HL, Agarwal S, Goh BT. Dark ground microscopy and treponemal tests in the diagnosis of early syphilis. Sex Transm Infect 2004; 80:411-4.

51. Ünal S, Zarakolu P. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar. Topçu Willke A, Söyletir G, Doğanay M (eds). İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi 1. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 2002;1111-29.

52. Smith P.R. Seksüel Geçişli Enfeksiyonlar. In. Erenus M, Yoldemir T (çev eds). Netter Obstetri, Jinekoloji ve Kadın Sağlığı. 1st. edition. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi; 2008. 504-33.

53. T.C. Sağlık Bakanlığı, Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuar Rehberi-2004, Standart Tanı ve Sürveyans Rehberi, Gonore. Ankara, 2004.

54. Taşkın, L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 6. Basım Ankara. Sistem Ofset Matbaacılık (2007).

55. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar.
http://yeniweb.mersin.edu.tr/uploads/300/files/Sifilizt.doc Erişim Tarihi: 03 Eylül 2016.

56. Türk Dermatoloji Derneği Veneroloji Çalışma Grubu Gonore (Bel Soğukluğu) Hasta Bilgilendirme Broşürü http://turkdermatoloji.org.tr/media/files/file/GONORE.pdf Erişim Tarihi: 26 Eylül 2016.

57. Sherrard J, Barlow D. Gonorrhoea in Men: Clinical and Diagnostic Aspects. Genitourin Med 1996; 72:422.

58. Sparling PF, Handsfield HH. Neisseria Gonorrhae. In: Mandell GL. Bennett JE, Dolin R (eds). Principles and Practice of Infectious Disease. 5th edition. New York: Churchill Livingstone; 2000. 22-42.

59. Ağaçfidan A, Anğ Ö. Cinsel Temasla Bulaşan Hastalıklar (CTBH), Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Yayın No: 35, İstanbul, 1999: 175-93.

60. Kaya C, Yılmazer M, Şatıroğlu H. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarda Güncel Yaklaşımlar: Derleme Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetri Dergisi 2001;11:1-14

61. Ernst JD: Goldman's Cecil Medicine, 24th Edition, Chapter: 334, Page: 1950, 2011.

62. Cohen J, Opal SM and Powderly WG.: Infectious Diseases, Third Edition, Chapter: 103, Page: 1099-1105, London, 2010.

63. Kliegman RM, Stanton BF, Geme JW. St, Schor NF and Behrman RE: Nelson Textbook of Pediatrics, Nineteenth Edition, Chapter: 208, Page: 1011-1011e5, Philadelphia, 2011.

64. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R: Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, Seventh Edition, Chapter: 251, Page: 3165-76, 2010.

65. T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Lepra Basın Bülteni.
http://www.akeah.gov.tr/dosyalar/201302255533_lepra%20bas%FDn%20bulteni.pdf, Erişim Tarihi: 27 Eylül 2016.

66. Ridley DS, Jopling WH. (1964) Classification of leprosy according to immunity: A five group system. International Journal Leprosy, 34: 255-8.

67. James WD, Berger TG, Elston DM: Andrew's Diseases of the Skin Clinical Dermatology, Eleventh Edition, Philadelphia, Chapter: 17, Page: 334-44, 2011.

68. İlhan NF. Lepramatöz Lepralı Hastalarda NKT Hücrelerinin Flow Sitometrik Yöntemlerle Gösterilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İmmünoloji Anabilim Dalı. Doktora tezi, Elazığ: Fırat Üniversitesi, 2004.

69. Ed. Tekeli E (2003). İnfeksiyon Hastalıkları El Kitabı. Bilimsel Tıp Yayınevi. Ankara. Sayfa: 184-6.

70. Gelber RH. Leprosy (Hansen's Disease) İnfectious Diseases. In: Hoeprich PD, Jordan MC (eds). Philadelphia, 4th edition, 1989, 2243-50.

71. Kıyan M. Mycobacteriaceae. Ustaçelebi Ş (ed). Temel ve Klinik Mikrobiyoloji. Güneş Kitabevi. Ankara, 1999, Sayfa: 420-54.

72. Lockwood DN, Lambert S. Hunter's Tropical Medicine and Emerging Infectious Disease: Leprosy, Chapter 57. Page 519-524, 2012.

73. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Lepra (Hansen Hastalığı) Teşhis ve Tedavi Yönetmeliği, Yayın No. 506, 1983.

74. Kocabaş A. Akciğer Tüberkülozu. Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M, Kocabaş A (eds). İnfeksiyon Hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 1996; 396-443.

75. Diagnostic Standarts and Classification of Tuberculosis in Adults and Children. The American Thoracic Society (ATS) and Centers For Disease Control and Prevention (CDC). Respir Crit Care Med 2000; 161: 1376-95).

76. Raviglione MC, O'Brien RJ. Tüberküloz. Harrison İç Hastalıkları Prensipleri. In: Braunwald, Fauci, Kasper, Hauser, Longo, Jameson (eds). Çeviri: Kocabaş A, Kuleci S. Nobel Tıp Kitabevleri. Ankara 2004: 15.baskı. 1. cilt s:1024-36.

77. Yalçın I. Tüberküloz In: Neyzi O, Ertuğrul T edit. Pediatri 3.baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2002: 523-32.

78. Adler JJ, Rose DN. Transmission and pathogenesis of tuberculosis. Boston: Little, Brown and Company; 1996: 129-40.

79. Özkara Ş, Aktaş Z, Özkan S, Ecevit H. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Daire Başkanlığı. Türkiye'de Tüberkülozun Kontrolü İçin Başvuru Kitabı. Ankara, 2003.

80. Kocabaş A. Günümüzde Tüberküloz Sorunu. Kocabaş A (ed). Tüberküloz Kliniği ve Kontrolü'nde. Çukurova Üniversitesi Basımevi, Adana, 1991; 3-32.

81. WHO. Global Tuberculosis Report 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809_eng.pdf?ua=1 Erişim Tarihi:26 Şubat 2017.

82. WHO. Tuberculosis country profiles- Turkey 2014. https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=TR&LAN=EN&outtype=pdf Erişim Tarihi: 26 Şubat 2017.

83. Cardona PJ, Manzano JR. On the nature of Mycobacterium tuberculosis latent bacilli. *Eur Respir J* 2004; 24:1044-51.

84. WHO. TB/HIV. A clinical manual, 2004. World Health Organization, Geneva. WHO/TB/2004.

85. Erişkin ve Çocukta Tüberküloz Sempozyumu. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri 30 Nisan 1999, İstanbul, s. 15-20.

86. Vynnycky E, Fine PE. The natural history of tuberculosis: the implication of age-dependent risks of disease and the role of reinfection. *Epidemiol Infect.* 1997;119:183-201.

87. Van Rie A, Warren R, Richardson M, et al. Exogenous reinfection as a cause of recurrent tuberculosis after curative treatment. *N Engl J Med* 1999; 341:1174-79.

88. Okutan O, Kartaloğlu Z, Cerrahoğlu K ve ark. Time to beginning therapy and affecting factors in Turkish soldiers with pulmonary tüberculosis. An analysis of a Turkish military Chest Diseases Hospital. *The İnternet Journal of Pulmonary medicine* 2001; 2: 1-6.

89. Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberi, Tüberküloz. T.C.Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara, 2005; 74-6.

90. Evlendirme Memurluğu. http://www.gursu.bel.tr/evlendirme-memurlugu.html Erişim Tarihi:09 Ağustos 2016.

91. Kalıtsal Hastalıklarla Mücadele Kanunu. T.C. Resmî Gazete, 30 Aralık 1993, sayı: 21804

92. Saha D, Patgaonkar M, Shroff A, Ayyar K, Bashir T, Reddy KV. Hemoglobin expression in nonerythroid cells: novel or ubiquitous? International journal of inflammation 2014;2014:803237.

93. Ho PJ, Thein SL. Gene regulation and deregulation: a β globin perspective. *Blood Rev* 2000; 14:78-93.

94. Vergin C. Anormal Hemoglobinler. 5. Uluslararası Talasemi Yazokulu Kurs Kitabı. Antalya-Türkiye, 20-24 Ekim 2008: 47-54.

95. Weatherall DJ, Clegg JB, Higgs DR, Wood WG. *The Metabolic and Molecular Bases of İnherited Disease*, 8th Ed . USA: International Edition, 2001.

96. Murray RK, Granner DK, MayesPA, RadwellVW. *Harper's Biochemistry*. 21th Ed. London: Long Medical Book, 1988.

97. Polat G. Alfa Talasemili Bir Ailenin Mutasyon Tiplerinin Moleküler Düzeyde İncelenmesi. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, 1995.

98. Seydel SG. Hemoglobinopatilerin Mikroarray Yöntemiyle Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, 2007.

99. Sumera A, Radhakrishnan A, Baba AA, George E. Review: Beta-thalassemia and molecular chaperones. *Blood cells, molecules & diseases.* Volume 54, Issue 4, Pages 348-52. April 2015.

100. Karr MA, Mira M, Alperstein G, Labib S, Webster BH, Lammi AT, Beal P. Iron deficiency in Australian-born children of Arabic background in central Sydney. *The Medical journal of Australia* 2001;174(4):165-8.

101. Yüreğir GT, Donma O, Dikmen N, İspir T, Çınar M. Population studies of hemoglobin S and other variants in Çukurova. The southern part of Turkey. *Acta Haemotol* 1987; 50:757-765.

102. Burtis CA, Ashwood ER, Bruns DE. Tietz textbook of clinical chemistry and molecular diagnostics. Missouri: Elsevier, 2006.

103. Thein SL. Genetic modifiers of beta-thalassemia. Haematologica 2005;90(5):649-60.

104. Gardenghi S, Marongiu MF, Ramos P, Guy E, Breda L, Chadburn A, Liu Y, Amariglio N, Rechavi G, Rachmilewitz EA, Breuer W, Cabantchik ZI, Wrighting DM, Andrews NC, de Sousa M, Giardina PJ, Grady RW, Rivella S. Ineffective erythropoiesis in beta-thalassemia is characterized by increased iron absorption mediated by down-regulation of hepcidin and up-regulation of ferroportin. Blood 2007;109(11):5027-35.

105. Türk Hematoloji Derneği**.** Beta Talasemi Tanı ve Tedavi Kılavuzu, Ulusal Tedavi Kılavuzu. 2011.

106. Çürük MA, Genç A, Hüseynova P, Zeren F, Aksoy K. Çukurova'da alfa talasemi genotipleri ve Hb H hastalığı. *Türk Klin J Pediatr Sci,* 2007; 3(10):17-23.

107. Yüreğir GT, Aksoy K, Dikmen N. Alfa talasemi taramasında tek tüp osmotik frajilitenin yeri. *Doğa Tr J Med Sci,* 1990; 14: 374-80.

108. Liebhaber SA. Alpha thalassemia. *Hemoglobin*, 1989; 13:685-731.

109. Lin CK, Yang ML, Jiang ML, Chien CC, Lin HH, Peng HW. Comparison of two screening methods, modified Hb H preparation and the osmotic fragility test, for alpha-thalassemic traits on the basis of gene mapping. *J Clin Lab Anal* 1991; 5:392-5.

110. Higgs DR, Vickers MA, Wilkie AO, Pretorius IM, Jarman AP, Weatherall DJ. A review of the molecular genetics of the human alpha-globin gene cluster. *Blood* 1989; 73:1081-1104.

111. Canatan D. Orak Hücre Anemisi. XXX. Ulusal Hematoloji Kongresi, 7. Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu. İstanbul-Türkiye, 2003: 93-9.

112. World Health Organisation. WHO Guidelines for control hemoglobin disorders. Control of hereditary diseases. WHO. Geneva, WHO/HDP/GL 1996; 94.1.

113. Dover GJ. Platt OS. Sickle cell disease In: Nathan DG. Orkin SH, Ginsburg D. Look TA (eds). Hematology of infancy and childhood. 6th ed. Philadelphia, WB Saunders Company, 2003:790-841

114. Aster CJ. Red cell and bleeding disorders. In: Kumar V, Fausto N, Abbas A. (eds) Robbins and Cotran Pathologic basis of Disease. 7th ed, Elsevier Academic Pres, 2005:628-32.

115. Bunn HF. Pathogenesis and treatment of sickle cell disease. New Eng J Med 1997; 337; 762-9.

116. Lukens JN. Hemoglobinopathies S, C, D, E and O and associated diseases. In: Lee GR Bithel TC, Foerster J (eds). Wintrobe's Clinical Hematology. 9th ed. Philadelphia: Lea and Febiger; 1993: 1061-1101.

117. Tahiroğlu M. Hatay-Samandağ Yöresindeki Liselerde Hemoglobinopati Tiplendirilmesi ve Bilgilendirilmesi Çalışması. Tıbbi Biyokimya Ana Bilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2010.

118. Arcasoy A, Canatan D. Dünyada ve Türkiye'de talasemi ve hemoglobinopatiler. Arcasoy A, Canatan D, Köse R, Üstündağ M (eds). Hemoglobinopati ve Talasemi Önlem-Tanı-Tedavi. Ulusal Hemoglobinopati Konseyi-Sağlık Bakanlığı, Antalya 2002;13-7.

119. Canatan D, Köse MR, Üstündağ M, Haznedaroğlu D, Özbaş S. Hemoglobinopathy control program in Turkey. Community Genet 2006; 9: 124-6.

120. Daniels G. The molecular genetics of blood group polymorphism. Hum Genet. 2009 Dec;126(6):729-42.

121. Cartron JP, Colin Y. Structural and functional diversity of blood group antigens. Transfus Clin Biol. 2001 Jun;8(3):163-99.

122. Reid ME, Westhoff CM. Blood group antigens and antibodies. In: Hoffman R, Benz EJ, Shattil SJ, Furie B, Silberstein LE, McGlave P, Heslop H (eds). Hematology: Basic Principles and Practice. 5th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, an imprint of Elsevier; p. 2163-77.

123. Castro O, Sandler SG, Houston-Yu P, Rana S. Predicting the effect of transfusing only phenotype-matched rbcs to patients with sickle cell disease: theoretical and practical implications. Transfusion,2002, 42; 684-90.

124. Storry JR. Human blood groups, inheritance and importance in transfusion medicine. *Journal of Infusion Nursing*, 26; 367-72, 2003.

125. Association AP: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC 4th ed; 1994.

126. Hamel BJC: X-linked mental retardation. A clinical and molecular study. October 1999.

127. Öge AE. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, Nöroloji. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2004: 367-415.

128. Harvey RJ, Skelton-Robinson M, Rossor MN: The prevalence and causes of dementia in people under the age of 65 years. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2003; 74: 1206–9.

129. Hofman A, Rocca WA, Brayne C. The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980–1990 findings. Int J Epidemiol 1991; 20: 736–48.

130. Jorm AF, Korten AE, Henderson AS. The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature. Acta Psychiatr Scand 1987; 76: 465–79.

131. Ritchie K, Kildea D. Is senile dementia age-related or ageing-related? Evidence from a meta-analysis of dementia prevalence in the oldest old. Lancet 1995; 346: 931–34.

132. Hebert L, Scherr P, Bienias J, Bennett D, Evans D. Alzheimer disease in the US population: prevalence estimates using the 2000 census. *Arch Neurol* 2003; 60(8): 1119- 22.

133. Fita IG, Enciu AM, Stănoiu BP. New in sights on Alzheimer's disease diagnostic. Rom J Morphol Embryol 2011; 52: 975-9.

134. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM- 5). American Psychiatric Association, Washington, 2013.

135. Ünal B. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklarda Sosyal Çevrenin Relapslar Üzerine Etkisi. Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı. Uzmanlık Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2015.

136. Buchanan RW, Carpenter WT. Comprehensive Textbook of Psychiatry. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds). Aydın H, Bozkurt A, editörler. İkinci Cilt. Şizofreni Kavramı. Güneş Kitabevi, 2007.

137. Angastiniotis M, Modell B. Global epidemiology of hemoglobin disorders. Ann NY Acad Sci 1998; 850: 251– 69.

138. Silvestroni E, Bianco I, Graziani B, Carboni C, D'Arca SU. First premarital screening of thalassaemia carriers in intermediate schools in Latium. J Med Genet 1978;15: 202–7.

139. Neal-Cooper F, Scott RB. Genetic counselling in sickle cell anemia: experiences with couples at risk. Public Health Rep 1988:103: 174–8.

140. Tosun F, Bilgin A, Kizilok A. Five-year evaluation of premarital screening program for hemoglobinopathies in the province of Mersin, Turkey. *Turk J Hematol* 2006;23: 84–9.

141. Naylor EW. Genetic screening and genetic counselling: knowledge, attitudes, and practices in two groups of family planning professionals. Soc Biol Winter 1975; 22: 304–14.

142. Turnock BJ, Kelly CJ. Mandatory Premarital Testing for Human Immunodeficiency Virus. The Illinois Experience. JAMA. 1989; 261:3415–3418. [PubMed: 2635877]

143. Open Society Institute. Women and HIV Testing: Policies, Practices, and the impact on Health and Human Rights. http://www.hivpolicy.org/Library/HPP001645.pdf Accessed: 30 December 2016

144. Hesketh T. Getting Married in China: Pass the Medical First. *BMJ*. 2003; 326:277–9. [PubMed: 12560286]

145. Premarital Health Research Team from Ministry of Health of the People's Republic of China: Current status and strategy of premarital health care services. Chin J Reprod Health 2003, 14(2):81–5.

146. Lili S, Yanbin Z, Shiyou C, Lihong S: Analysis on the condition of premarital screening by 26376 examples. Hainan Medicine 2005, 16:161–2.

147. Yuxia C. Condition of premarital screening in Yongchang and the suggestions. Chin Rural Health Serv Admin 2009, 29: 309-10.

148. Fenghua Z: Condition of Chinese premarital screening and suggestions. Legal System and Society 2009, 8: 91–2.

149. Amnesty International. Albania: Disability and the Right to Marry. 2004. Press Release. AI Index: EUR 11/005/2004 (Public). News Service No: 285. 11 November 2004.

150.Premarital AIDS and Hepatitis Tests Become Mandatory. Shalhoub L. Arab News 9 January 2008. http://www.arabnews.com/node/307542. Accessed: 26 February 2017.

151. Alswaidi FM, O'Brien SJ. Premarital screening programmes for haemoglobinopathies, HIV and hepatitis viruses: review and factors affecting their success. *Journal of Medical Screening* 2009;16(1):22–8.

152. El-Hazmi M. Pre-marital examination as a method of prevention from blood genetic disorders Community Views. Saudi *Medical Journal* 2006; 27(9):1291–5.

153. Al-Arrayed SS. Review of the spectrum of genetic diseases in Bahrain. *Eastern Mediterranean Health Journal* 1999:5:1114–20.

154. Samavat A, Modell B. (2004). Iranian national thalassaemia screening programme. *BMJ* 329:1134–7.

155. Hamamya H, Al-Haitb S, Alwanc A, Ajlounia K. Jordan: Communities and community genetics. Commun Genet 2007;10: 52– 60.

156. AlHamdan NA, AlMazrou YY, AlSwaidi FM, Choudary AJ. Premarital screening for thalassemia and sickle cell disease in Saudi Arabia. *Genet Med* 2007; 9: 372–7.

157. Al-Gazali L, Hamamy H, Al-Arrayad S. Genetic disorders in the Arab World. *BMJ* 2006;333: 831– 4.

158. Angastiniotis MA, Hadjiminas MG. Prevention of thalassaemia in Cyprus. Lancet 1981; 1: 369–71.

159. Centres for Diseases Control and Prevention, MMWR. Perspectives in Disease Prevention and Health Promotion Public Health Service Guidelines for Counselling and Antibody Testing to Prevent HIV Infection and AIDS. http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00015088.htm Accessed: 26 February 2017.

160. Chern JP, Lin KH, Lu MY, et al. Beta-thalassemia major births after National Screening Program in Taiwan. Pediatr Blood Canc 2007; 50: 58–61.

161. Khebir BV, Adam MA, Daud AR, Shahrom CM. Premarital HIV screening in Johor (2002–2004). *Med J Malaysia* 2007; 62: 19–22.

162. WHO Secretariat Report. Thalassemia and other hemoglobinopathies. Provisional agenda item 5.2, EB 118(5). Geneva: World Health Organization 2006.

163. Human Rights Watch (HRW). AIDS Conference: Drive for HIV Testing must Respect Rights. HRW; Chicago. IL: 2006. http://hrw.org/english/docs/2006/08/09/canada13944.htm Accessed: 26 February 2017.

164. Alkhaldi SM, . Khatatbeh MM, Berggren VEM, Taha HA. Knowledge and attitudes toward mandatory premarital screening among university students in North Jordan. *Hemoglobin* 2016, 40(2): 118–24.

165. Belhoul KM, Abdulrahman M, Alraei RF. Hemoglobinopathy Carrier Prevalence in The United Arab Emirates: First Analysis of The Dubai Health Authority Premarital Screening Program Results. *Hemoglobin* 2013, 37(4): 359–68.

166. Inati A, Zeineh N, Ismaeel H, et al. Beta-thalassemia: the Lebanese experience. *Clin Lab* 2006; 28: 217–27.

167. Kaya H. Evlilik öncesi tarama testlerinin önemi. Türk Hematoloji Derneği, Hematolog. 2014:4-1,229-36.

168. Abd Al Azeem ST, Elsayed ET, El Sherbiny NA, Ahmed LA. Promotion of knowledge and attitude towards premarital care: an interventional study among medical student in Fayoum University. Journal of Public Health and Epidemiology 2011;3(3):121-8.

169. Türkiye İstatistik Kurumu, Haber Bülteni, Evlenme ve Boşanma İstatistikleri 2016. http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24642 Erişim Tarihi: 27 Nisan 2017.

170. Kadıoğlu S. Etik Etik Dedikleri, III. Koloproktoloji- Stomaterapi Sempozyum Özet Kitabı, 12–14 Nisan. Adana. Adana Ostomi Derneği, Türk Tabipler Birliği, Çukurova Üniversitesi, Cleveland Clinic katkılı yayın. 2007, 86-8.

171. Luce JM. Ethical principles in critical care. JAMA 1990; 263 (5): 696-700.

172. Çankaya Belediyesi, Başvuru için Gerekli Belgeler Nelerdir? http://www.cankaya.bel.tr/pages/360/Basvuru-icin-Gerekli-Belgeler-Nelerdir/ Erişim Tarihi: 23 Ocak 2017.

173. Sarıyer Belediyesi, Evlilik Sağlık Raporu. http://www.sariyer.bel.tr/Mudurluk/16/Duyuru/3153/evlilik-saglik-raporu.aspx Erişim Tarihi: 23 Ocak 2017.

174. Silifke Belediyesi, Evlendirme İşlemleri. http://www.silifke.bel.tr/hizmet/nikah-islemleri.html Erişim Tarihi: 27 Ocak 2017.

175. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Bölüm 2; Md:4 bend:L. T.C. Resmi Gazete, 25 Ocak 2013, Sayı: 28539.

176. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. Kanun No: 2709, Kabul Tarihi: 18 Ekim 1982, T.C. Resmi Gazete, Sayı: 17863 (Mükerrer).

177. Yücel Ö. Evlilik öncesi muayene ve testlerin hukuksal niteliği. *Adli Bilimler Dergisi*, 2009;8(4):37-47.

178. Sağlık Bakanlığı'ndan: Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Hakkında Tebliğ. http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/d7fdcde13eca42a78d4b65bfd30ef590.pdf Erişim Tarihi: 25 Ocak 2017.

179. Carroll JS, Doherty WJ. Evaluation the effectiveness of premarital programs: a meta-analytic review of outcome research. Family Relations, Minneapolis 2003;52(2):105-29.

EK.1. ETİK KURUL KARAR FORMU

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Aile Hekimlerinin Evlilik Öncesi Muayene ve Testlere Bakışı
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2016/128

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	İnönü Üniversitesi Merkez Kampüsü, 44280, Malatya, Türkiye
	TELEFON	+90 422 341 06 60 / 1219
	FAKS	+90 422 341 00 36
	E-POSTA	inu.dhek@inonu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Engin Burak SELÇUK			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	MALATYA			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
		İlaç dışı klinik araştırma	☐		
		Diğer ise belirtiniz			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Saim YOLOĞLU
İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Aile Hekimlerinin Evlilik Öncesi Muayene ve Testlere Bakışı
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2016/128

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐

	Belge Adı		Açıklama
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	SİGORTA	☐	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐	
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	
	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER:	☐	

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:2016/128**	**Tarih:31.05.2017**
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.	
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	**Prof. Dr. Saim YOLOĞLU**	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Saim YOLOĞLU	Biyoistatistik	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E☒	K☐	E☐	H☐	E☐	H☐	
Prof. Dr. Metin GENÇ	Halk Sağlığı	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E☒	K☐	E☐	H☐	E☐	H☐	
Prof. Dr. İbrahim ŞAHİN	İç Hastalıkları	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E☒	K☐	E☐	H☒	E☒	H☐	
Prof. Dr. Sedat YILDIZ	Fizyoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E☒	K☐	E☐	H☐	E☒	H☐	
Prof. Dr. Barış OTLU	Mikrobiyoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E☒	K☐	E☐	H☐	E☐	H☐	
Prof. Dr. Mehmet GÜL	Histoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E☒	K☐	E☐	H☐	E☒	H☐	
Prof. Dr. Cemalettin AYDIN	Genel Cerrahi	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E☒	K☐	E☐	H☐	E☐	H☐	

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Saim YOLOĞLU
İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Aile Hekimlerinin Evlilik Öncesi Muayene ve Testlere Bakışı
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2016/128

Prof. Dr. Hakan HARPUTLUOĞLU	Onkoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Seda TAŞDEMİR	Tıbbi Farmakoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet KARATAŞ	Tıp Tarihi ve Etik	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Sedat AKBAŞ	Anesteziyoloji ve Rea.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Necla DENİZ	Eczacı	Serbest Eczacı	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Abdullah DEMİREL	Hukuk	Serbest Avukat	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Hasan KONAN	Sivil Üye	MSD Ltd. Şti.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Saim YOLOĞLU
İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

EK.2. ANKET FORMU

Evlilik öncesi yapılması zorunlu muayene ve testlere bu işlemleri yapan Aile Hekimlerinin bakışını ortaya çıkarmak amacıyla bu anket düzenlenmiştir. Bu veriler bir araştırma çalışmasında kullanılacaktır. Desteğiniz için teşekkür ederiz.

Demografik Veriler

1. Yaşınız: …….

2. Cinsiyetiniz:
   1) Kadın 2) Erkek

3. Medeni haliniz?
   1) Evli
   2) Bekar

4. Meslekteki çalışma yılınız: ……..

Zorunlu Muayene ve Testlerle İlgili Sorular

5. Evlilik öncesi size başvuruda bulunan bir çiftten hangi tetkikleri istiyorsunuz?

   1) VDRL
   2) Hepatit paneli
   3) Anti-HIV
   4) PPD
   5) Akciğer grafisi
   6) Tam kan sayımı(Hemogram)
   7) Hemoglobin elektroforezi
   8) Kan grubu
   9)Diğer……..

6. Bunların dışında hangi tetkiklerin yapılmasını istersiniz?
   ……

7. Belediyelerin evlilik için çiftlerden istedikleri rutin tetkikler dışında tetkik istiyor musunuz?
   1) Evet 2) Hayır 3)Kararsızım

8. Hekimin anamnez ve fizik muayeneyi yeterli bulduğu takdirde, dıştan açıkça görülen muayene bulgusu yoksa hiçbir tetkik yapmaksızın rapor düzenleyebileceğini biliyor musunuz?
   1) Evet 2) Hayır 3)Kararsızım

9. İleri incelemeye gerek görmediğiniz durumlarda tetkik istemeden rapor düzenliyor musunuz?
   1)Evet 2) Hayır 3)Kararsızım

10. Hiçbir tetkik istemeden rapor düzenlenmesini uygun buluyor musunuz?
   1) Evet 2) Hayır 3)Kararsızım

11. Tetkik isteneceği durumlarda, tetkikleri istemeden önce çiftlerden onay alınması gerektiğini biliyor musunuz?
   1) Evet 2) Hayır 3)Kararsızım

12. Tetkik istemeden önce çiftlerin onayını alıyor musunuz?
   1) Evet 2) Hayır 3)Kararsızım

13. Türkiye'de farklı illerde hatta aynı il içerisinde yaptırılan bu zorunlu testlerin birbirinden farklı olabildiğini biliyor musunuz?
   1) Evet 2) Hayır 3)Kararsızım

14. Evlilik için rapor verirken yapmış olduğunuz psikiyatrik değerlendirmenin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?
   1) Evet 2) Hayır 3)Kararsızım

15. Evlilik öncesi muayene ve testler sonucu kesin tanı koyamadığınız, kararsız kaldığınız durumlarda hastayı sevk ederek diğer bölümlerin hekimlerinden konsültasyon istiyor musunuz?
   1) Evet 2) Hayır 3)Kararsızım

16. Çiftlerden biri muayene edilirken ve değerlendirilirken, diğerinin aynı odada bulunması sizce uygun mudur?
   1)Evet 2))Hayır 3)Kararsızım

17. Çiftlerden birinde zührevi hastalık tespit edildiğinde bu durum sizce hasta olan eşin rızası aranmaksızın diğer eşe söylenmeli midir?
   1)Evet 2)Hayır 3)Kararsızım

18. Evliliğe engel bir hastalık tespit ettiğiniz bir çiftin hastalığı bilerek evlenmeyi istemelerine rağmen sizin vereceğiniz rapor ile bu evliliğin gerçekleşmemesi sizce etik bir davranış mıdır?
    1) Evet 2) Hayır 3)Kararsızım

19. Evlilik öncesi muayenelerin ve testlerin birbirini sevmiş ve hayatlarını birleştirmek isteyen iki insanın mahremiyetine müdahale olarak değerlendiriyorum.
    1) Evet 2) Hayır 3)Kararsızım

20. Evlilik öncesi yapılması zorunlu muayene ve testlerin yüzeysel ve evrak tamamlama süreçleri olduğunu düşünüyorum.
    1) Evet 2) Hayır 3)Kararsızım

21. Mevcut düzenlemeler gereği evlilik öncesi yapılan muayene ve testlerin eşlerin bir ömür boyu birlikte olacakları insanı daha ayrıntılı tanımalarına katkı sağladığını düşünüyorum.
    1) Evet 2) Hayır 3)Kararsızım

22. Bu muayene ve testlerin iki erişkin insanın vermiş olduğu karara hekimlerin vereceği rapor ile engel olunmasını insan haklarına aykırı buluyorum.
    1) Evet 2) Hayır 3)Kararsızım

23. Türkiye'deki mevcut hukuki düzenlemeler bu zorunlu muayene ve testler yerine evlilik öncesi Aile Hekimlerinin kişilere danışmanlık yapması şeklinde olursa insan haklarına daha uygun olacaktır.
    1) Evet 2) Hayır 3)Kararsızım

24. Evlilik öncesi muayene ve testler bir toplumun daha sağlıklı olmasını sağlayan bir süreç olduğundan zorunlu olmasının gelecek nesiller için faydalı olduğunu düşünüyorum.
    1) Evet 2) Hayır 3)Kararsızım

Araştırmamıza vermiş olduğunuz katkıdan dolayı teşekkür ederiz.

MALATYA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - MALATYA
HALK SAĞLIĞI DESTEK HİZMETLERİ ŞUBESİ EĞİTİM BİRİMİ
17/10/2016 16:09 - 56238350 - 772.02 - E.97
00031680272

T.C.
MALATYA VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

Sayı : 56238350-772.02
Konu : Arş. Grv. Dr. Şule BARIŞ'ın Araştırma İzin Talebi

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi:05.10.2016 gün ve E.121264 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınız gereği,Üniversitenizde görevli Araştırma Görevlisi Doktor Şule BARIŞ'ın eksik evraklarının tamamlanması sonucunda "Aile Hekimlerinin Evlilik Öncesi Muayene ve Testlere Bakış" konulu tez çalışması kapsamında anket çalışmasını yapma talebi tarafımızca değerlendirilirek uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Dr. Kemal ŞENER
Halk Sağlığı Müdürü

Büyükmustafa Paşa Mah. Zapçıoğlu Cad.
Faks No:0(422) 3257377
e-Posta:sebahat.cicek@saglik.gov.tr İnt.Adresi: sebahat çiçek 0(422) 326 22 66 (207)
Bilgi için:Sebahat ÇİÇEK
Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.
Telefon No:
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 87108218-f617-48f4-aedb-c77cae89bd18 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.