

**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**İZMİR İLİNDEKİ AİLE HEKİMLERİNİN
SAĞLIK TARAMA DAVRANIŞLARI, UYGULAMALARI
VE
İŞ YÜKÜ İLE İLİŞKİSİ**

**DR. AYSEL AYDOĞAN KÖKEN
UZMANLIK TEZİ**

İZMİR-2020

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

İZMİR İLİNDEKİ AİLE HEKİMLERİNİN
SAĞLIK TARAMA DAVRANIŞLARI, UYGULAMALARI
VE
İŞ YÜKÜ İLE İLİŞKİSİ

DR. AYSEL AYDOĞAN KÖKEN

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN: PROF. DR. NİLGÜN ÖZÇAKAR

İçindekiler

TABLO LİSTESİ	i
ŞEKİL LİSTESİ	iii
KISALTMALAR	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
SUMMARY	viii
1 GİRİŞ VE AMAÇ	1
2 GENEL BİLGİLER	3
2.1 Aile Hekimliği	3
2.1.1 Dünyada Aile Hekimliği	5
2.1.2 Türkiye’de Aile Hekimliği	6
2.2 Temel Sağlık Hizmetleri	7
2.3 Sağlığın Geliştirilmesi	9
2.4 Koruyucu Sağlık Bakımı	11
2.4.1 Koruyucu Sağlık Bakımı Tanımı	11
2.4.2 Koruyucu Sağlık Bakımında Risk Değerlendirilmesi	12
2.4.3 Koruyucu Sağlık Bakımında Tarama ve Takip	13
2.4.4 Koruyucu Sağlık Bakımında Hasta Eğitimi ve Danışmanlık	15
2.4.5 Koruyucu Sağlık Bakımında Bağışıklama	16
2.4.6 Kanıta Dayalı Koruyucu Sağlık Bakımı	17
2.5 Periyodik Sağlık Muayenesi	19
2.5.1 Periyodik Sağlık Muayenesinin Tarihsel Gelişimi	22
2.5.2 Dünyada Periyodik Sağlık Muayenesi	23
2.5.3 Türkiye’de Periyodik Sağlık Muayenesi	23
2.6 İş Yükü	26
3 GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1 Araştırmanın Modeli	28
3.2 Araştırma Örneklemi	28
3.3 Araştırma Uygulaması	29
3.4 Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi	30
4 BULGULAR	31
5 TARTIŞMA	57

6	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	63
6.1	Sonuç.....	63
6.2	Öneriler.....	64
7	KAYNAKLAR.....	65
8	EKLER.....	74
8.1	EK 1. Etik Kurul İzni.....	74
8.2	EK-2: İzmir İl Sağlık Müdürlüğü İzni.....	75
8.3	EK-3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	77
8.4	EK-4: Katılımcı Anket Formu	78



TABLO LİSTESİ

Tablo 1: 2018 yılı İzmir ili merkez ilçelerindeki aile hekimi sayıları ve örneklem dağılımı

Tablo 2: Hekimlerin sosyodemografik özellikleri

Tablo 3: Hekimlerin tıbbi öyküleri ve aile öyküleri

Tablo 4: Hekimlerin çalıştıkları aile hekimliği biriminin özellikleri

Tablo 5: Hekimlerin bir önceki yıl tarama yapma durumları

Tablo 6: Sağlık tarama davranışı anketi beşli likert puan ortalamalarının sosyodemografik özellikler ile karşılaştırılması

Tablo 7: Sağlık tarama davranışı anketi beşli likert puan ortalamalarının hekimlerin tıbbi öyküleri ve aile öyküleri ile karşılaştırılması

Tablo 8: Sağlık tarama davranışı anketi beşli likert puan ortalamalarının hekimlerin çalıştıkları aile hekimliği biriminin özellikleri ile karşılaştırılması

Tablo 9: Sağlık tarama davranışı anketi beşli likert puan ortalamalarının hekimlerin bir önceki yıl tarama yapma durumları ile karşılaştırılması

Tablo 10: Sağlık tarama davranışı anketi doğru sayılarının sosyodemografik özellikler ile karşılaştırılması

Tablo 11: Sağlık tarama davranışı anketi doğru sayılarının hekimlerin tıbbi öyküleri ve aile öyküleri ile karşılaştırılması

Tablo 12: Sağlık tarama davranışı anketi doğru sayılarının hekimlerin çalıştıkları aile hekimliği biriminin özellikleri ile karşılaştırılması

Tablo 13: Sağlık tarama davranışı anketi doğru sayılarının hekimlerin bir önceki yıl tarama yapma durumları ile karşılaştırılması

Tablo 14: İş yükü ölçeği puan ortalamalarının sosyodemografik özellikler ile karşılaştırılması

Tablo 15: İş yükü ölçeği puan ortalamalarının hekimlerin tıbbi öyküleri ve aile öyküleri ile karşılaştırılması

Tablo 16: İş yükü ölçeği puan ortalamalarının hekimlerin çalıştıkları aile hekimliği biriminin özellikleri ile karşılaştırılması

Tablo 17: İş yükü ölçeği puan ortalamalarının hekimlerin bir önceki yıl tarama yapma durumları ile karşılaştırılması

Tablo 18: İş yükü ölçeği puan ortalamalarının hekimlerin sağlık tarama davranışı anketi puan ortalamaları ve sağlık tarama davranışı anketi doğru sayıları ile korelasyonu



SEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Tarama Süreci

Şekil 2: Davranış ve Danışmanlık Girişimi

Şekil 3: Sağlıklı Erişkinlerde Periyodik Muayene Akış Diyagramı



KISALTMALAR

WHO: World Health Organisation (Dünya Sağlık Örgütü)

WONCA: Dünya Aile Hekimleri Birliği

BBSH: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

UNICEF: Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu

ACPM: American College of Preventive Medicine (Amerika Koruyucu Tıp Akademisi)

CTFPHC: Canadian Task Force on Preventive Health Care (Kanada Koruyucu Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubu)

USPSTF: U.S. Preventive Services Task Force (Birleşik Devletler Önleyici Hizmetler Çalışma Grubu)

GGK: Gaitada gizli kan

PSM: Periyodik sağlık muayenesi

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AMA : American Medical Association (Amerika Tıp Birliği)

AAFP: American Academy of Family Physicians

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

TESEKKÜR

Tezimin en başından en sonuna kadar her aşamasında destek ve yardımlarını esirgemeyen, profesyonel iş hayatındaki tavrı ve duruşuyla bizlere örnek olan, çalışma azmine her zaman gıpta ettiğim, asistanlık sürecimde hep desteğini hissettiğim çok değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Nilgün Özçakar'a emeklerinden ve özverisinden ötürü en içten teşekkürlerimi sunuyorum.

Aile hekimliği uzmanlığı asistanlık eğitimim süresince bakış açımı genişleten, bilgiye nasıl ulaşacağımı bana öğreten, mesleki gelişimime katkı sağlayan değerli hocalarıma teşekkürü borç bilirim. Bu süreci birlikte yaşadığım, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, aynı zamanda bana yeni dostluklar katan sevgili asistan arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

Araştırma verilerinin toplanmasındaki katkılarından dolayı, sahada çalışan aile hekimlerine teşekkürleri bir borç bilirim.

Bugünlere gelmemde büyük emek ve fedakârlıkları olan, haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim ve desteklerini her daim üzerimde hissettiğim annem ve babama çok teşekkür ederim.

Her koşulda yanımda olduğunu hissettiren, varlığıyla bana güç veren, tezimin her aşamasında her türlü teknik ve manevi desteğini aldığım, dostum, yol arkadaşım, sevgili eşim Süleyman Köken'e sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Saygılarımla,

Dr. Aysel Aydoğan Köken

ÖZET

İZMİR İLİNDEKİ AİLE HEKİMLERİNİN SAĞLIK TARAMA DAVRANIŞLARI, UYGULAMALARI VE İŞ YÜKÜ İLE İLİŞKİSİ

Dr. Aysel Aydoğan Köken, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, İzmir

Amaç: Bu çalışmada İzmir ilindeki aile hekimlerinin sağlık tarama davranışlarını, uygulamalarını ve iş yükü ile ilişkisini araştırmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma İzmir ili 11 merkez ilçedeki aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerine yüz yüze görüşme yöntemi ile yapılmıştır. 2018 yılı İzmir merkez ilçelerinde çalışan 875 aile hekimine örneklem formülü ($n = \frac{Nt^2pq}{d^2 (N-1) + t^2pq}$) kullanılarak hesaplanan 259 aile hekimiyle gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara sosyodemografik veri anketi, sağlık tarama davranışı anketi ve iş yükü ölçeği uygulanmıştır. Çalışmada elde edilen bulgular, istatistiksel analizler için SPSS 22.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde t testi, ANOVA ve korelasyon analizi kullanılmış, $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların % 43,6'sı kadın, % 56,4'ü erkektir. Yaş ortalaması $53,53 \pm 5,96$ yıldır ve %59,5'i 46-55 yaş aralığındadır. Katılımcıların %89,2'si evlidir. Hekimlerin %83,8'i pratisyen hekim, %13,1'i aile hekimliği uzmanıdır. Hekimlerin günlük baktıkları hasta sayısı ortalaması 61, birime kayıtlı birey sayısı ortalaması 3430 bulunmuştur. Aile hekimliği uzmanlarının sağlık tarama davranışı anketi doğru sayısı ($7,02 \pm 4,10$) pratisyen hekimlerin doğru sayısına ($4,99 \pm 3,77$) göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ($p: 0,016$). Kanseri taramalarını daha fazla yapan hekimlerin hem sağlık tarama davranışı anketi puan ortalaması hem de sağlık tarama davranışı anketi doğru sayısı az yapan hekimlere göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. İş yükü ölçeği puan ortalaması, hem günlük bakılan hasta sayısı ortalaması yüksek olan grupta ($3,62 \pm 0,46$; $p: < 0,001$) hem de birime kayıtlı kişi sayısı

ortalaması fazla olan grupta ($3,57 \pm 0,54$; $p: 0,012$) istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Ülkemizdeki aile hekimliği birimlerine kayıtlı birey sayısının azaltılmasıyla aile hekimlerinin iş yüklerinin azalacağı düşünülmektedir. Buradan kazanılacak zamanla, birinci basamakta sağlık taramalarının daha yaygın ve düzenli bir şekilde yapılması sağlanabilir. Toplum sağlığı açısından önemli rolü olan aile hekimlerinin kanserlerin erken tanısı için tarama testi uygulamaları yetersiz görünmekte olup, yaygınlaştırılması aile hekimlerinin önemli görevleri arasındadır.

Anahtar kelimeler: sağlık tarama davranışı, aile hekimi, iş yükü



SUMMARY

THE RELATIONSHIP OF HEALTH SCREENING BEHAVIORS, APPLICATIONS AND WORK LOAD OF FAMILY PHYSICIAN IN IZMIR PROVINCE

Md. Aysel Aydoğan Köken, Dokuz Eylül University School of Medicine, Family Medicine, Izmir, Turkey

Objective: In this study, it was aimed to investigate the health screening behaviors, practices and their relationship with workload of family physicians in İzmir province.

Method: The study was conducted with face-to-face interviews with family physicians working in family health centers in 11 central districts of İzmir. It was carried out with 259 family physicians calculated using the sampling formula ($n = Nt2pq / d^2 (N-1) + t2pq$) for 875 family physicians working in İzmir central districts in 2018. Sociodemographic data questionnaire, health screening behavior questionnaire and workload scale were applied to the participants. Findings obtained in the study were evaluated using SPSS 22.0 program for statistical analysis. In the statistical evaluation of the data, t test, ANOVA and correlation analysis were used. $P < 0.05$ was considered significant.

Results: 43.6% of the participants are women and 56.4% are men. The average age is 53.53 ± 5.96 years and 59.5% is in the 46-55 age range. 89.2% of the participants are married. 83.8% of the physicians are general practitioners and 13.1% are family medicine specialists. The average number of patients the physicians look at daily was 61, and the average number of individuals enrolled in the unit was 3430. The correct number of health screening behavior questionnaires of family medicine specialists (7.02 ± 4.10) was statistically higher than the correct number of general practitioners (4.99 ± 3.77) ($p: 0.016$). The health screening behavior questionnaire score average of physicians who performed cancer screening more was found to be statistically higher than the physicians who performed cancer screening less. The correct number of the health screening behavior questionnaire of the physicians who performed cancer screening more was found to be statistically higher than the

physicians who performed cancer screening less. Workload scale average score; both in the group with a high average number of patients cared for daily (3.62 ± 0.46 ; $p: <0.001$) and in the group with a high average number of people enrolled in the unit (3.57 ± 0.54 ; $p: 0.012$) has been found statistically significantly higher.

Conclusion: It is thought that the workload of family physicians will decrease by decreasing the number of individuals registered in family medicine units in our country. With the time to be gained from this, it can be ensured that health screenings in primary care are performed more widely and regularly. Screening tests for the early diagnosis of cancers by family physicians, who have an important role in public health, seem insufficient, and its dissemination is among the important duties of family physicians.

Keywords: health screening behavior, family doctor, workload

1 GİRİŞ VE AMAÇ

Aile hekimliği: kendi eğitim yapısı, araştırma süreci ve hekimlik uygulamaları olan, birincil sağlık hizmetine dayalı ve belli temel ilkeler üzerine kurulu bir tıp disipliniğir. Değerler sistemi ve sorunlara yaklaşım açısından diğer disiplinlerden farklılaşmıştır ve özgün bir dünya görüşünü temsil etmektedir.

Aile hekimliğinin tanımlanmasına ve hareketlerimize yön veren ilkeleri mevcuttur. Bu ilkelerden ilki: belirli bir konu, hastalık grubu ve özel bir teknikten ziyade bireye odaklanmıştır. Hastalarımızın hepsinin herhangi bir sağlık sorunu görevlerimiz içine girmektedir. Bir diğer ilke ise aile hekimi rahatsızlığın bağlamını anlamaya çalışır. Birçok hastalık kişisel, ailesel ve sosyal bağlamda görülmeden tam olarak anlaşılamaz. Hastanın sosyal ortamını görmesi aile hekimini diğer disiplinlerden avantajlı ve farklı kılmaktadır. Aile hekimi hasta ile her temasını hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesi için değerlendirmeye çalışır. Kendisine kayıtlı hastaları risk grupları açısından gözden geçirir. Aile hekimi toplumda sağlık bakımı ve destekleyici hizmetler ağının bir parçasıdır. Çoğunlukla hastalarıyla aynı yaşam ortamını paylaşır ve hastaları evlerinde görme avantajına sahiplerdir. Tıbbın öznel yönlerine önem verir ve kaynakların yöneticisidir. Bu ilkelerden bir tanesi de kapsamlılık ilkesidir. Kapsamlılık ilkesi sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ile sağlık ve iyilik durumunu geliştirmeyi amaçlar. Amaç yaşam kalitesini yükseltme, koruyucu, tedavi edici hekimlik ve rehabilitasyondur. Sahip olduğu bu ilkeler aile hekimliğini özgün kılmaktadır (1).

Aile hekimliği: çocuk, genç, yaşlı tüm bireylere hem koruyucu, hem de tedavi edici sağlık hizmeti sunan, insanın yaşam süresi ve kalitesini en çok etkileyen tıp disipliniğir. Sağlıklı toplumların oluşması için bir araçtır (2).

Günümüzde dünyada her yıl yaklaşık olarak 55 milyon insan hayatını kaybetmektedir. Ölüm nedenleri coğrafyalar, ülkeler, kültürler ve ırklar arasında farklılık gösterse de kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, serebrovasküler hastalıklar, kronik akciğer hastalıkları ve kazalar ilk sıralarda bulunmaktadır. Mortalite ve morbidite sebeplerini etkileyen etmenler arasında; çevresel ve genetik faktörler, sağlıksız beslenme, sedanter yaşam şekli, fiziksel aktivitelerini ihmal etme, obezite, sigara, alkol, madde bağımlılığı ve ilaç kullanımı sayılabilir. Ne yazık ki morbidite ve

mortaliteyi artıran bu etmenlerin çoğu önlenabilir nedenlerden oluşmaktadır. Bu nedenle hekimlerin sağlık tarama davranışları ve uygulamaları çok önemlidir (3).

Sağlık taraması halk sağlığının düzenli olarak gözden geçirilmesidir. Sağlık taramasının önemini vurgulamak amacıyla Türkiye’de birçok çalışma yapılmıştır. Fakat yapılan bu çalışmaların çok büyük kısmı ya bir hastalık grubu ya da bir kansere yönelik tarama programı ile sınırlı kalmıştır. Genel bir sağlık tarama davranışını ve uygulamalarını içeren çalışmalar yetersizdir. Yurt dışında yapılan çalışmalar mevcuttur.

Aile hekimlerinin her geçen gün yoğunluğu ve sorumlulukları artmaktadır. Bu da artan iş yüküne sebep olmaktadır. Hayatımızın önemli bölümlerinden birini iş oluşturmaktadır. İş “bir sonuç elde etmek, herhangi bir şey ortaya koymak için güç harcayarak yapılan etkinlik, çalışma” olarak tanımlanır (4). İşle ilgili fiziksel, kişisel, kurumsal ve çevresel faktörler kişi üstünde baskı oluşturabilir. Çalışanın performansını etkileyen bu çeşit baskılar “iş yükü” olarak ifade edilir (5). İş yükünün fazla olması ile ilgili olumsuzlukların en fazla görüldüğü alanların başında sağlık hizmetleri gelmektedir (6).

Biz Türkiye’de sağlık tarama davranışını ve uygulamalarını içeren araştırma yetersizliğinden yola çıkarak aile hekimlerinin sağlık tarama davranışlarını ve uygulamalarını araştırmayı amaçladık. Aynı zamanda da çağımızın problemlerinden biri olan iş yükü ile ilişkilendirilmesi gerektiğini düşünerek bu çalışmayı planladık. Bu araştırmanın amacı İzmir ilindeki aile hekimlerinin sağlık tarama davranışlarını, uygulamalarını ve iş yükü ile ilişkisini belirlemektir.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 Aile Hekimliği

Aile Hekimliği, kendi eğitim yapısı, araştırma süreci, kanıt temeli ve klinik uygulamaları olan, birinci basamak yönelimli akademik ve bilimsel bir tıp disiplini. Klinik bir uzmanlık dalıdır. Aile Hekimliği Uzmanlığı; Aile Hekimliği disiplinin ilkelerine göre eğitim almış uzman hekimlerdir. Yaş, cinsiyet, dil, din, ırk ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamaktan sorumlu kişisel hekimlerdir. Her zaman hastalarının duygularına, düşüncelerine saygı duyarlar, topluma karşı mesleki sorumluluk ve görevler taşırlar. Aile hekimliği için rahatsızlıklarının yönetimini hastalarıyla görüşürken, yineleyen temaslarla birçok kez oluşan görüşme imkânının olması, bu sayede oluşan bilgi birikimi çok büyük bir avantajdır. Hasta ile arasında oluşan güveni bedensel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal etkenleri birlikte değerlendirir ve problemlerin çözümünde kullanır. Aile hekimleri mesleki görevlerini, hastalıkları önleyerek, bakım sağlayarak, rahatsızlıklarda hafifleme sağlayarak ve sağlığı geliştirerek yerine getirirler. Bu sağlık gereksinimlerine, hizmet sundukları toplumun var olan kaynaklarına göre bu hizmetlere ulaşmada hastalara yardımcı olarak kendileri yaparlar. Gerektiğinde ise diğer meslek çalışanlarının hizmetleri ve yardımları aracılığıyla gerçekleştirirler. Aile hekimleri etkili ve güvenli bir hasta bakımı için, becerilerini geliştirmek ve sorumluluğu üstlenmek ile yükümlüdür (7).

Aile hekimi; “Kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalığını ayırmadan, kayıtlı birey ve ailelere, kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri ve ilk basamak tedavi hizmetlerini ekip anlayışı içinde ve ekiple birlikte sunabilen, sağlıkla ilgili her türlü soruna; ilk yaklaşımda bulunan ve gerekirse diğer dal uzmanları ile konsülte eden, hastasını değerlendirirken hastalık oluşumunda fiziksel, ruhsal, sosyal faktörlerin de rollerini dikkate alan, kronik, rekürren ve terminal dönemdeki hastalıkların sürekli bakımını yapabilen, sektörler arası koordinasyon kurabilen, hastasının sağlık haklarını üçüncü kişilere karşı savunabilen, tıp fakültesi sonrası uzmanlık eğitimi almış olan hekimdir.” şeklinde Çelik ve Yılmaz tarafından tanımlanmıştır (8).

‘Aile hekimi: Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belirli bir mekânda vermekle

yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Kurumun öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipler' şeklinde Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde tanımlanmıştır.

Aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları:

1. Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, Bakanlıkça ve Kurumca yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür.
2. Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar.
3. Aile hekiminin Kurumca belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir.
 - a) Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile işbirliği yapmak.
 - b) Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirmek.
 - c) Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya kişiler ile iletişime geçmek.
 - ç) Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.
 - d) Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek.
 - e) Periyodik sağlık muayenesi yapmak.
 - f) Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, lohusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adölesan (ergen), erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapmak.
 - g) Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.

ğ) Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimini yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak.

h) Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlamak ya da bu hizmetleri vermek.

ı) Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak.

i) Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek.

j) Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak.

k) Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak.

l) İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörölen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemek.

m) Kurumca belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılmak.

n) Kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak.
olarak tanımlanmıştır (9).

2.1.1 Dünyada Aile Hekimliği

Aile hekimliği uzmanlığı, birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunda yer alan uzmanlık eğitimi almış hekimi ifade etmektedir. Çeşitli ölkelerde genel pratisyen ya da uzman pratisyen olarak da adlandırılmaktadır (10).

Birçok ölkede birincil bakım sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından sunulduğundan dolayı bu ölkelerdeki birincil sağlık sunma yöntemleri ‘Aile Hekimliği Sistemi’ olarak adlandırılmıştır. Ölkeden ölkeye sağlık sistemlerinin örgütlenmesindeki farklılıklardan dolayı aile hekimliği uygulamalarında da önemli farklılıklar gözlenmektedir (11).

Diğer uzmanlık dallarında olduğu gibi aile hekimliği uzmanlık dalı doğuşu da ihtiyaçlar sonucu olmuştur. İlk kez 1923 yılında aile hekimliğine olan bu ihtiyaç Francis Peabody tarafından “tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığı ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık alanının gerekliliği” şeklinde belirtilmiştir (12).

Ontario-Kanada’da 1994 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ile Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) “Tıp Eğitimi ve Uygulamalarını İnsanların Gereksinimlerini Daha İyi Karşılar Hale Getirmekte Aile Hekiminin Katkısı” konulu ortak bir konferans yapmışlardır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ile Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) temsilcilerinin ortak imzalarıyla yayınlanan konferans belgesinde; “İnsanların ihtiyaçlarını karşılamak için, sağlık sisteminde, tıp fakültelerinde ve diğer eğitim kuruluşlarında köklü değişiklikler yapılması ve Genel Pratisyen ya da Aile Hekimi, sağlık hizmet sistemlerinde kaliteye, sosyal adalete, etkinlik ve düşük maliyete ulaşılmasında merkezi role sahip olması” gerektiği belirtilmiştir. Bu amaç doğrultusunda Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Aile Hekimleri Birliği bir işbirliği gerçekleştirmiştir. Konferansta aile hekimlerinin toplumun ihtiyaçlarına cevap verebilme ve yüksek standartta sağlık bakımı sağlaması konusunda güven vermeleri gerektiği dile getirilmiştir (13).

Bu konferansta alınan kararlar ve dile getirilen öneriler aile hekimliğinin tüm dünyada yaygınlaşmasına ve gelişmesine önemli katkı sağlamıştır.

2.1.2 Türkiye’de Aile Hekimliği

1983 yılında dünyada 10 yıldır var olan aile hekimi uzmanlığının verilmesi Türkiye’de de zorunlu olmuştur. Aynı yıl Tababet Uzmanlık Tüzüğü’ ne alınarak Türkiye’de aile hekimliği bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir (14).

1995’de Avrupa Topluluğu üye ülkelerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde (BBSH) çalışacak hekimlerin tıp eğitimini tamamladıktan sonra en az 2 yıl daha eğitim almalarını zorunlu kılan bir karar alınmıştır. 1996 yılında Avrupa Topluluğu bu zorunlu eğitim süresinin ise iki yıldan üç yıla çıkmasına karar vermiştir (15).

Aile hekimliği temelli birinci basamak sağlık hizmetleri aracılığıyla temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, bireylerin sağlık düzeyinin yükseltilmesi, kaynakların uygun şekilde kullanılması, daha fazla hizmetin sağlanması, bütün bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşımının sağlanması, sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık göstergeleriyle ilgili farklılıkların azaltılması amaçlanmıştır.

Türkiye Aile Hekimliği Modeli ile sağlığı özendirici koruyucu hizmetler, taramalar, aşılamlar, muayene, müdahale, yapılan tetkikler, danışmanlık hizmetleri,

yerinde ve gezici sağlık hizmeti, evde bakım hizmeti; herkes için ücretsiz olarak uygulanmaya başlanmıştır.

Herkesin kendi seçebileceği ve kolayca başvurabileceği bir aile hekiminin olması bu yaklaşımın ana ilkeleri arasında gösterilmiştir (16).

Türkiye’de şuan aile hekimliği hizmeti tıp fakültesinden mezuniyet sonrası geçiş dönemi eğitimi alan pratisyen hekimler ve 3 yıllık uzmanlık eğitimi almış olan aile hekimliği uzmanları tarafından verilmektedir.

2.2 Temel Sağlık Hizmetleri

Temel Sağlık Hizmetleri ilk kez 1978’de Dünya Sağlık rgt (WHO) ve Birleşmiş Milletler Uluslararası ocuklara Yardım Fonu (UNICEF) tarafından Alma Ata’ da gerçekleşen uluslararası konferansta şekillendirilmiştir. 1970’li yıllarda yapılan değerlendirmeler sonucunda, dünyadaki sağlık düzeyinin istenilenin çok altında olduğu, bölgeler arasında da eşitsizliklerin fazla olduğu görülmüştür. Dünya Sağlık rgt, 1977’de toplanan Genel Kurulunda kararlar almış ve “2000 Yılında Herkese Sağlık” hedefini belirlemiştir. 6-12 Eylül 1978 tarihleri arasında, Kazakistan’ın Alma-Ata şehrinde, Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı düzenlenmiştir. Bu konferansın amacı, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve fark gözetmeksizin bütün insanların hizmetten yararlanma düzeyinin arttırılması için çözüm yollarının araştırılmasıdır. Konferansın sonucunda ise uluslararası sağlık anlaşması niteliğindeki Alma-Ata Bildirgesi yayınlanmıştır (17).

Konferansta temel sağlık hizmetlerinin özellikleri sıralanmıştır. Buna göre temel sağlık hizmetler;

1. Bir ülkenin ve onun toplumunun ekonomik şartlarını ve sosyo-kültürel özelliklerini kapsar ve onları aksettirir. Aynı zamanda, sosyal, biyomedikal ve sağlık araştırmaları ve halk sağlığı alanında elde edilen tecrübelere dayanır.

2. Geliştirici, koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon sağlayıcı hizmetler ile toplum içindeki ana sağlık sorunlarını belirler.

3. En azından şu konulara ağırlık verir: Mevcut sağlık sorunları ve bunları nleme ve kontrol altında bulundurma metotlarını içeren eğitim; uygun bir beslenme, yeterli temiz içme suyu sağlanması ve ocuk sağlığı hizmetleri, ana sağlığı ve aile planlaması, temel ateşli hastalıklara karşı bağışıklık sağlama yolları; salgın

hastalıklardan korunma ve kontrol; genel hastalık ve yaralanmaların uygun tedavi vekilleri ve gerekli ilaçların sağlanması.

4. Sağlık sektörüne ek olarak ulusal ve toplum kalkınmasında, özellikle tarım, hayvan bakımı (veteriner alanları), gıda, endüstri eğitimi, konut, kamu işleri ve iletişimde dahil olmak üzere, tüm ilgili sektörleri ve onların işlerini kapsar ve tüm bu sektörlerin birleştirilmiş gayretlerine ihtiyaç gösterir.

5. Toplumun temel sağlık hizmetlerine katılımı yeteneğinin artırılması ve kendi kendine yeterli hale gelmesine ihtiyaç gösterir. Bunun için, ulusal ve yerel kaynakların tam olarak kullanılma olanağının sağlanması, hizmetlerin planlama, örgütlenme, uygulama ve denetim çalışmalarına halkın katılımı, konu ile ilgili eğitimi gerektirir.

6. Herkes için gerekli ve geniş kapsamlı sağlık hizmetlerinin devamlı gelişmesini sağlayan ve en çok gereksinimi olanlara öncelik tanıyan bütünleşmiş, yöresel ve karşılıklı destekleyici, denetim ve dayanışma sistemleri ile sürdürülmelidir.

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

2008 yılında Dünya Sağlık Raporu sağlık sistemlerindeki açıklıkları gidermek ve temel sağlık hizmetlerini güvence altına almak için yapılacakları 4 reform başlığı altına toplamıştır (18).

Bu reformlar;

1. Sağlık Güvencesinin Kapsayıcılığı / Evrensel Kapsayıcılık Reformları:

Bütün toplumu kapsayan bir güvence ve sosyal sağlık koruyuculuğu hedeflenmiştir. Sosyal adaletin sağlandığı, sosyal farklılıkların yok edildiği ve ayrımcılığın olmadığı bir sağlık sisteminin ortaya konması amaçlanmıştır (18). Herkes için sağlık iddiası olan bir sağlık sistemi, eşitsizlikleri azaltmak ve hizmetlerin herkese sunulmasını sağlamak zorundadır.

2. Hizmet Sunum Reformları:

Hizmet reformu, sağlık hizmet sunumunun insanların ihtiyaçları ve beklentileri yönünde yeniden şekillendirilmesidir (18).

3. Kamu Düzeni Reformları:

Kamu düzeni reformları evrensel kapsayıcılık ve hizmet sunum reformları için önemli bir tamamlayıcı niteliğindedir. Toplumsal beklenti, sağlığın geliştirilmesi ve çevrenin güvenliğidir. Kamu reformlarının başında birinci basamak sağlık hizmetleri ve evrensel sağlık sistemi politikaları yer almaktadır (18).

Sağlık tehditleri ile mücadele etmek, sağlık için tehdit oluşturacak icraatları durdurmak ve sorumluluk alanlarını sağlığın geliştirilmesine yönlendirmek hükümetlerin sorumluluklarındandır. Temel sağlık hareketinin başarısı bu yönde kamu politikaları oluşturmakla mümkündür (19).

4. Liderlik reformları:

Toplum sağlığını etkileyen faktörler çok geniştir. Sağlık dışı sektörlerin amaç ve hedeflerini sağlıkla paralel duruma getirebilmek çok büyük önem taşımaktadır. Bu sebeple liderlik reformları kamu politikaları içerisinde önemli yer tutmaktadır. Bu karmaşık ortamda çok sayıda sektörü sağlık etrafında işbirliğine sevk edebilecek güçlü bir toplumsal liderlik olması gerekmektedir (18).

2.3 Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlıklı bireyler ile sağlıklı bir toplum oluşabilmektedir. Bu sebeple bireylere kendi sağlık halini koruyacak, devam ettirecek ve geliştirecek davranışlar kazanmalarına yardım edilmesi gerekmektedir (20).

Sağlığın geliştirilmesi, insanların kendi sağlıklarını düzelterek ve kontrol ederek sağlanabilmektedir. Bu amaca ulaşabilmek için alkol, sigara içme, madde kullanımı, beslenme davranışları, sağlıksız kilo kontrolü, fiziksel aktivite, şiddet davranışları, cinsel davranışlar, aile ile iletişim sorunları ve stres yönetimi gibi riskli davranışlardan uzak durulması gerekmektedir (21).

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi' nde beş strateji belirlenmiştir. Bu beş stratejinin başarıya ulaşmak için önem arz ettiği vurgulanmıştır.

- a. Sağlıklı halk politikası oluşturma
- b. Destekleyici çevreler oluşturma
- c. Topluluk eylemlerinin güçlendirilmesi
- d. Kişisel yeteneklerin geliştirilmesi
- e. Sağlık hizmetlerinin yeniden yönlendirilmesi

Bu başlıklar Ottawa sözleşmesinin sağlığın geliştirilmesindeki önemi göstermektedir (22).

a. Sağlıklı Halk Politikası Oluşturmak

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, tüm sektörlerdeki ve düzeylerdeki politika yapıcıların gündemine sağlığı getirmektedir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi politikası, sağlık dışı sektörlerde sağlıklı toplum politikalarının önündeki engellerin ve bunların çözüm yollarının belirlenmesini sağlamaktadır.

b. Destekleyici Çevreler Yaratmak

Dünyadaki doğal kaynakları ve çevreyi korumak küresel bir sorumluluk ve görev olduğu vurgulanmıştır. Değişen hayat şartlarının sağlık alanında çok önemli bir etkisi vardır. Doğal ve ya sonradan yapılmış çevrelerin, doğal kaynakların muhafaza edilmesi, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi stratejilerinde ele alınması gerekmektedir.

c. Topluluk Eylemini Güçlendirmek

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi toplumun etkili adımlar atması ile gerçekleşmektedir. Topluluk gelişimi maddi kaynaklar üzerine kurulur. Bunun için, bilgiye tam ve sürekli erişim, sağlığa yönelik öğrenme olanakları ve maddi destek gereklidir.

d. Kişisel Beceriler Geliştirmek

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kişisel ve toplumsal gelişimi destekler. Hayat boyunca insanların hayatındaki her döneme kendilerini nasıl hazırlayacaklarını ve kronik hastalıklar ve yaralanmalar ile nasıl baş edebileceklerini öğrenmelerini sağlamak gereklidir.

e. Sağlık Hizmetlerini Yeniden Yönlendirmek

Sağlık sektörü, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi yönünde ilerlemeli, sadece klinik ve tedavi hizmetleri verme görevinin ötesine geçmelidir. Kişi ve toplulukların daha sağlıklı bir hayat için ihtiyaçlarını desteklemelidir. Sağlık sektörü ile sosyal, ekonomik, politik ve çevresel etkenler arasında ilişki olmalıdır. Sağlık hizmetlerinin yeniden yönlendirilmesi amacıyla sağlık araştırmasına daha fazla dikkat edilmesi ve mesleki eğitimdeki değişikliklere de dikkat edilmesi gereklidir.

Türkiye’de aile hekimliği ve koruyucu sağlık hizmetleri ile birlikte sağlığın geliştirilmesi kavramı giderek önem kazanmıştır. 2013-2017 Stratejik Planında ilk stratejik amaç “Sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak ve sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek” olarak vurgulanmıştır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi toplumun

ve kişinin kendi sağılığıyla ilgili beklenti ve taleplerini karşılamaktadır. Toplumun ve kişinin sağılıkla ilgili karar alma sürecinde bulunmasını sağılamak büyük önem taşımaktadır.

2.4 Koruyucu Sağılık Bakımı

2.4.1 Koruyucu Sağılık Bakımı Tanımı

Dünyada her yıl hayatını kaybeden insanların yarısından fazlası kronik hastalıklar nedeniyle hayatlarını kaybetmektedirler. Kronik hastalıklar ölüm oranındaki artışa ek olarak, insanların yaşam kalitesinin çok büyük oranda bozulmasına neden olmaktadır (23). Koruyucu bakım hastalıklardan korunma, sağılık ve iyilik halinin devamlılığı amaçlı tıbbi bir bakım yöntemidir (24).

Amerika Koruyucu Tıp Akademisi (American College of Preventive Medicine, ACPM); yüksek maliyetli sağılık hizmeti yerine; koruyucu hekimlik anlayışını önermektedir. ACPM' nin bu konu hakkındaki dört ana ilkesi;

Koruyucu tıp; insan hakkıdır. Sağılıklı yaşam seçeneğı ve koruyucu bakım hizmetleri bireylerin sağılığının devamlılığını, hastalık ve sakatlıktan korunmasını sağılar.

Koruyucu tıp; sağılıklı yaşam için özendiricidir. Koruyucu tıbbın asıl ilgi alanı eğitim faaliyetleri ve tedavi dışındaki yaşam biçimidir.

Koruyucu tıp; sağılığın devamını sağılar. Birincil koruma ile yaşam kalitesinin artırılması, ikincil koruma ile erken tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulanması, üçüncül koruma ile hastalığa karşı uygun tedavi yöntemini ve komplikasyonlardan korunma yöntemlerinin uygulanması hedeflenir.

Koruyucu tıp; maliyet etkindir. Hastalıkların oluşumundan önce önlenmesi veya ciddi komplikasyonlarının gelişiminden önce tedavi uygulanması bu özelliğın temelidir. Çocukluk çağı aşılarnaları, sigara bırakma kampanyaları, kardiyovasküler hastalık riski taşıyan hastaların aspirin kullanması gibi uygulamalar, aksi durumlardaki tedavi maliyetleri ile karşılaştırılamayacak oranda etkindir (25).

Koruma: primordiyal, primer, sekonder ve tersiyer koruma olarak ayrılmıştır.

Primordiyal koruma sağılıklı kişilerdeki risk faktörlerinin ortaya çıkmasının önüne geçılme çabasıdır. Kişilere gelişme ihtimali olan risk faktörleri hakkında eğitim vermek primordiyal korumaya örnek verilebilir.

Primer koruma sağlıklı bireylerde hastalıkların riskini azaltma müdahalesi olarak tanımlanmaktadır. Risk faktörlerini kontrol altına alarak hastalığın ortaya çıkmasını önlemeye çalışır. Kişiyi sigarayı bırakması konusunda danışmanlık vermek birincil korumaya örnektir.

Sekonder koruma belirti, bulgu ve işlev bozukluğuna neden olmamış, fakat vücutta oluşmuş hastalıklara yöneliktir. Amaç asemptomatik dönemlerindeyken tanılarının konulmasıdır. Bu durumlar taramalarla saptanır. Anormal kan basıncı seviyelerinin tespiti risk altındaki bireylerin hayatlarının ileri evrelerinde oluşabilecek kalp hastalığına karşı korunmasını sağlar. Kolonoskopi kullanılarak kolon kanserinin prekanseröz poliplerinin tespiti ve poliplerin çıkarılması örneklerdendir. Birincil ve ikincil korumada kişilerin semptomu yoktur, asemptomatiktirler.

Tersiyer koruma hizmeti hastalığı mevcut bireylere yöneliktir. Amaç kişileri sahip oldukları hastalığın komplikasyonlarından korumak ve yaşam kalitesini yükseltmektir. Diyabet bakımı, ayak bakımı, düzenli retina muayenesi ve kan şekeri regülasyonu tersiyer korumaya örnek verilebilir (26).

2.4.2 Koruyucu Sağlık Bakımında Risk Değerlendirilmesi

Kanada Koruyucu Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubu (CTFPHC, Canadian Task Force on Preventive Health Care) ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO, World Health Organisation) yayınladığı Dünya Sağlık Raporu 2010'da majör risk faktörlerini; sigara kullanımı, aşırı alkol tüketimi, fiziksel aktivite azlığı, yüksek kan basıncı, yüksek kolesterol seviyeleri, aşırı kilo/obezite, sağlıksız diyet alışkanlıkları ve yüksek kan şekeri olarak vurgulamıştır. Sınıflandırılması ise:

- Geçmiş / Arka plan risk faktörleri; yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, genetik yapı.
- Davranışsal risk faktörleri; sigara-alkol kullanımı, sağlıksız diyet alışkanlıkları, fiziksel aktivite azlığı.
- Ara biyolojik risk faktörleri; artmış kan lipidleri, yüksek kan şekeri, yüksek kan basıncı, aşırı şişmanlık/obezite.
- Sosyal ve ekonomik durumlar; yoksulluk, çalışma durumu, aile yapısı vb
- Çevresel faktörler; iklim, hava kirliliği vb.
- Kültürel faktörler; alışkanlıklar, kurallar, değerler vb.

- Kentleşme; barınma imkanları, ürünlere ve servislere erişim sağlama imkanları.

şeklinde yapılmıştır (27).

2.4.3 Koruyucu Sağlık Bakımında Tarama ve Takip

Tarama, sağlam görünen bireylere bazı testler ve muayeneler uygulanarak henüz tanı almamış, bilinmeyen hastalık veya bozuklukların belirlenmesi olarak tanımlanmaktadır. Tarama testi kesin tanı koydurucu değildir. Pozitif veya şüpheli semptomu olan kişiler, kesin tanının konulması ve gerekli tedavinin yapılması amacıyla yönlendirilmelidirler (28).

Saha taramaları sonucunda hastaların semptomsuz veya erken dönemde yakalanması kişi ve toplum sağlığı bakımından çok önemlidir. Bu sayede erken dönemde bulunan hastaların büyük bir kısmı tedavi edilecek ve kronik hastaların tedavi masrafları önemli miktarda azalacaktır.

Kitle taramaları için ilkeler;

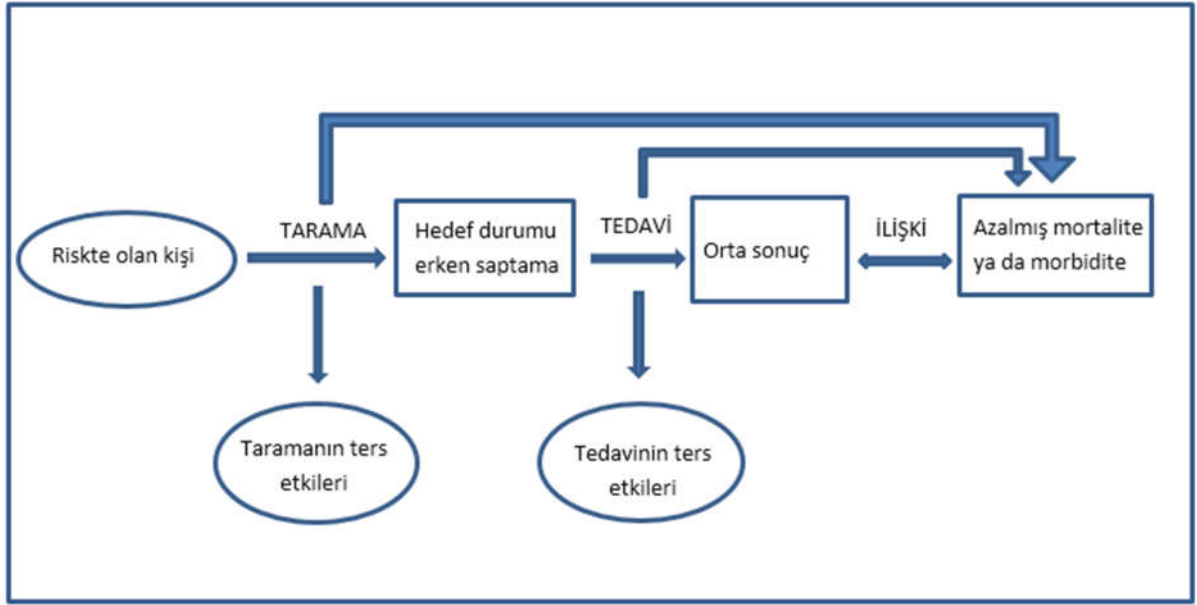
- Taranan hastalık toplum için önemli sağlık sorunu olmalıdır. Hatırlanacağı üzere bir toplumda en çok ölüme yol açan, en sık görülen, sekel bırakan ve iş gücü kaybına yol açan hastalıklar en önemli halk sağlığı sorunu olarak kabul edilirler.
- Taranacak hastalığın tanınması için latent veya erken semptomatik bir dönem bulunmalıdır. Çok ani başlayan veya ani belirti veren hastalıkların toplum taramaları ile ortaya çıkarılması güçtür.
- Taranan hastalığın tıbbi seyri, hastalığın latent döneminden en ilerlemiş haline kadar tüm klinik şekilleri iyice bilinmelidir.
- Hastaların teşhis ve tedavileri için gerekli muayene, laboratuvar, personel, vb. olanaklar yeterli olmalıdır.
- Taranacak hastalıklar kitle taramalarında kullanılabilecek uygunlukta pratik test veya muayene yöntemleri olmalıdır. Taramada kullanılacak testler toplum tarafından kabul edilir olmalıdır.
- Testlerin seçiciliği ve hassasiyeti mümkün olduğu kadar yüksek olmalıdır.
- Tarama sonucu bulunan hastaların iyileştirilmeleri için uygun tedavi yöntemi olmalıdır.

- Taramada saptanan çeşitli evrelerdeki hastalardan hangilerinin ne şekilde tedavi edileceği konusunda üzerinde fikir birliğine varılmış tedavi programları olmalıdır.
- Vaka bulma çalışmaları, şüpheli vakalara ileri tetkik yapılması ve muhtemel tıbbi bakım masrafları ile birlikte düşünülerek maliyet-yarar dengesi iyi korunmalıdır. Yani taramada bulunan vakaların sayısı yüksek olmalı, bunların erken teşhis ve tedavi masrafları, tarama masrafından az olmalıdır.
- Vaka bulma sürekli bir işlem olmalı ve tarama bir defa yapıp sonra toplum tamamen bırakılıp unutulmamalıdır (29).
olarak sayılabilir.

Taramalarda elde edilen yararlar sürekli değerlendirilmeli ve aksayan yönler gözden geçirilerek düzeltilmelidir (29).

Tarama ve takip, sistematik bir temele dayandırıldığı zaman Periyodik Sağlık Muayenesi haline dönüşür (30). Sağlıklı bireylerin önlenebilir hastalıkların erken tanı ve tedavisi amacıyla, tıbbi öykü alma, fizik muayene, laboratuvar tetkikleri gibi yöntemler kullanılarak belli aralıklarla sağlık riskleri yönünden değerlendirilmesidir. Tarama testleri ikincil koruyucu önlemlere örnek verilebilir. Erken tanı konularak gerekli tedavinin yapılması mortalite ve morbiditeyi çok büyük oranda azaltmaktadır (31).

Hekim tarafından tarama kararı alındıktan sonra devam eden süreç ise Şekil 1'de gösterilmektedir (32).



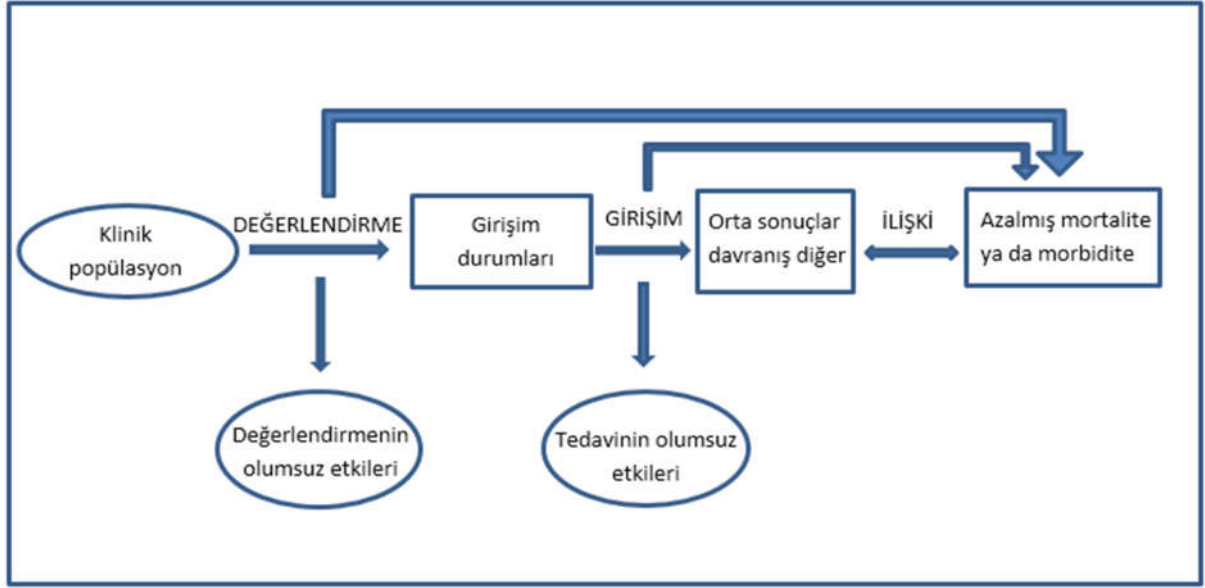
Şekil 1: Tarama Süreci

2.4.4 Koruyucu Sağlık Bakımında Hasta Eğitimi ve Danışmanlık

Periyodik sağlık muayenelerinin hedeflerinden birisi de bireye hastalığa neden olabilecek davranışlar ve çevresel maruziyetleri konusunda danışmanlık vermektir. Danışmanlık periyodik sağlık muayenesinin önemli bir adımıdır (33).

Periyodik muayenede kişinin bilgilendirilmesi ve eğitimi için üç aşama vardır: Bu aşamalardan ilki kişilere yaşa ve cinsiyete uygun periyodik muayene hakkında bilgi verilmesidir. İkincisi ise muayene sırasında saptanan riskli sağlık davranışları hakkında danışmanlık verilmesidir. Son aşama ise davranış değişikliği, saptanan patolojik bulguların tanı ve izlemleri hakkında bilgilendirme ve eğitim verilmesidir. Riskli davranışların ne ölçüde azaltılabileceği kişinin riski ve davranış değişikliğinin önemini kavramasına bağlıdır. Sağlığın korunması, sürdürülmesi ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazanılması hakkında kişilerin eğitimi ve desteklenmesi için periyodik muayene önemli bir fırsat fırsattır (34).

Hasta eğitimi sağlık bakımının içindedir ve sürekli olmalıdır. Klinik görüşmenin dışında bir süreç değildir. Tam tersine klinik görüşme ile bütünleşmeyen eğitimler amaçlarına ulaşmamaktadır (35). Periyodik sağlık muayeneleri sırasında hekim hastasına sağlıklı yaşam tarzının benimsenmesine yönelik beslenme, egzersiz, alkol, sigara ve madde bağımlılığı gibi konularda önerilerde bulunmalıdır (36).



Şekil 2: Davranış ve Danışmanlık Girişimi

2.4.5 Koruyucu Sağlık Bakımında Bağışıklama

Bağışıklama hizmeti, bebeklikten yaşlılığa kadar, kişileri enfeksiyona yakalanma olasılığının en yüksek olduğu dönemden önce aşılacak, riskli hastalıkları önlemek için yürütülen önemli bir temel sağlık hizmetidir. Sağlık kurumuna geliş nedenlerine bakılmaksızın ilk sırada bebek, çocuk ve gebeler olmak üzere tüm kişilerin aşılama durumları kontrol edilmelidir. Aşı takvimine göre aşılama gereken kişiler belirlenmeli ve eksik aşısı olanlar tespit edilip gerekli aşılamalar yapılmalıdır (37).

Bağışıklama yaşlılık ve erişkinlik dönemindeki bireyler için de çok önemlidir. Tıbbi öykünün ve yaşam koşullarının değerlendirilmesi yapılarak yapılabilecek aşılar tespit edilebilir. Dünyada risk grubu taşıyan endemik hastalık (sarıhumma, menenjit, kolera, Japon ensefaliti, tifo vb) bölgelerine yolculuk yapacak olan bireylerin yolculuktan en az bir ay önce aşılamada konusunda gereken bilgilendirilmelerin yapılması gerekmektedir (37).

Aşı uygulamaları insan sağlığı bakımından son yüzyılda yaşanan temel gelişmelerdendir. İmmünizasyon mortalite ve morbiditenin azaltılması yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve insan ömrünün uzamasında büyük bir fonksiyona sahiptir (38).

2.4.6 Kanıta Dayalı Koruyucu Sağlık Bakımı

Kanıta dayalı koruma, sağlıklı bireylere uygulandığı için yararları kanıta dayalı olmak zorundadır. Faydalarının zararlarına göre çok daha fazla olması gerekmektedir (39).

Koruyucu hizmetler kişi ve sağlık sistemi için zaman ve maliyet durumlarını içermektedir. Danışmanlık hizmetinde bile zaman olarak kişisel bir harcama bulunmaktadır. Zaman ve kişisel maliyetler hastalık oluşuktan sonra ortaya çıkacak maliyetlerle karşılaştırıldığında, koruyucu hizmetler maliyet etkin olmak zorundadır (38).

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanı testleri kriterleri aşağıda gösterilmiştir (40).

Dünya Sağlık Örgütü Tanı Testleri Kriterleri:

1. Tetkik edilecek durum önemli bir sağlık problemi olmalıdır. Tespit edildiğinde uygun bir tedavi yöntemi olmalıdır
2. Durumun doğal gidişatı iyi anlaşılabilir olmalı
3. Erken tanı konulabilecek bir evresi olmalıdır
4. Erken evredeki tedavisi geç evredeki tedavisine göre daha etkin olmalıdır
5. Erken evre tanı koymada uygun bir test kullanılabilir olmalıdır
6. Test kabul edilebilir olmalıdır
7. Testin tekrar edilme intervalleri tanımlanmış olmalı
8. Tetkiklerden doğan ekstra klinik yükü uygun provizyonda alınmalı
9. Fizyolojik ve fiziksel riskleri, yararlarından daha az olmalı
10. Maliyetler, yararları dengelemeli

U.S. Preventive Services Task Force (Birleşik Devletler Önleyici Hizmetler Çalışma Grubu, USPSTF) birinci basamak uygulamaları için önemli olan koruma alanlarıyla ilgili başlıkları göstermektedir. Amaçlarından ilki primer ve sekonder koruma programlarının birinci basamakta uygun işleyişini sağlamaktır. İkinci amacı ise tanısı konmuş hastalıkların uygun sevk zinciri içinde yönlendirilmesini sağlamaktır.

U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) sağlıklı bireyler için koruyucu hizmetlerin kanıta dayalı önerilerini sağlamaktır. Primer ve sekonder koruyucu

hizmetler: tetkik ve görüntüleme, danışmanlık ve koruyucu ilaç tedavisinden oluşmaktadır.

Hekimler hangi yöntemin doğru olduğu ve hangi kılavuzun günlük pratiklerinde uygulamaları gerektiği gibi konularında çelişkiye düşebilirler. Kanıta dayalı bir kılavuz olan U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) güvenilirdir. Koruyucu bakımların öncelik olmasıyla birlikte gereksiz yapılan uygulamalar azalır, gerekli yapılan uygulamalar artmaktadır. USPSTF kılavuzundaki önerilerini kanıtın gücüne göre beş sınıfa (A, B, C, D, I) ayırmıştır (41).

Kanıt Gücüne Göre Sınıflama (A, B, C, D, I):

A: Şiddetle tavsiye edilir, net yarar kesindir

B: Tavsiye edilir, net yarar orta derecedir

C: Net yarar küçük, yapılırsa da olur, bazı bireylere uygulanabilir

D: Net yararı yok, zararı var, uygulanmaz

I(insufficient): Yarar zarar dengesi için kanıtlar yetersiz, sonuçlar çelişkilidir

USPSTF Öneri ve Kanıt Düzeylerine örnek olarak:

Kolorektal Kanselerde GGK, Sigmoidoskopi veya Kolonoskopi için;

50-75 yaş grubu için kanıt düzeyi A

76-85 yaş grubu için kanıt düzeyi C

>85 yaş grubu için kanıt düzeyi D

Kolorektal kanser riski olmayanlar için kanıt düzeyi D

Meme Kanseri Mamografi, Dijital mamografi, MRI, Klinik meme muayenesi, Kendi kendine meme muayenesi için;

40-49 yaş kadınlar için kanıt düzeyi C

50-74 yaş kadınlar için kanıt düzeyi B

>75 yaş kadınlar için kanıt düzeyi I

>40 yaş kadınlar için kanıt düzeyi I

>40 yaş kadınlar için kanıt düzeyi D

Serviks Kanseri 3 yılda bir PAP-smear, 5 yılda bir sitoloji/HPV araştırması için;

21-65 yaş kadınlar için kanıt düzeyi A

30-65 yaş kadınlar için kanıt düzeyi A

<21 yaş kadınlar için kanıt düzeyi D

Önceki taramaları yeterli ve risksiz olan >65 yaş üstü kadınlar için kanıt düzeyi D

Serviks dahil histerektomi olan, malignite öyküsü olmayan kadınlar için kanıt düzeyi D

<30 yaş kadınlar için kanıt düzeyi D

verilebilir.

2.5 Periyodik Sağlık Muayenesi

Periyodik sağlık muayenesi (PSM) sağlıklı bireylerin fizik muayene, laboratuvar tetkikleri gibi işlemler kullanılarak belirli aralıklarla değerlendirilmesidir (42). Bireylerin sağlıklarının korunmasına katkıda bulunmak amacıyla yapılan düzenli sağlık kontrolleridir.

Periyodik sağlık muayenelerinin birey, toplum ve hekim için çok fazla yararları vardır. Hastalıkların erken belirlenmesini sağlar. Ciddi hastalıkları önler ve yaşam süresini uzatır. Bu sayede mortalite ve morbiditede önemli azalmalar sağlar. Hastaların sağlığını korumasının yanında hasta-hekim diyalogunu güçlendirir. İlk olarak hasta sonuçlarını ve dolaylı olarak da ise halk sağlığını iyileştirebilir ve yükseltir (43).

PSM uygulaması bireye özel olması gerekmektedir. Her birey yaş, cinsiyet ve çeşitli risk faktörlerinden kaynaklanan farklılıklardan dolayı durumuna göre belli periyotlarla görüşmeye çağrılmalıdır. Hastanın ne için geldiğine bakılmaksızın muayeneye gelen her bireye, hastalıklardan korumak ve erken tanı sağlamak için PSM uygulanmalıdır. Periyodik sağlık muayenelerini çeşitli testlerin yapılması, muayene etme (boy, kilo, tansiyon ölçümü gibi), danışmanlık verilmesi (sigara, alkol, kazalar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi) ve bağışıklama oluşturmaktadır (44).

Periyodik sağlık muayenesi ayrıntılı öykü alınmasıyla başlamaktadır. Öykü hastanın sağlık risklerini belirlemek için kendisinin ve ailesinin hastalık ve sağlık durumlarını, yaşam biçimini ve alışkanlıklarını (beslenme alışkanlıkları, bedensel etkinlik derecesi, sigara ve alkol kullanımı, uyku düzeni) ve iş hayatlarını içermesi gerekmektedir. Öykü kişinin ve ailesinin sağlık risklerini daha net görmeyi sağlar. Her görüşmede öğrenilmesi gereken bilgileri bilgiler aşağıda sıralanmıştır.

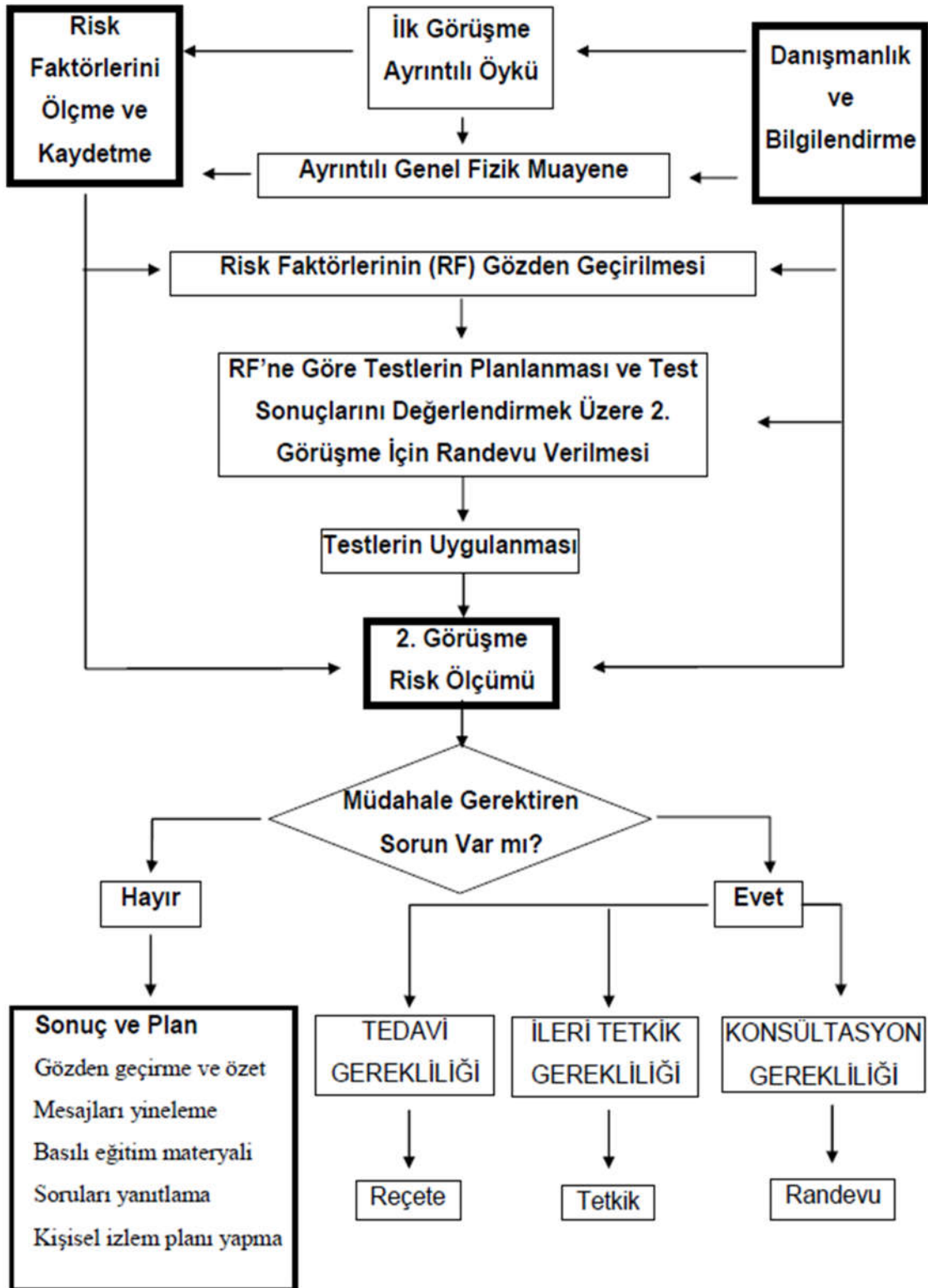
Periyodik Sağlık Muayenesinde Her Görüşmede Öğrenilmesi Gereken Bilgiler:

- Yaş
- Kilo-boy
- Kan basıncı
- Meslek
- Alıştırma ya da etkinlik derecesi
- Diyet ve beslenme
- Alkol ve sigara kullanımı
- Aşılanma durumu
- Yaşam biçimi değişikliği
- Aile öyküsü - aile stresi
- Emniyet kemeri kullanımı
- Uyku düzeni ve sağlığı
- İş yaşamı memnuniyeti 'dir (45).

Fizik muayene ise ikinci aşamadır. Vital bulguların değerlendirilmesi ile başlamaktadır. Başvuran hasta kaç yaşında olursa olsun kan basıncı mutlaka ölçülmesi gerekmektedir. Periyodik sağlık muayenesinde daha sonraki aşamalar hastanın yaş ve cinsiyetine göre bedensel değerlendirme yapılması, tarama testlerinin yapılması, riskli davranışlara dair danışmanlık verilmesi, gerekli aşıların yapılması ve sağlık eğitimidir (45).

Periyodik sağlık muayenesinde bazı önerilmeyen testler vardır. Bunların bir kısmı invaziv olması, bir kısmı da daha az görülen hastalıklar için olması ve hekimlere verdikleri bilgilerin yetersiz olması nedeniyle tercih edilmemektedir. Bunlara örnek olarak; yakınması olmayan kişilerde kalp hastalıklarının taranması için EKG çekilmesi ve periferik arter hastalıkları için doppler ultrasonografi çekilmesi verilebilir. Over kanseri için ultrasonografi çekmek ya da Ca-125 değerine bakmakta bunlara örnektir (45).

Sağlıklı erişkinlerde periyodik muayene akış diyagramı şekil 3'te gösterilmiştir (32),(38),(46).



Şekil 3: Sağlıklı Erişkinlerde Periyodik Muayene Akış Diyagramı

2.5.1 Periyodik Sağlık Muayenesinin Tarihsel Gelişimi

Organizmanın sağlıklı olarak devamlılığı ve dış etkenlere karşı dayanıklılığının üst düzeyde tutulmasının ilk mekanizması M.Ö. 5. yüzyılda dile getirilmiştir. Bu mekanizmayı Empedokles dört unsurun; kan, balgam, safra ve sevdanın dengede tutulması olarak açıklamıştır (47). Modern bilim tıp alanında hastalıklar için tedavi olanaklarının yeni oluşmaya başladığı zamanlarda hastalıkların oluşmadan tanısının konması ve sonrasında tedavi edilmesi fikri düşünülmüştür. Sağlıklı bireylerde sağlık muayenesi yapmak ilk kez 1861’ de Birleşik Krallık’ta ortaya çıkmış, sonrasında ise Fransa’da kabul edilmiştir. 20. yüzyıla gelindiğinde ise Amerika Birleşik Devletleri’ne (ABD) kabul edilmiştir (48).

Horace Dobel 1861 yılında sağlıklı bireylerde periyodik sağlık muayenesinin önemini belirten ilk kişidir (49). Periyodik sağlık muayenesi ilk dönemlerde işe başlamadan önce sağlıklı olunduğunun ispatı için uygulanmaya başlanmıştır. Amaç bireylere sağlık sigortası yapılmadan önce riski belirlemektir. ABD’de bunu 1900’lerin başında öneren kişi Dr. George Gould’ dur. Bundan sonra ise ilk kez Ulusal Tüberküloz Derneği 1915 yılında genel sağlık muayenesini düzenlemiştir (48).

ABD’de çalışanlar için sağlık muayenesi ilk kez 1906 yılında yapılmıştır (50). Kurumsal çalışmaların büyük bir kısmı tamamen finansal açıdan yapılan değerlendirmeler sonucunda ortaya çıkmıştır (51). Sağlık muayenesi hakkında, bankalar ve sigorta şirketleri süreci standardize etmek ve karlarını geliştirmek için çeşitli standartlar geliştirmişler, kampanyalara destek vermişler ve bu konuda dergiler yayınlamışlardır (52).

Amerika Tıp Birliği (American Medical Association, AMA) tarafından 1920’li yıllarda sağlık muayeneleri ile ilgili olarak doktorların davranışlarını standardize etmek amacıyla rehberler hazırlanmıştır (53). Periyodik sağlık muayenesi ilk olarak genel toplum taramaları ve sağlık eğitimi şeklinde düşünülmüştür. Sonrasında da özel grupların hastalık risklerinin tespiti, erken evrede tanı ve tedavisinin yapılabilmesi için izlenmesi şeklinde değişim göstermiştir (54).

En kapsamlı ilk kanıta dayalı toplumsal tarama rehberleri Kanada’da 1976’da oluşturulmuştur (46). 1984’ de ABD Halk Sağlığı hizmetleri tarafından U.S. Preventive Services Task Force oluşturulmuştur. USPSTF tarama, danışmanlık ve

koruyucu hizmetlerin bilimsel kanıtlarının ayrıntılı biçimde değerlendirilmesini yapmaktadır. Önerileri ise altın standart olarak kabul görmektedir.

Periyodik sağlık muayenesi sırasında hangi tarama ve koruma programlarının uygulanacağı değişkenlik gösterebilir. Hangi uygulamanın yapılacağı PSM kriterlerine uygun olarak muayenede sırasında belirlenir. Her muayenede bireye özel, risk faktörlerinin değerlendirmesi ve karara varılmış uygulamaların yapılması daha çok yarar sağlamaktadır (38).

2.5.2 Dünyada Periyodik Sağlık Muayenesi

Dünyada, sağlığın iyileştirilmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerinde Amerika'da kabul görmüş olan Amerika Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu(U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) ve American College of Preventive Medicine (ACPM) ön plana çıkmıştır (55), (56). Kanada'da Kanada Koruyucu Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubu (Canadian Task Force on Preventive ve Health Care (CTFPHC)), kılavuzlarıyla yol göstermektedir (57). Avrupa'da ise Dünya Sağlık Örgütü ve Avrupa Komisyonu Sağlık Promosyonu ve Hastalık Önleme (European Commission Health Promotion and Disease Prevention) örnek verilebilir (58), (59). Bu tarama programları güncellemelerle gelişmektedir ve bu sayede dünya çapında kabul edilmektedirler.

Periyodik sağlık muayenesinin gerekliliği konusunda farklı görüşler mevcuttur. Yapılan tetkiklerin yanlış pozitif sonuçları sebebiyle hastalara gereksiz tanı konulduğu düşünülmektedir (60), (61). Periyodik sağlık muayenesi uygularken az sayıda tetkik, uygun zamanda ve yaşta belirli kriterlere bağlı olarak, kişiye özel yapılması gerekmektedir (38).

2.5.3 Türkiye'de Periyodik Sağlık Muayenesi

Periyodik sağlık muayenesi kişilerin görüşme, fizik muayene, öykü, laboratuvar tetkikleri ve tarama testleri ile belli aralıklarla değerlendirmek olarak tanımlanabilir. PSM halk sağlığı ile birinci basamak sağlık hizmetleri arasında önemli bağ kurmaktadır (62).

İlk sağlık taraması ülkemizde önce öğrencilere daha sonra da toplumun tamamına 1990 yılında yapılmıştır. İnsidansı ve prevelansı yüksek olan belirli hastalıkların taranması olarak yapılmıştır (63).

Aile hekimliği uygulaması periyodik sağlık muayenelerinde önemli bir yer tutmaktadır. Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin çalışma usul ve esasları arasında aile hekimlerinin görev, yetki ve sorumlulukları içerisinde “Periyodik Sağlık Muayenesi Yapmak” yer almaktadır (64).

Aile Hekimliği Uygulamasında Periyodik Muayene ve Tarama Rehberi çalışması ile ilgili ilk çalıştay 01-03 Aralık 2011’de aile hekimliği akademisyenlerinin ve ilgili uzmanlık derneklerinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Çalıştay sırasında USPSTF, CTFPHC ve AAFP (American Academy of Family Physicians)’nin yayınladığı rehberler ve ülkelerin çalışmaları incelenerek, ulusal ve uluslararası nitelikteki benzer kılavuzlar gözden geçirilmiştir. Bazı konularda kanıt referansları açısından akademisyenler arasında fikir birliğine varılamamıştır. Bunun üzerine ise 8-10 Ekim 2012 tarihleri arasında Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği, Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu, aile hekimliği akademisyenleri, Türk Tabipleri Birliği temsilcileri ve ilgili uzmanlık dernekleri temsilcilerinin katıldığı ikinci bir çalıştay gerçekleştirilmiştir. 20 Ağustos 2014’de Aile Hekimlerine rehber sunulmuştur (65).

Periyodik muayene rehberinde Türkiye’de en sık görülen ve alanda çalışan hekimlerin rehberde olmasını istedikleri sağlık sorunlarını kapsaması sağlanmışır. Bu rehberdeki öneriler aile hekimliği uygulamasında periyodik muayene ve tarama yöntemlerinin güncel ve verimli uygulanmasını sağlamaktadır.

Türkiye’de bu kılavuz rehberin uygulanması ile koruyucu sağlık hizmetlerinin ve sağlıklı hayatın teşviki programlarının daha da geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Bu sayede ile aile hekimliği uygulamasının kalitesinin artırılması planlanmaktadır. Birinci basamakta çalışan hekim ve aile sağlığı elemanının daha standart bir yaklaşım sergilemesini sağlamaktadır (65).

Rehberde yer alan taramalar çocuk, erişkin ve yaşlılık dönemlerine göre aşağıda sınıflandırılmışır (65).

Bebeklik ve Çocukluk Dönemi:

- Bebeklik ve Çocukluk Dönemi Bağışıklamasının Yapılması
- Anne Sütü ve Emzirme Konusunda Bilgilendirme
- Demir Profilaksisi- D Vitamini Profilaksisi

- İnmemiş Testis Muayenesi
- Fenilketonüri Taraması
- Konjenital Hipotiroidi Taraması
- Biotinidaz Eksikliği Taraması
- Gelişimsel Kalça Displazisi
- Yenidoğan, Bebek ve Erken Çocuklukta Görmenin Değerlendirilmesi
- Prematüre Retinopatisi
- Yenidoğan İşitme Taraması
- Bebeklik ve Çocukluk Çağı Ağız ve Diş Sağlığı
- Arteriyel Tansiyon Ölçümü
- Sağlıklı Diyet Danışmanlığı
- Obezite Taraması
- Çocuklarda Tütün ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddelerin Kullanım Durumunun ve Tütün Ürünü Dumanından Pasif Etkilenimin Değerlendirilmesi
- Bilişsel Gelişim, Dil Gelişimi, Sosyal ve Duygusal Gelişim, Kaba-Motor ve İnce-Motor Gelişimin Taranması
- Yaygın Gelişimsel Bozuklukların Taranması
- Çocuk İhmali ve Çocuğa Kötü Muamelenin Sorgulanması
- Kan Yolu İle Bulaşan Hastalıklar

Erişkinlik Dönemi:

- Kardiyovasküler Olaylardan Korunmada Risk Değerlendirilmesi
- Tütün Ürünü Kullanımı ve Pasif Etkilenim Durumunun Değerlendirilmesi
- Kardiyovasküler Olaylardan Korunmada Aspirin Kullanımı (Erkek)
- İskemik İnmeden Korunmada Aspirin Kullanımı (Kadın)
- Arteriyel Tansiyon Takibi
- Serum Lipid Profili Taraması (Tg, Hdl, Ldl)
- Diabetes Mellitus Taraması
- Tiroid Fonksiyon Anomalileri
- Obezite Taraması
- Tüberküloz
- Meme Kanseri Taraması (Kadın)

- Kolorektal Kanseri Taraması (Kadın/Erkek)
- Serviks Kanseri ve Prekanseroz Lezyonların Taranması (Kadın)
- Prostat Kanseri (Erkek)
- Kan ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
- Kemik Sağlığının Korunması İçin Bilgilendirme
- Sekonder Osteoporoz / Kırık Riski
- Gebelerde Ağız Diş Sağlığı ve Eğitimi
- Gebelerde Kan Grubu Tayini, Demir Eksikliği, Hepatit B Taraması
- Gestasyonel Diyabet Taraması
- Nöral Tüp Defekti Profilaksisi İçin Folik Asit Önerilmesi
- Orak Hücreli Anemi ve Talasemi Major Taraması
- Alkol Kullanım Durumunun Değerlendirilmesi
- Depresyon
- Erişkinlerde Bağışıklama
- Uyuşturucu Madde Kullanım Durumunun Değerlendirilmesi

Geriatrik Dönem:

- Yaşlılarda Kardiyovasküler Olaylarda Aspirin Koruyuculuğu (Kadın/Erkek)
- İskemik İnmede Aspirin Koruyuculuğu (Kadın)
- Yaşlılarda Osteoporoz / Kırık Riski (Kadın/Erkek)
- Çok Yönlü Geriatrik Değerlendirme

2.6 İş Yüğü

İş yükünü ifade etmek amacıyla farklı birçok çalışmada farklı tanımlar kullanılmıştır. Tek bir iş yükü tanımı bulunmamaktadır. En yaygın ve en kapsayıcı olarak: İş yükü genel olarak çalışan kişinin görevini yapması sırasında kendisine yüklenen sorumluluk ve görevin yoğunluğunu ifade etmektedir (5), (66). İş yükü çalışanın kendisine yüklenen iş ve sorumluluğun, çalışanın kapasitesi veya sağlanan olanakların üzerinde olması durumunda ortaya koyduğu tepki olarak da ifade edilmiştir (67).

İş yükü kavramını ifade ederken işin gerçek miktarı kadar, çalışanın o işin miktarını nasıl algıladığı da önemlidir. Çünkü iş yükü, o işin yapılması için sağlanan

kaynaklar ile verilen işin miktarı ve yüklenen sorumluluk arasındaki algılanmakta olan ilişkidir (68). Akşam mesailerine kalınmasını ve hafta sonları çalışılmasını gerektiren görevler, teslim tarihleri, zaman baskısı, bilgi fazlalığı, ilgilenilen insan sayısının fazlalığı iş yükünü belirleyen çeşitli özelliklerdir (69).

İş yükünün çalışan performansına olumsuz etkisi olduğu varsayılmış ve bu sonucu açıklayan birçok çalışma ortaya konmuştur. İş yükü iş ortamında baskı kaynağı olarak değerlendirilmiş ve bu baskı neticesinde çalışanların performanslarının olumsuz bir şekilde etkilendiği varsayımı ortaya atılmıştır (5).

Ancak, literatüre bakıldığında iş yükü ve performans ilişkisinin çok karmaşık bir konu olduğu görülmektedir. Bazı çalışmalar, iş yükü ve performans arasındaki ilişkiyi her zaman negatif bir ilişki olarak algılamanın yanlış olacağını ortaya koymuşlardır (70). İş yükünün çok olduğu durumlarda her zaman performansın düşük olmasının söz konusu olmayacağı gibi iş yükünün az olması durumunda da çalışanların performanslarının yüksek olacağı anlamına gelmediği düşünülmektedir (71).

İş yükü, kişinin üzerinde hissettiği bir tür baskıdır. İş yükü fazlalığı, kişinin olumsuz duygular yaşamasına neden olabilmekte ve performansını kötü etkilemektedir. İletişim eksikliği, motivasyon kaybı, memnuniyetsizlik, tükenmişlik iş yükünün ortaya çıkardığı olumsuz durumlardır. Olumsuz koşulların bilinmesi ve bunlara yönelik önlemlerin alınması çok önemlidir (72).

Artan iş yükünün iş ortamında baskıya (stress) sebep olduğu bunun neticesinde de çalışanların performansının düştüğü düşünülmektedir. Bu baskılar neticesinde kişinin yaşadığı duygu stres veya iş stresi olarak dilimizde literatüre girmiştir. Bu tür stres kaynaklarına ise iş yükü, kısıtlı zaman, üst seviye sorumluluk verilmesi, detaylı ve aşırı dikkat gerektiren işlerin verilmesi, olağan miktarın üzerinde iş verilmesi örnek olarak verilebilir (73).

3 GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Modeli

Araştırma kesitsel analitik biçimde planlanmıştır. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik kurulu tarafından 21.06.2018 tarihinde birinci basamakta çalışan aile hekimlerini kapsayan bu çalışma için İl Sağlık Müdürlüğünden izin alınması koşuluyla çalışmanın gerçekleştirilmesi uygun görülmüştür. “İzmir İl Sağlık Müdürlüğü”nden 21.09.2018 tarihinde onay yazısı alınmıştır.

3.2 Araştırma Örneklemi

Çalışma İzmir ili 11 merkez ilçedeki(Balçova, Bayraklı, Bornova, Buca, Çiğli, Gaziemir, Güzelbahçe, Karabağlar, Karşıyaka, Konak ve Narlıdere) aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerine yapılmıştır. 2018 yılı İzmir merkez ilçelerinde çalışan 875 aile hekimine örneklem formülü ($n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$) kullanılarak hesaplanan 259 aile hekimiyle gerçekleştirilmiştir. Aile hekimi sayıları her ilçedeki hekim sayılarına orantılı olarak dağıtılmıştır.

Tablo 1: 2018 yılı İzmir ili merkez ilçelerindeki aile hekimi sayıları ve örneklem dağılımı

İLÇE ADI	EVREN	%	ÖRNEKLEM
Balçova	23	2,6	7
Bayraklı	104	11,8	30
Bornova	127	14,5	37
Buca	145	16,5	43
Çiğli	48	5,4	14
Gaziemir	36	4,4	11
Güzelbahçe	8	0,9	2
Karabağlar	157	17,9	46

Karşıyaka	96	10,9	28
Konak	123	14	36
Narlıdere	16	1,8	5
TOPLAM	875	100	259

3.3 Araştırma Uygulaması

Araştırmada veri kaynağı olarak birinci bölümde katılımcıların sosyo demografik verilerini içeren sorular (1-10. sorular), tıbbi öyküsünü ve aile öyküsünü içeren sorular (11-16. sorular), çalıştıkları aile hekimliği biriminin özelliklerini içeren sorular (17-20. sorular) ve son olarak bir önceki yıla ait tarama yapma durumunu değerlendiren sorular (21-23. sorular) bulunmaktadır.

İkinci bölümünde T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun ‘Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri’ rehberi kullanılarak oluşturulan 25 adet sorudan oluşan anket formu yer almaktadır. Aile hekimlerinin sağlık tarama davranışını değerlendirmeyi amaçlayan bu sorular 5’li Likert ölçeğini (1: hiç bir zaman, 2: nadiren, 3: bazen, 4: sıklıkla, 5: her zaman) esas alan kapalı uçlu sorulardan oluşmaktadır.

Üçüncü bölümünde iş yükü ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek “Duxbury ve Higgins” tarafından 1994’de geliştirilmiştir. Ölçek ile katılımcıların yaşadıkları iş yükü, uyumsuzluk ve işlerindeki kontrol kaybının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ölçekte işin yapılması için gereken süre, bilgi, beceri ve sorumluluk, iş yoğunluğu ve bireyin algıladığı iş yükünün belirlenmesi için 11 madde bulunmaktadır. Ölçeğin alt ölçeği bulunmamaktadır, tek boyuttan oluşmaktadır. 11 maddenin bir tanesi (7.soru) ters olarak hazırlanmıştır. Ölçeğin minimum puanı 11, maksimum puanı ise 55’tir. Her bir madde 5’li Likert ölçeğini (1: kesinlikle katılmıyorum, 2: katılmıyorum, 3: ortadayım(ne katılıyorum, ne katılmıyorum), 4: katılıyorum, 5: kesinlikle katılıyorum) esas alan kapalı uçlu maddelerdir. Her bir maddeye bireyin ne oranda katıldığını belirleyecek en uygun sayının maddenin başına getirilerek değerlendirmesi istenmiştir. Katılımcının ölçeğe verdiği puanın artması, bireyin algıladığı iş yükünün fazla olduğunu göstermektedir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Ayca ve Eskin

tarafından 2005 yılında yapılmıştır ve Cronbach alfa katsayısı 0.82 olarak hesaplanmıştır (74).

Veriler örnekleme dahil olan hekimlerin çalışma ortamında, yüz yüze görüşme yöntemi ile, anket uygulanarak toplandı. Araştırmacı tarafından uygulanan anket katılımcı tarafından dolduruldu. Anket her ziyaret edilen hekim için eş zamanlı olarak doldurulup toplandı.

3.4 Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular, istatistiksel analizler için SPSS 22.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde t testi, ANOVA ve korelasyon analizi kullanılmış, $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

4 BULGULAR

Çalışmaya katılan 259 hekimin sosyodemografik verileri değerlendirilmiş ve tablo 2'de gösterilmiştir. 259 hekimin 113 (%43,6)'ü kadın, 146 (%56,4)'sı erkektir ve yaş ortalamaları $53,53 \pm 5,96$ yıldır (35-70 yıl). 35-45 yaş aralığında olan hekim sayısı 18 (%6,9), 46-55 yaş aralığında olanların sayısı 154 (%59,5) ve 56-70 yaş aralığında olanların sayısı 87 (%33,6) olarak bulunmuştur.

Medeni durumlarında 231 (%89,2) hekim evli, 28 (%10,8) hekim ise bekardı. Unvanlarına bakıldığında 217 (%83,8) kişi pratisyen hekim, 34 (%13,1) kişi aile hekimliği uzmanı ve 8 (%3,1) kişi diğer uzmanlık dallarıydı. Diğer uzmanlık dallarını belirten hekimler arasında kadın hastalıkları ve doğum, ortopedi, pediatri, halk sağlığı ve fizyoloji uzmanlıkları mevcuttu.

Aile hekimi olarak çalışılan süre ortalaması $13,36 \pm 4,85$ yıldır (2-30 yıl). Bu süresi 0-10 yıl olan 66 (%25,5) hekim, 11-20 yıl olan 167 (%64,5) hekim ve 21-30 yıl olan 26 (%10,0) hekim mevcuttu. Aile hekimi olmadan önce birinci basamakta hasta bakma durumlarına bakıldığında 245 (%94,6) hekim bakmıştı, 14 (%5,4) hekim ise bakmamıştı.

Hekimlere sigara kullanma durumu sorulduğunda 138 (%53,3) hekim kullanmıyorum, 45 (%17,4) hekim kullanıyorum ve 76 (%29,3) hekim kullandım bıraktım olarak yanıtlamıştır. Alkol kullanım durumlarını 90 (%34,7) hekim kullanmıyorum, 140 (%54,1) hekim nadiren kullanıyorum ve 29 (%11,2) hekim düzenli kullanıyorum olarak belirtti.

Hekimlere boy ve kiloları sorularak vücut kitle indeksleri hesaplandı. Ortalaması $25,47 \pm 2,9$ olarak bulundu (19,5-35). Vücut kitle indeksleri gruplandırıldığında 18,5-24,9 aralığında normal olan 118 (%45,6) hekim, 25-29,9 aralığında fazla kilolu olan 125 (%48,3) hekim, 30-34,9 aralığında 1. derece obez olan 15 (%5,8) hekim ve 35-39,9 aralığında 2. derece obez olan 1 (%0,4) hekim saptandı.

Tablo 2: Hekimlerin sosyodemografik özellikleri

	N (%)	Ortalama	SS
Cinsiyet			
Kadın	113 (43,6)		
Erkek	146 (56,4)		
Yaş(yıl)		53,53	5,96
35-45	18 (6,9)		
46-55	154 (59,5)		
56-70	87 (33,6)		
Medeni durum			
Evli	231 (89,2)		
Bekar	28 (10,8)		
Unvan			
Pratisyen hekim	217 (83,8)		
Aile hekimliği uzmanı	34 (13,1)		
Diğer uzmanlıklar	8 (3,1)		
Aile hekimi olarak çalışılan süre		13,36	4,85
0-10 yıl	66 (25,5)		
11-20 yıl	167 (64,5)		
21-30 yıl	26 (10,0)		
Aile hekimi olmadan önce birinci basamakta hasta bakma durumu			
Evet	245 (94,6)		
Hayır	14 (5,4)		
Sigara			
Kullanmıyorum	138 (53,3)		
Kullanıyorum	45 (17,4)		
Kullandım bıraktım	76 (29,3)		
Alkol			

Kullanmıyorum	90 (34,7)		
Nadiren kullanıyorum	140 (54,1)		
Düzenli kullanıyorum	29 (11,2)		
VKİ		25,47	2,9
18,5-24,9 normal	118 (45,6)		
25-29,9 fazla kilolu	125 (48,3)		
30-34,9 1. derece obez	15 (5,8)		
35-39,9 2. derece obez	1 (0,4)		

Tablo 3'te hekimlerin tıbbi öyküleri ve aile öyküleri gösterilmiştir. Kronik hastalığı mevcut 1. derece akrabası olan hekim sayısı 149 (%57,5) iken, olmayan 110 (%42,5) hekim vardı. 163 (%62,9) hekim kronik hastalık şüphesiyle tetkik yaptırmış, 96 (%37,1) hekim ise yaptırmamıştı. Kronik hastalığı olan hekim sayısı 93 (%35,9) iken, 166 (%64,1) hekimin kronik hastalığı yoktu.

Kanser öyküsü mevcut 1. derece akrabası olan 93 (%35,9) hekim, olmayan ise 161 (%62,2) hekim vardı. 125 (%48,3) hekim kanser şüphesiyle tetkik yaptırdığını, 134 (%51,7) hekim ise yaptırmadığını belirtti. Kanser tanısı alan 1 (0,4) hekim mevcuttu ve tanısı meme kanseriydi.

Tablo 3: Hekimlerin tıbbi öyküleri ve aile öyküleri

	N (%)
Kronik hastalığı olan 1. derece akrabanız var mı?	
Hayır	110 (42,5)
Evet	149 (57,5)
Kronik hastalık şüphesiyle tetkik yaptırdınız mı?	
Hayır	96 (37,1)
Evet	163 (62,9)
Kronik hastalığınız mevcut mu?	
Hayır	166 (64,1)
Evet	93 (35,9)
Kanser öyküsü olan 1. derece akrabanız var mı?	
Hayır	161 (62,2)
Evet	98 (37,8)
Kanser şüphesiyle tetkik yaptırdınız mı?	
Hayır	134 (51,7)
Evet	125 (48,3)
Kesinleşmiş kanser tanınız var mı?	
Hayır	258 (99,6)
Evet	1 (0,4)

Tablo 4'te hekimlerin çalıştıkları aile hekimliği biriminin özellikleri gösterilmiştir. Balçova'dan 7 (%2,7), Bayraklı'dan 30 (%11,6), Bornova'dan 37 (%14,3), Buca'dan 43 (%16,6), Çiğli'den 14 (%5,4), Gaziemir'den 11 (%4,2), Güzelbahçe'den 2 (%0,8), Karabağlar'dan 46 (%17,8), Karşıyaka'dan 28 (%10,8), Konak'tan 36 (%13,9) ve Narlıdere'den 5 (%1,9) hekim çalışmaya katılmıştır.

Günlük bakılan ortalama hasta sayısı 61,05±13,84'ti. 135 (%52,1) hekim '60 ve altı' sayıda hastaya baktığını, 124 (%47,9) hekim ise '61 ve üstü' sayıda hastaya baktığını ifade etti. Birime kayıtlı toplam nüfus '3430 ve altı' olan 122 (%47,1) hekim, '3431 ve üstü' olan 137 (%52,9) hekim bulunmuştur. 244 (%94,2) hekimin birlikte

çalıştığı aile sağlığı elemanı vardı, 15 (%5,8) hekimin ise birlikte çalıştığı aile sağlığı elemanı yoktu.

Tablo 4: Hekimlerin çalıştıkları aile hekimliği biriminin özellikleri

	N (%)	Ortalama	SS
Çalışılan ilçe			
Balçova	7 (2,7)		
Bayraklı	30 (11,6)		
Bornova	37 (14,3)		
Buca	43 (16,6)		
Çiğli	14 (5,4)		
Gazimir	11 (4,2)		
Güzelbahçe	2 (0,8)		
Karabağlar	46 (17,8)		
Karşıyaka	28 (10,8)		
Konak	36 (13,9)		
Narlıdere	5 (1,9)		
Günlük bakılan ortalama hasta sayısı		61,05	13,84
60 ve altı	135 (52,1)		
61 ve üstü	124 (47,9)		
Birime kayıtlı toplam nüfus		3430,91	373,96
3430 ve altı	122 (47,1)		
3431 ve üstü	137 (52,9)		
Birlikte çalışılan aile sağlığı elemanı			
Var	244 (94,2)		
Yok	15 (5,8)		

Tablo 5'te hekimlerin bir önceki yıl tarama yapma durumları gösterilmiştir. '50-70 yaş grubundaki yetişkinlerin ne kadarına GGK testini yaptırdınız?' sorusuna 192 (%74,1) hekim yarısından azına, 67 (%25,9) hekim yarısı ve fazlasına cevabını vermişti. '40-69 yaş arası kadınların ne kadarına iki yılda bir mamografi yapılmasını önerdiniz?' sorusuna 63 (%24,3) hekim yarısından azına, 196 (%75,7) hekim yarısı ve fazlasına olarak cevaplamıştır. '30-65 yaş arası kadınların ne kadarına PAP Smear ve HPV testi yaptırdınız?' sorusuna ise 115 (%44,4) hekim yarısından azına, 144 (%55,6) hekim ise yarısı ve fazlasına olduğunu belirtmiştir.

Tablo 5: Hekimlerin bir önceki yıl tarama yapma durumları

	N (%)
50-70 yaş grubundaki yetişkinlerin ne kadarına GGK testini yaptırdınız?	
Yarısından azına	192 (74,1)
Yarısı ve fazlasına	67 (25,9)
40-69 yaş arası kadınların ne kadarına iki yılda bir mamografi yapılmasını önerdiniz?	
Yarısından azına	63 (24,3)
Yarısı ve fazlasına	196 (75,7)
30-65 yaş arası kadınların ne kadarına PAP Smear ve HPV testi yaptırdınız?	
Yarısından azına	115 (44,4)
Yarısı ve fazlasına	144 (55,6)

Tablo 6'da veri toplama aracının ikinci kısmındaki 25 soruluk sağlık tarama davranışı anketinin beşli likert puan ortalamalarının sosyodemografik özellikler ile karşılaştırılması gösterilmiştir. Beşli likert şeklinde olan bu ankette 1: hiç bir zaman, 2: nadiren, 3: bazen, 4: sıklıkla, 5: her zaman olarak kodlanmış ve değerlendirilmiştir. Katılımcıların sağlık tarama davranışı anketi beşli likert puan ortalaması $3,67 \pm 0,45$ bulunmuştur.

Anket puan ortalaması cinsiyet ile karşılaştırıldığında kadınların ortalaması $3,79 \pm 0,45$, erkeklerin ortalaması $3,58 \pm 0,43$ bulunmuştur ve aralarında anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0,001$). Anket puan ortalaması 35-45 yaş grubunda $3,88 \pm 0,52$, 46-55 yaş grubunda $3,63 \pm 0,46$, ve 56-70 yaş grubunda $3,70 \pm 0,40$ olarak bulunmuştur. Anlamlı fark saptanmamıştır ($p: 0,061$).

Evli hekimlerin puan ortalaması $3,68 \pm 0,44$, bekar hekimlerinki $3,64 \pm 0,50$ saptanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p: 0,684$). Pratisyen hekimlerin puan ortalaması $3,67 \pm 0,42$, aile hekimliği uzmanlarının puan ortalaması $3,73 \pm 0,62$, diğer uzmanlıkların puan ortalaması ise $3,52 \pm 0,41$ bulunmuştur ve aralarında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p: 0,465$).

Aile hekimi olarak 0-10 yıl çalışanların puan ortalaması $3,67 \pm 0,45$, 11-20 yıl çalışanların puan ortalaması $3,68 \pm 0,41$, 21-30 yıl çalışanların puan ortalaması $3,65 \pm 0,64$ 'tür ve aralarında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p: 0,961$). Aile hekimi olmadan önce birinci basamakta hasta bakanların puan ortalaması $3,66 \pm 0,44$, bakmayanların puan ortalaması $3,85 \pm 0,47$ bulunmuştur ve aralarında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p: 0,138$).

Sigara kullanmayan hekimlerin anket puan ortalaması $3,64 \pm 0,46$, sigara kullanan hekimlerin anket puan ortalaması $3,77 \pm 0,54$, sigarayı kullanıp bırakan hekimlerin anket puan ortalaması ise $3,67 \pm 0,36$ olup aralarında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p: 0,296$). Alkol kullanım durumu sorusuna kullanmıyorum cevabını veren hekimlerin anket puan ortalaması $3,80 \pm 0,42$, nadiren kullanıyorum cevabını verenlerin anket puan ortalaması $3,63 \pm 0,44$, düzenli kullanıyorum cevabını verenlerin anket puan ortalaması $3,48 \pm 0,51$ 'dir ve aralarında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p: 0,001$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu gruplar arasındaki anlamlı farkın düzenli kullanıyorum ve kullanmıyorum cevabını veren aile hekimleri arasında olduğu bulunmuştur. Kullanmıyorum cevabını verenlerin sağlık tarama davranışı anket puan ortalaması, düzenli kullanıyorum cevabını verenlere göre daha yüksekti.

Vücut kitle indeksine göre normal kilolu olan hekimlerin anket puan ortalaması $3,73 \pm 0,45$, fazla kilolu olan hekimlerin anket puan ortalaması $3,65 \pm 0,41$ ve 1.

derece obez olan hekimlerin anket puan ortalaması $3,38 \pm 0,58$ bulunmuştur. Gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p:0,015$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu gruplar arasındaki anlamlı farkın 1.derece obez-fazla kilolu ve 1.derece obez-normal arasında olduğu bulunmuştur. 1. Derece obezlerin sağlık tarama davranışı anketi puan ortalaması hem normal kilolulara hem de fazla kilolulara göre daha düşüktü.

Tablo 6: Sağlık tarama davranışı anketi beşli likert puan ortalamalarının sosyodemografik özellikler ile karşılaştırılması

		Anket puan ortalaması	p değeri
Cinsiyet	Kadın	$3,79 \pm 0,45$	<0,001
	Erkek	$3,58 \pm 0,43$	
Yaş(yıl)	35-45	$3,88 \pm 0,52$	0,061
	46-55	$3,63 \pm 0,46$	
	56-70	$3,70 \pm 0,40$	
Medeni durum	Evli	$3,68 \pm 0,44$	0,684
	Bekar	$3,64 \pm 0,50$	
Unvan	Pratisyen hekim	$3,67 \pm 0,42$	0,465
	Aile hekimliği uzmanı	$3,73 \pm 0,62$	
	Diğer uzmanlıklar	$3,52 \pm 0,41$	
Aile hekimi olarak çalışılan süre	0-10 yıl	$3,67 \pm 0,45$	0,961
	11-20 yıl	$3,68 \pm 0,41$	
	21-30 yıl	$3,65 \pm 0,64$	
Aile hekimi olmadan önce birinci basamakta hasta bakma durumu	Evet	$3,66 \pm 0,44$	0,138
	Hayır	$3,85 \pm 0,47$	

Sigara	Kullanmıyorum	3,64 ± 0,46	0,296
	Kullanıyorum	3,77 ± 0,54	
	Kullandım bıraktım	3,67 ± 0,36	
Alkol	Kullanmıyorum	3,80 ± 0,42	0,001
	Nadiren kullanıyorum	3,63 ± 0,44	
	Düzenli kullanıyorum	3,48 ± 0,51	
VKİ	18,5-24,9 normal	3,73 ± 0,45	0,015
	25-29,9 fazla kilolu	3,65 ± 0,41	
	30-34,9 1. derece obez	3,38 ± 0,58	

Tablo 7’de veri toplama aracının ikinci kısmındaki 25 soruluk sağlık tarama davranışı anketinin beşli likert puan ortalamalarının hekimlerin tıbbi öyküleri ve aile öyküleri ile karşılaştırılması gösterilmiştir. Kronik hastalığı mevcut 1. derece akrabası olan hekimlerin anket puan ortalaması $3,64 \pm 0,44$, olmayanların ortalaması $3,71 \pm 0,46$ bulunmuştur ve aralarında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p:0,228$). Kronik hastalık şüphesiyle tetkik yaptıran hekimlerin anket puan ortalaması $3,67 \pm 0,43$, yaptırmayanların ortalaması $3,67 \pm 0,48$ bulunmuştur ve aralarında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p: 0,967$). Kronik hastalığı olan hekimlerin anket puan ortalaması $3,68 \pm 0,48$, olmayan hekimlerin anket puan ortalaması $3,68 \pm 0,48$ saptanmıştır ve aralarında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,770$).

Kanser öyküsü mevcut 1. derece akrabası olan hekimlerin anket puan ortalaması $3,68 \pm 0,46$, olmayanlar anket puan ortalaması $3,67 \pm 0,44$ bulunmuştur ve aralarında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,832$). Kanser şüphesiyle tetkik yaptıran hekimlerin anket puan ortalaması $3,69 \pm 0,43$, yaptırmayanların anket puan ortalaması $3,66 \pm 0,46$ saptanmıştır ve aralarında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,632$).

Tablo 7: Sağlık tarama davranışı anketi beşli likert puan ortalamalarının hekimlerin tıbbi öyküleri ve aile öyküleri ile karşılaştırılması

		Anket puan ortalaması	p değeri
Kronik hastalığı olan 1. derece akrabanız var mı?	Hayır	3,71 ± 0,46	0,228
	Evet	3,64 ± 0,44	
Kronik hastalık şüphesiyle tetkik yaptırdınız mı?	Hayır	3,67 ± 0,48	0,967
	Evet	3,67 ± 0,43	
Kronik hastalığınız mevcut mu?	Hayır	3,68 ± 0,48	0,770
	Evet	3,66 ± 0,39	
Kanser öyküsü olan 1. derece akrabanız var mı?	Hayır	3,67 ± 0,44	0,832
	Evet	3,68 ± 0,46	
Kanser şüphesiyle tetkik yaptırdınız mı?	Hayır	3,66 ± 0,46	0,632
	Evet	3,69 ± 0,43	

Tablo 8’de veri toplama aracının ikinci kısmındaki 25 soruluk sağlık tarama davranışı anketinin puan ortalamalarının hekimlerin çalıştıkları aile hekimliği biriminin özellikleri ile karşılaştırılması gösterilmiştir. Balçova’da çalışan hekimlerin anket puan ortalaması $3,47 \pm 0,84$, Bayraklı’da çalışanları $3,69 \pm 0,49$, Bornova’da çalışanları $3,55 \pm 0,42$, Buca’da çalışanları $3,73 \pm 0,41$, Çiğli’de çalışanları $3,63 \pm 0,47$, Gaziemir’de çalışanları $3,78 \pm 0,34$, Güzelbahçe’de çalışanları $3,66 \pm 0,08$, Karabağlar’da çalışanları $3,80 \pm 0,40$, Karşıyaka’da çalışanları $3,50 \pm 0,50$, Konak’ta çalışanları $3,69 \pm 0,42$ ve Narlıdere’de çalışanları $3,76 \pm 0,20$ bulunmuştur. Aralarında anlamlı fark bulunmamaktadır (p: 0,196).

Günlük bakılan ortalama hasta sayısı ‘60 ve altı’ olan hekimlerin anket puan ortalaması $3,66 \pm 0,45$, ‘61 ve üstü’ olan hekimlerin anket puan ortalaması $3,69 \pm 0,44$ saptanmıştır ve aralarında anlamlı fark bulunmamaktadır (p: 0,549). Birime kayıtlı toplam nüfusu ‘3430 ve altı’ olan hekimlerin anket puan ortalaması $3,61 \pm 0,48$, ‘3431 ve üstü’ olanları $3,73 \pm 0,41$ bulunmuştur ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur (p: 0,043). Birlikte çalıştığı aile sağlığı elemanı olan hekimlerin

anket puan ortalaması $3,67 \pm 0,45$, olmayanları $3,64 \pm 0,31$ saptanmıştır ve aralarında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p: 0,797$).

Tablo 8: Sağlık tarama davranışı anketi beşli likert puan ortalamalarının hekimlerin çalıştıkları aile hekimliği biriminin özellikleri ile karşılaştırılması

		Anket puan ortalaması	p değeri
Çalışılan ilçe	Balçova	$3,47 \pm 0,84$	0,196
	Bayraklı	$3,69 \pm 0,49$	
	Bornova	$3,55 \pm 0,42$	
	Buca	$3,73 \pm 0,41$	
	Çiğli	$3,63 \pm 0,47$	
	Gaziemir	$3,78 \pm 0,34$	
	Güzelbahçe	$3,66 \pm 0,08$	
	Karabağlar	$3,80 \pm 0,40$	
	Karşıyaka	$3,50 \pm 0,50$	
	Konak	$3,69 \pm 0,42$	
	Narlıdere	$3,76 \pm 0,20$	
Günlük bakılan ortalama hasta sayısı	60 ve altı	$3,66 \pm 0,45$	0,549
	61 ve üstü	$3,69 \pm 0,44$	
Birime kayıtlı toplam nüfus	3430 ve altı	$3,61 \pm 0,48$	0,043
	3431 ve üstü	$3,73 \pm 0,41$	
Birlikte çalışılan aile sağlığı elemanı	Var	$3,67 \pm 0,45$	0,797
	Yok	$3,64 \pm 0,31$	

Tablo 9’da veri toplama aracının ikinci kısmındaki 25 soruluk sağlık tarama davranışı anketinin puan ortalamalarının hekimlerin bir önceki yıl tarama yapma durumları ile karşılaştırılması gösterilmiştir. ‘50-70 yaş grubundaki yetişkinlerin ne kadarına GGK testini yaptırdınız?’ sorusuna ‘yarısından azına’ cevabını veren hekimlerin anket puan ortalaması $3,62 \pm 0,45$, ‘yarısı ve fazlasına’ cevabını

verenlerinki $3,83 \pm 0,41$ bulunmuştur. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (p: 0,001).

40-69 yaş arası kadınların ne kadarına iki yılda bir mamografi yapılmasını önerdiniz?’ sorusuna ‘yarısından azına’ cevabını veren hekimlerin anket puan ortalaması $3,51 \pm 0,50$, ‘yarısı ve fazlasına’ cevabını verenlerinki $3,73 \pm 0,42$ bulunmuştur. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (p: 0,001).

30-65 yaş arası kadınların ne kadarına PAP Smear ve HPV testi yaptırdınız?’ sorusuna ise ‘yarısından azına’ cevabını veren hekimlerin anket puan ortalaması $3,56 \pm 0,47$, ‘yarısı ve fazlasına’ cevabını verenlerinki $3,76 \pm 0,41$ bulunmuştur. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (p: 0,001).

Tablo 9: Sağlık tarama davranışı anketi beşli likert puan ortalamalarının hekimlerin bir önceki yıl tarama yapma durumları ile karşılaştırılması

		Anket puan ortalaması	p değeri
50-70 yaş grubundaki yetişkinlerin ne kadarına GKG testini yaptırdınız?	Yarisından azına	$3,62 \pm 0,45$	0,001
	Yarısı ve fazlasına	$3,83 \pm 0,41$	
40-69 yaş arası kadınların ne kadarına iki yılda bir mamografi yapılmasını önerdiniz?	Yarisından azına	$3,51 \pm 0,50$	0,001
	Yarısı ve fazlasına	$3,73 \pm 0,42$	
30-65 yaş arası kadınların ne kadarına PAP Smear ve HPV testi yaptırdınız?	Yarisından azına	$3,56 \pm 0,47$	0,001
	Yarısı ve fazlasına	$3,76 \pm 0,41$	

Tablo 10’da veri toplama aracının ikinci kısmındaki 25 soruluk sağlık tarama davranışı anketinin doğru sayılarının sosyodemografik özellikler ile karşılaştırılması gösterilmiştir. Beşli likert şeklinde olan bu ankette ‘hiçbir zaman’, ‘nadiren’, ‘bazen’,

ve 'sıklıkla' cevapları 0; 'her zaman' cevabı ise 1 olarak kodlanıp tekrar değerlendirme yapılmıştır. 0 yanlış, 1 ise doğru kabul edilerek toplam anket doğru sayıları hesaplanmıştır. Katılımcıların sağlık tarama davranışı anketi doğru sayısı ortalaması $5,23 \pm 4,02$ bulunmuştur.

Anket doğru sayısı cinsiyet ile karşılaştırıldığında kadınların ortalaması $6,39 \pm 4,20$, erkeklerinki $4,32 \pm 3,65$ bulunmuştur ve aralarında anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0,001$). Anket doğru sayısı ortalaması 35-45 yaş grubunda $8,50 \pm 4,93$, 46-55 yaş grubunda $4,94 \pm 3,77$ ve 56-70 yaş grubunda $5,05 \pm 4,02$ bulunmuştur. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p: 0,002$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu gruplar arasındaki anlamlı farkın 35-45 ile 46-55 yaş grubu ve 35-45 ile 56-70 yaş grubu arasında olduğu bulunmuştur. 35-45 yaş grubunun anket doğru sayısı ortalaması diğer iki yaş grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti.

Evli hekimlerin anket doğru sayısı ortalaması $5,34 \pm 4,10$, bekar hekimlerinki $4,32 \pm 3,23$ saptanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p: 0,206$). Pratisyen hekimlerin anket doğru sayısı ortalaması $4,99 \pm 3,77$, aile hekimliği uzmanlarınıninki $7,02 \pm 5,09$, diğer uzmanlıklarinki ise $4,12 \pm 4,05$ bulunmuştur ve aralarında anlamlı fark bulunmaktadır ($p: 0,016$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu gruplar arasındaki anlamlı farkın pratisyen hekimler ve aile hekimliği uzmanları arasında olduğu bulunmuştur. Aile hekimliği uzmanlarının sağlık tarama davranışı anketi doğru sayıları ortalaması pratisyen hekimlere göre anlamlı olarak daha yüksekti.

Aile hekimi olarak 0-10 yıl çalışanların anket doğru sayısı ortalaması $5,33 \pm 4,37$, 11-20 yıl çalışanların anket doğru sayısı ortalaması $5,17 \pm 3,79$, 21-30 yıl çalışanların anket doğru sayısı ortalaması $5,34 \pm 4,70$ 'tir ve aralarında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p: 0,953$). Aile hekimi olmadan önce birinci basamakta hasta bakanların anket doğru sayısı ortalaması $5,11 \pm 3,93$, bakmayanların anket doğru sayısı ortalaması $7,28 \pm 5,22$ bulunmuştur ve aralarında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p: 0,148$).

Sigara kullanmayan hekimlerin anket doğru sayısı ortalaması $5,14 \pm 4,19$, sigara kullanan hekimlerin anket doğru sayısı ortalaması $6,57 \pm 3,67$, sigarayı kullanıp bırakan hekimlerin anket doğru sayısı ortalaması ise $4,59 \pm 3,78$ olup aralarında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p:0,030$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu gruplar arasındaki anlamlı fark kullanıyorum ve kullandım bıraktım cevabını veren gruplar arasındaydı. Kullanıyorum cevabını veren hekimlerin sağlık tarama davranışı anket doğru sayıları ortalaması, kullandım bıraktım cevabını verenlere göre daha yüksekti.

Alkol kullanım durumu sorusuna kullanmıyorum cevabını veren hekimlerin anket doğru sayısı ortalaması $6,18 \pm 4,62$, nadiren kullanıyorum cevabını verenlerin anket doğru sayısı ortalaması $4,62 \pm 3,63$, düzenli kullanıyorum cevabını verenlerin anket doğru sayısı ortalaması $5,17 \pm 3,34$ 'tür ve aralarında anlamlı fark bulunmaktadır ($p:0,016$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu gruplar arasındaki anlamlı farkın kullanmıyorum ve nadiren kullanıyorum cevabını veren gruplar arasında olduğu bulunmuştur. Kullanmıyorum cevabını veren grubun ortalaması nadiren kullanıyorum cevabını verenlere göre anlamlı olarak daha yüksekti.

Vücut kitle indeksine göre normal kilolu olan hekimlerin anket doğru sayısı ortalaması $5,93 \pm 3,99$, fazla kilolu olan hekimlerin anket doğru sayısı ortalaması $4,86 \pm 4,11$ ve 1. derece obez olan hekimlerin anket doğru sayısı $3,06 \pm 1,94$ bulunmuştur. Gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p: 0,011$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu gruplar arasındaki anlamlı farkın normal kilolu ile 1. Derece obez ve fazla kilolu ile 1.derece obez grupları arasında olduğu bulunmuştur. 1.derece obez grubunun doğru sayısı ortalaması hem normal hem de fazla kilolu grubuna göre daha düşüktür.

Tablo 10: Sağlık tarama davranışı anketi doğru sayılarının sosyodemografik özellikler ile karşılaştırılması

		Anket doğru sayısı ortalaması	p değeri
Cinsiyet	Kadın	6,39 ± 4,20	<0,001
	Erkek	4,32 ± 3,65	
Yaş(yıl)	35-45	8,50 ± 4,93	0,002
	46-55	4,94 ± 3,77	
	56-70	5,05 ± 4,02	
Medeni durum	Evli	5,34 ± 4,10	0,206
	Bekar	4,32 ± 3,23	
Unvan	Pratisyen hekim	4,99 ± 3,77	0,016
	Aile hekimliği uzmanı	7,02 ± 5,09	
	Diğer uzmanlıklar	4,12 ± 4,05	
Aile hekimi olarak çalışılan süre	0-10 yıl	5,33 ± 4,37	0,953
	11-20 yıl	5,17 ± 3,79	
	21-30 yıl	5,34 ± 4,70	
Aile hekimi olmadan önce birinci basamakta hasta bakma durumu	Evet	5,11 ± 3,93	0,148
	Hayır	7,28 ± 5,22	
Sigara	Kullanmıyorum	5,14 ± 4,19	0,030
	Kullanıyorum	6,57 ± 3,67	
	Kullandım bıraktım	4,59 ± 3,78	
Alkol	Kullanmıyorum	6,18 ± 4,62	0,016
	Nadiren kullanıyorum	4,62 ± 3,63	
	Düzenli kullanıyorum	5,17 ± 3,34	
VKİ	18,5-24,9 normal	5,93 ± 3,99	0,011
	25-29,9 fazla kilolu	4,86 ± 4,11	
	30-34,9 1. derece obez	3,06 ± 1,94	

Tablo 11’de veri toplama aracının ikinci kısmındaki 25 soruluk sağlık tarama davranışı anketinin doğru sayılarının hekimlerin tıbbi öyküleri ve aile öyküleri ile karşılaştırılması gösterilmiştir. Kronik hastalığı mevcut 1. derece akrabası olan hekimlerin anket doğru sayısı ortalaması $4,93 \pm 3,79$, olmayanların doğru sayısı ortalaması $5,63 \pm 4,31$ bulunmuştur ve aralarında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p: 0,165). Kronik hastalık şüphesiyle tetkik yaptıran hekimlerin anket doğru sayısı ortalaması $5,36 \pm 3,95$, yaptırmayanların doğru sayısı ortalaması $5,01 \pm 4,15$ bulunmuştur ve aralarında anlamlı fark bulunmamaktadır (p:0,499). Kronik hastalığı olan hekimlerin anket doğru sayısı ortalaması $4,95 \pm 3,73$, olmayan hekimlerinki $5,38 \pm 4,18$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p:0,413).

Kanser öyküsü mevcut 1. derece akrabası olan hekimlerin anket doğru sayısı ortalaması $5,41 \pm 3,96$, olmayanların anket doğru sayısı ortalaması $5,11 \pm 4,07$ bulunmuştur ve aralarında anlamlı fark bulunmamaktadır (p:0,562). Kanser şüphesiyle tetkik yaptıran hekimlerin anket doğru sayısı ortalaması $5,32 \pm 3,89$, yaptırmayanların anket doğru sayısı ortalaması $5,14 \pm 4,16$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p:0,734).

Tablo 11: Sağlık tarama davranışı anketi doğru sayılarının hekimlerin tıbbi öyküleri ve aile öyküleri ile karşılaştırılması

		Anket doğru sayısı ortalaması	p değeri
Kronik hastalığı olan 1. derece akrabanız var mı?	Hayır	$5,63 \pm 4,31$	0,165
	Evet	$4,93 \pm 3,79$	
Kronik hastalık şüphesiyle tetkik yaptırdınız mı?	Hayır	$5,01 \pm 4,15$	0,499
	Evet	$5,36 \pm 3,95$	
Kronik hastalığınız mevcut mu?	Hayır	$5,38 \pm 4,18$	0,413
	Evet	$4,95 \pm 3,73$	
Kanser öyküsü olan 1. derece akrabanız var mı?	Hayır	$5,11 \pm 4,07$	0,562
	Evet	$5,41 \pm 3,96$	
Kanser şüphesiyle tetkik yaptırdınız mı?	Hayır	$5,14 \pm 4,16$	0,734
	Evet	$5,32 \pm 3,89$	

Tablo 12’de veri toplama aracının ikinci kısmındaki 25 soruluk sağlık tarama davranışı anketinin doğru sayılarının hekimlerin çalıştıkları aile hekimliği biriminin özellikleri ile karşılaştırılması gösterilmiştir. Balçova’da çalışan hekimlerin anket doğru sayısı ortalaması $5,71 \pm 4,71$, Bayraklı’da çalışanları $5,36 \pm 4,52$, Bornova’da çalışanları $3,86 \pm 3,30$, Buca’da çalışanları $5,97 \pm 3,94$, Çiğli’de çalışanları $5,35 \pm 4,21$, Gaziemir’de çalışanları $5,36 \pm 3,10$, Güzelbahçe’de çalışanları $3,50 \pm 2,12$, Karabağlar’da çalışanları $6,28 \pm 4,27$, Karşıyaka’da çalışanları $4,57 \pm 4,78$, Konak’ta çalışanları $4,97 \pm 3,48$ ve Narlıdere’de çalışanları $3,40 \pm 2,79$ bulunmuştur. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,334$).

Günlük bakılan ortalama hasta sayısı ‘60 ve altı’ olan hekimlerin anket doğru sayısı ortalaması $5,10 \pm 4,19$, ‘61 ve üstü’ olan hekimlerin anket doğru sayısı ortalaması $5,37 \pm 3,85$ saptanmıştır ve aralarında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,595$). Birime kayıtlı toplam nüfusu ‘3430 ve altı’ olan hekimlerin anket doğru sayısı ortalaması $4,66 \pm 3,73$, ‘3431 ve üstü’ olanları $5,73 \pm 4,22$ bulunmuştur ve aralarında anlamlı fark bulunmaktadır ($p:0,032$). Birlikte çalıştığı aile sağlığı elemanı olan hekimlerin anket doğru sayısı ortalaması $5,24 \pm 4,04$, olmayanları $5,06 \pm 3,95$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p: 0,871$).

Tablo 12: Sağlık tarama davranışı anketi doğru sayılarının hekimlerin çalıştıkları aile hekimliği biriminin özellikleri ile karşılaştırılması

		Anket doğru sayısı ortalaması	p değeri
Çalışılan ilçe	Balçova	5,71 ± 4,71	0,334
	Bayraklı	5,36 ± 4,52	
	Bornova	3,86 ± 3,30	
	Buca	5,97 ± 3,94	
	Çiğli	5,35 ± 4,21	
	Gaziemir	5,36 ± 3,10	
	Güzelbahçe	3,50 ± 2,12	
	Karabağlar	6,28 ± 4,27	
	Karşıyaka	4,57 ± 4,78	
	Konak	4,97 ± 3,48	
	Narlıdere	3,40 ± 2,79	
Günlük bakılan ortalama hasta sayısı	60 ve altı	5,10 ± 4,19	0,595
	61 ve üstü	5,37 ± 3,85	
Birime kayıtlı toplam nüfus	3430 ve altı	4,66 ± 3,73	0,032
	3431 ve üstü	5,73 ± 4,22	
Birlikte çalışılan aile sağlığı elemanı	Var	5,24 ± 4,04	0,871
	Yok	5,06 ± 3,95	

Tablo 13'te veri toplama aracının ikinci kısmındaki 25 soruluk sağlık tarama davranışı anketinin doğru sayılarının hekimlerin bir önceki yıl tarama yapma durumları ile karşılaştırılması gösterilmiştir. '50-70 yaş grubundaki yetişkinlerin ne kadarına GGK testini yaptırdınız?' sorusuna 'yarısından azına' cevabını veren hekimlerin anket doğru sayısı ortalaması 4,81 ± 3,69, 'yarısı ve fazlasına' cevabını verenlerinki 6,41 ± 4,68 bulunmuştur. Aralarında anlamlı fark bulunmaktadır (p: 0,013).

‘40-69 yaş arası kadınların ne kadarına iki yılda bir mamografi yapılmasını önerdiniz?’ sorusuna ‘yarısından azına’ cevabını veren hekimlerin anket doğru sayısı ortalaması $3,93 \pm 3,78$, ‘yarısı ve fazlasına’ cevabını verenlerinki $5,64 \pm 4,02$ bulunmuştur. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır($p: 0,003$)

‘30-65 yaş arası kadınların ne kadarına PAP Smear ve HPV testi yaptırdınız?’ sorusuna ise ‘yarısından azına’ cevabını veren hekimlerin anket doğru sayısı ortalaması $4,22 \pm 3,58$, ‘yarısı ve fazlasına’ cevabını verenlerinki $6,03 \pm 4,19$ bulunmuştur. Aralarında anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$).

Tablo 13: Sağlık tarama davranışı anketi doğru sayılarının hekimlerin bir önceki yıl tarama yapma durumları ile karşılaştırılması

		Anket doğru sayısı ortalaması	p değeri
50-70 yaş grubundaki yetişkinlerin ne kadarına GKG testini yaptırdınız?	Yarısından azına	$4,81 \pm 3,69$	0,013
	Yarısı ve fazlasına	$6,41 \pm 4,68$	
40-69 yaş arası kadınların ne kadarına iki yılda bir mamografi yapılmasını önerdiniz?	Yarısından azına	$3,93 \pm 3,78$	0,003
	Yarısı ve fazlasına	$5,64 \pm 4,02$	
30-65 yaş arası kadınların ne kadarına PAP Smear ve HPV testi yaptırdınız?	Yarısından azına	$4,22 \pm 3,58$	<0,001
	Yarısı ve fazlasına	$6,03 \pm 4,19$	

Tablo 14’te veri toplama aracının üçüncü kısmındaki 11 soruluk iş yükü ölçeğinin puan ortalamalarının sosyodemografik özellikler ile karşılaştırılması gösterilmiştir. Beşli likert şeklinde olan bu ölçekte 1: kesinlikle katılmıyorum, 2: katılmıyorum, 3: ortadayım (ne katılıyorum, ne katılmıyorum), 4: katılıyorum, 5:

kesinlikle katılıyorum olarak kodlanmış ve değerlendirilmiştir. Katılımcıların iş yükü ölçeği puan ortalaması $3,49 \pm 0,58$ bulunmuştur.

İş yükü ölçeği puan ortalaması cinsiyet ile karşılaştırıldığında kadınların ortalaması $3,53 \pm 0,50$, erkeklerinki $3,45 \pm 0,64$ bulunmuştur ve aralarında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,255$). İş yükü ölçeği puan ortalaması 35-45 yaş grubunda $3,35 \pm 0,49$, 46-55 yaş grubunda $3,55 \pm 0,52$ ve 56-70 yaş grubunda $3,40 \pm 0,69$ bulunmuştur. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p: 0,094$).

Evli hekimlerin iş yükü ölçeği puan ortalaması $3,47 \pm 0,56$, bekar hekimlerinki $3,62 \pm 0,74$ saptanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,323$). Pratisyen hekimlerin iş yükü ölçeği puan ortalaması $3,45 \pm 0,57$, aile hekimliği uzmanlarının iş yükü ölçeği puan ortalaması $3,69 \pm 0,61$, diğer uzmanlıkların iş yükü ölçeği puan ortalaması ise $3,68 \pm 0,67$ bulunmuştur ve aralarında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,050$).

Aile hekimi olarak 0-10 yıl çalışanların iş yükü ölçeği puan ortalaması $3,53 \pm 0,57$, 11-20 yıl çalışanları $3,42 \pm 0,60$, 21-30 yıl çalışanları $3,76 \pm 0,44$ 'tür ve aralarında anlamlı fark bulunmaktadır ($p: 0,019$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu gruplar arasındaki anlamlı farkın 11-20 yıl ile 21-30 yıl cevabını verenler arasında olduğu bulunmuştur. 21-30 yıl arasında aile hekimliği yapanların iş yükü ölçeği puan ortalaması 11-20 yıl arasında yapanlara göre daha yüksekti. Aile hekimi olmadan önce birinci basamakta hasta bakan hekimlerin iş yükü ölçeği puan ortalaması $3,48 \pm 0,59$, bakmayanların ortalaması $3,66 \pm 0,46$ bulunmuştur ve aralarında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,260$).

Sigara kullanmayan hekimlerin iş yükü ölçeği puan ortalaması $3,41 \pm 0,62$, sigara kullanan hekimlerin iş yükü ölçeği puan ortalaması $3,65 \pm 0,50$, sigarayı kullanıp bırakan hekimlerin iş yükü ölçeği puan ortalaması ise $3,52 \pm 0,54$ olup aralarında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p:0,058$). Alkol kullanım durumu sorusuna kullanmıyorum cevabını veren hekimlerin iş yükü ölçeği puan ortalaması $3,38 \pm 0,48$, nadiren kullanıyorum cevabını verenlerinki $3,48 \pm 0,64$, düzenli kullanıyorum cevabını verenlerinki $3,80 \pm 0,52$ 'dir ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p:0,004$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu

gruplar arasındaki anlamlı farkın kullanmıyorum ile düzenli kullanıyorum ve nadiren kullanıyorum ile düzenli kullanıyorum cevabını verenler arasında olduğu tespit edildi. Düzenli kullanıyorum cevabını veren grubun iş yükü ölçeği puan ortalaması diğer iki gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti.

Vücut kitle indeksine göre normal kilolu olan hekimlerin iş yükü ölçeği puan ortalaması $3,44 \pm 0,55$, fazla kilolu olan hekimlerin iş yükü ölçeği puan ortalaması $3,54 \pm 0,59$ ve 1. derece obez olan hekimlerin iş yükü ölçeği puan ortalaması $3,35 \pm 0,81$ bulunmuştur. Gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p: 0,304$).

Tablo 14: İş yükü ölçeği puan ortalamalarının sosyodemografik özellikler ile karşılaştırılması

		Ölçek puan ortalaması	p değeri
Cinsiyet	Kadın	$3,53 \pm 0,50$	0,255
	Erkek	$3,45 \pm 0,64$	
Yaş(yıl)	35-45	$3,35 \pm 0,49$	0,094
	46-55	$3,55 \pm 0,52$	
	56-70	$3,40 \pm 0,69$	
Medeni durum	Evli	$3,47 \pm 0,56$	0,323
	Bekar	$3,62 \pm 0,74$	
Unvan	Pratisyen hekim	$3,45 \pm 0,57$	0,050
	Aile hekimliği uzmanı	$3,69 \pm 0,61$	
	Diğer uzmanlıklar	$3,68 \pm 0,67$	
Aile hekimi olarak çalışılan süre	0-10 yıl	$3,53 \pm 0,57$	0,019
	11-20 yıl	$3,42 \pm 0,60$	
	21-30 yıl	$3,76 \pm 0,44$	

Aile hekimi olmadan önce birinci basamakta hasta bakma durumu		Evet	3,48 ± 0,59	0,260
		Hayır	3,66 ± 0,46	
Sigara	Kullanmıyorum		3,41 ± 0,62	0,058
	Kullanıyorum		3,65 ± 0,50	
	Kullandım bıraktım		3,52 ± 0,54	
Alkol	Kullanmıyorum		3,38 ± 0,48	0,004
	Nadiren kullanıyorum		3,48 ± 0,64	
	Düzenli kullanıyorum		3,80 ± 0,52	
VKİ	18,5-24,9 normal		3,44 ± 0,55	0,304
	25-29,9 fazla kilolu		3,54 ± 0,59	
	30-34,9 1. derece obez		3,35 ± 0,81	

Tablo 15'te veri toplama aracının üçüncü kısmındaki 11 soruluk iş yükü ölçeğinin puan ortalamalarının hekimlerin tıbbi öyküleri ve aile öyküleri ile karşılaştırılması gösterilmiştir. Kronik hastalığı mevcut 1. derece akrabası olan hekimlerin iş yükü ölçeği puan ortalaması $3,51 \pm 0,64$, olmayanların puan ortalaması $3,45 \pm 0,50$ bulunmuştur ve aralarında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p: 0,353$). Kronik hastalık şüphesiyle tetkik yaptıran hekimlerin iş yükü ölçeği puan ortalaması $3,47 \pm 0,64$, yaptırmayanların puan ortalaması $3,51 \pm 0,47$ bulunmuştur ve aralarında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p: 0,628$). Kronik hastalığı olan hekimlerin iş yükü ölçeği puan ortalaması $3,45 \pm 0,69$, olmayan hekimlerin puan ortalaması $3,51 \pm 0,52$ saptanmıştır ve aralarında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p: 0,468$).

Kanser öyküsü mevcut 1. derece akrabası olan hekimlerin iş yükü ölçeği puan ortalaması $3,56 \pm 0,47$, olmayanların puan ortalaması $3,44 \pm 0,64$ bulunmuştur ve aralarında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p: 0,103$). Kanser şüphesiyle tetkik yaptıran hekimlerin iş yükü ölçeği puan ortalaması $3,48 \pm 0,61$, yaptırmayanların puan ortalaması $3,49 \pm 0,56$ saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p: 0,897$).

Tablo 15: İş yükü ölçeği puan ortalamalarının hekimlerin tıbbi öyküleri ve aile öyküleri ile karşılaştırılması

		Ölçek puan ortalaması	p değeri
Kronik hastalığı olan 1. derece akrabanız var mı?	Hayır	3,45 ± 0,50	0,353
	Evet	3,51 ± 0,64	
Kronik hastalık şüphesiyle tetkik yaptırdınız mı?	Hayır	3,51 ± 0,47	0,628
	Evet	3,47 ± 0,64	
Kronik hastalığınız mevcut mu?	Hayır	3,51 ± 0,52	0,468
	Evet	3,45 ± 0,69	
Kanser öyküsü olan 1. derece akrabanız var mı?	Hayır	3,44 ± 0,64	0,103
	Evet	3,56 ± 0,47	
Kanser şüphesiyle tetkik yaptırdınız mı?	Hayır	3,49 ± 0,56	0,897
	Evet	3,48 ± 0,61	

Tablo 16’da veri toplama aracının üçüncü kısmındaki 11 soruluk iş yükü ölçeğinin puan ortalamalarının hekimlerin çalıştıkları aile hekimliği biriminin özellikleri ile karşılaştırılması gösterilmiştir. Balçova’da çalışan hekimlerin iş yükü ölçeği puan ortalaması 3,49 ± 0,69, Bayraklı’da çalışanları 3,59 ± 0,50, Bornova’da çalışanları 3,35 ± 0,68, Buca’da çalışanları 3,56 ± 0,51, Çiğli’de çalışanları 3,35 ± 0,69, Gaziemir’de çalışanları 3,57 ± 0,43, Güzelbahçe’de çalışanları 2,68 ± 1,47, Karabağlar’da çalışanları 3,56 ± 0,54, Karşıyaka’da çalışanları 3,40 ± 0,66, Konak’ta çalışanları 3,47 ± 0,55 ve Narlıdere’de çalışanları 3,69 ± 0,54 bulunmuştur. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p:0,416).

Günlük bakılan ortalama hasta sayısı ‘60 ve altı’ olan hekimlerin iş yükü ölçeği puan ortalaması 3,36 ± 0,66, ‘61 ve üstü’ olan hekimlerin iş yükü ölçeği puan ortalaması 3,62 ± 0,46 saptanmıştır ve aralarında anlamlı fark bulunmamaktadır (p<0,001). Birime kayıtlı toplam nüfusu ‘3430 ve altı’ olan hekimlerin iş yükü ölçeği puan ortalaması 3,39 ± 0,62, ‘3431 ve üstü’ olanları 3,57 ± 0,54 bulunmuştur ve aralarında anlamlı fark bulunmamaktadır (p: 0,012). Birlikte çalıştığı aile sağlığı elemanı

olan hekimlerin iş yükü ölçeği puan ortalaması $3,49 \pm 0,58$, olmayanları $3,47 \pm 0,66$ saptanmıştır ve aralarında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p:0,940$).

Tablo 16: İş yükü ölçeği puan ortalamalarının hekimlerin çalıştıkları aile hekimliği biriminin özellikleri ile karşılaştırılması

		Ölçek puan ortalaması	p değeri
Çalışılan ilçe	Balçova	$3,49 \pm 0,69$	0,416
	Bayraklı	$3,59 \pm 0,50$	
	Bornova	$3,35 \pm 0,68$	
	Buca	$3,56 \pm 0,51$	
	Çiğli	$3,35 \pm 0,69$	
	Gaziemir	$3,57 \pm 0,43$	
	Güzelbahçe	$2,68 \pm 1,47$	
	Karabağlar	$3,56 \pm 0,54$	
	Karşıyaka	$3,40 \pm 0,66$	
	Konak	$3,47 \pm 0,55$	
	Narlıdere	$3,69 \pm 0,54$	
Günlük bakılan ortalama hasta sayısı	60 ve altı	$3,36 \pm 0,66$	<0,001
	61 ve üstü	$3,62 \pm 0,46$	
Birime kayıtlı toplam nüfus	3430 ve altı	$3,39 \pm 0,62$	0,012
	3431 ve üstü	$3,57 \pm 0,54$	
Birlikte çalışılan aile sağlığı elemanı	Var	$3,49 \pm 0,58$	0,940
	Yok	$3,47 \pm 0,66$	

Tablo 17’de veri toplama aracının üçüncü kısmındaki 11 soruluk iş yükü ölçeğinin puan ortalamalarının hekimlerin bir önceki yıl tarama yapma durumları ile karşılaştırılması gösterilmiştir. ‘50-70 yaş grubundaki yetişkinlerin ne kadarına GGK testini yaptırdınız?’ sorusuna ‘yarısından azına’ cevabını veren hekimlerin iş yükü

ölçeği puan ortalaması $3,57 \pm 0,54$, 'yarısı ve fazlasına' cevabını verenlerinki $3,25 \pm 0,64$ bulunmuştur. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0,001$).

40-69 yaş arası kadınların ne kadarına iki yılda bir mamografi yapılmasını önerdiniz?' sorusuna 'yarısından azına' cevabını veren hekimlerin iş yükü ölçeği puan ortalaması $3,38 \pm 0,61$, 'yarısı ve fazlasına' cevabını verenlerinki $3,52 \pm 0,57$ bulunmuştur. Aralarında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p: 0,109$).

30-65 yaş arası kadınların ne kadarına PAP Smear ve HPV testi yaptırdınız?' sorusuna ise 'yarısından azına' cevabını veren hekimlerin iş yükü ölçeği puan ortalaması $3,45 \pm 0,60$, 'yarısı ve fazlasına' cevabını verenlerinki $3,52 \pm 0,57$ bulunmuştur. Aralarında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p: 0,336$).

Tablo 17: İş yükü ölçeği puan ortalamalarının hekimlerin bir önceki yıl tarama yapma durumları ile karşılaştırılması

		Ölçek puan ortalaması	p değeri
50-70 yaş grubundaki yetişkinlerin ne kadarına GKG testini yaptırdınız?	Yarisından azına	$3,57 \pm 0,54$	<0,001
	Yarısı ve fazlasına	$3,25 \pm 0,64$	
40-69 yaş arası kadınların ne kadarına iki yılda bir mamografi yapılmasını önerdiniz?	Yarisından azına	$3,38 \pm 0,61$	0,109
	Yarısı ve fazlasına	$3,52 \pm 0,57$	
30-65 yaş arası kadınların ne kadarına PAP Smear ve HPV testi yaptırdınız?	Yarisından azına	$3,45 \pm 0,60$	0,336
	Yarısı ve fazlasına	$3,52 \pm 0,57$	

Tablo 18'te iş yükü ölçeği puan ortalaması ile hem sağlık tarama davranışı anketi puan ortalaması hem de sağlık tarama davranışı anketi doğru sayısı arasında korelasyon analizi yapılmıştır. İş yükü ölçeği puan ortalamaları ile sağlık tarama

davranışı anketi puan ortalamaları arasında anlamlı bir korelasyon gözlenmemiştir ($r:0,04$, $p:0,535$). İş yükü ölçeği puan ortalamaları ile sağlık tarama davranışı anketi doğru sayısı arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon gözlenmiştir ($r:0,145$, $p:0,02$).

Tablo 18: İş yükü ölçeği puan ortalamalarının hekimlerin sağlık tarama davranışı anketi puan ortalamaları ve sağlık tarama davranışı anketi doğru sayıları ile korelasyonu

	iş yükü ölçeği puan ortalaması		
	n	r	p
Sağlık tarama davranışı anketi puan ortalaması	259	0,04	0,535
Sağlık tarama davranışı anketi doğru sayısı	259	0,145	0,020

Çalışmamızda iş yükü ölçeğinin Cronbach alfa puanı 0,75 bulunmuştur. Sağlık tarama davranışı anketinin Cronbach alfa puanı ise 0,86 bulunmuştur.

5 TARTIŞMA

Araştırmamıza katılan 259 hekimin 113 (%43,6)'ü kadın, 146 (%56,4)'sı erkekti. Ülkemizde çalışmalara bakıldığında Ankara'da Sözen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada aile hekimlerinin erkek, kadın oranlarının benzer olduğu görülmüştür(75). Brezilya'da Benjamin D. Hallowell ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise erkeklerin oranı kadınlardan fazla bulunmuş (76). Buna göre bizim çalışmamızdaki cinsiyet dağılımı yapılan benzer çalışmalar ile paralellik gösteriyordu.

Aile hekimlerinin yaş ortalaması $53,53 \pm 5,96$ yıldır (35-70 yıl). Denizli'de Acar ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada hekimlerin yaşları 32 ile 61 arasında olup ortalaması 45.9 ± 5.6 bulunmuş (77). Samsun'da Şahin ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise hekimlerin yaş ortalaması 43.40 ± 6.54 saptanmış (78). Batman ve Diyarbakır'da Can ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada ise katılımcıların yaş ortalaması $30,9 \pm 6,41$ bulunmuş (79). Batı coğrafyaya yaklaştıkça yaş ortalamasının artması devlet hizmet yükümlülüğü ile ilişkili olabileceği düşünüldü. Yeni mezun hekimlerin daha doğu coğrafyaya atanması ve hizmet puanları arttıkça batı bölgelere gelebilmeleri yaş ortalamalarındaki farklılığı açıklamaktadır.

Bizim çalışmamızda aile hekimliği birimine kayıtlı toplam nüfus ortalaması $3430,91 \pm 373,96$ bulunmuştur. Türkiye'de aktif çalışan aile hekimi başına düşen ortalama kişi sayısı 3405'tir (80). Amerika Birleşik Devletleri'nde ise bu sayı 2000'dir (81). Aile hekimi başına düşen birey sayısının fazla olması sebebiyle, hekimlerin detaylı bir hasta anamnezi almak, detaylı bir fizik muayene yapmak ya da sağlık taramalarını uygulamak konularında zaman problemi yaşayabilmektedirler. Ülkemizdeki aile hekimliği birimlerine kayıtlı birey sayısının azaltılmasıyla aile hekimlerinin iş yüklerinin azalacağı düşünülmektedir. Bu sayede kazanılacak zamanla, sağlık taramalarının daha yaygın ve düzenli bir şekilde yapılması sağlanacaktır.

Çalışmamızda "50-70 yaş grubundaki yetişkinlerin ne kadarına GGK testini yaptırdınız?" sorusuna hekimler çoğunlukla (%74,1) "yarısından azına", yaklaşık dörtte biri de "yarısı ve fazlasına" cevabını vermişti. Çevikkalp ve arkadaşları

tarafından Edirne’de yapılan bir çalışmada bizim çalışmamıza göre oldukça düşük oranda, katılımcıların % 8,1’i en az bir kez gaitada gizli kan testi yaptırmış (82). ABD’de Hudson ve arkadaşları tarafından birinci basamağa başvuran 50 yaş üzeri hastalarda yapılan bir çalışmada, tarama amaçlı kolonoskopi yaptırma oranı % 59 bulunmuş (83). Başka bir çalışmada ise ABD’de tarama amaçlı kolonoskopi yaptırma oranı % 65,1 olarak belirtilmiş (84). Zavoral ve arkadaşları tarafından Avrupa’da yapılan araştırmada; İngiltere’de % 52, Fransa’da % 42, İtalya’da % 44.6 ve Finlandiya’da % 70.8 oranında kolorektal kanser taraması rapor edilmiştir (85). TÜİK sağlık istatistikleri 2018 verilerine göre son 12 ay içerisinde GGK testini yaptırma oranı %11,4, kolonoskopi yaptırma oranı %2,5 olarak bulunmuştur (86). ABD ve Avrupa’ya ait bu oranlar bizim çalışmamız ve Türkiye verilerine göre oldukça yüksektir. Ülkemizde kolorektal kanserin erken tanısı için yapılan tarama testlerinin uygulamasının yetersiz olduğu söylenebilir ve yaygınlaştırılması gerekmektedir.

Çalışmamızda “40-69 yaş arası kadınların ne kadarına iki yılda bir mamografi yapılmasını önerdiniz?” sorusuna hekimlerin %24,3’ü “yarısından azına”, %75,7’si “yarısı ve fazlasına” olarak cevaplamıştır. Çevikkalp ve arkadaşları tarafından Edirne’de yapılan bir çalışmada ise bizim çalışmamıza göre düşük olarak, % 31,1’inin en az bir kez mamografi çektiği saptanmıştır (82). Kim ve arkadaşları tarafından Çinli kadınlar arasında yapılan bir başka çalışmada, mamografi taraması yüzdesi % 18.2 bulunmuştur (87). Latin Amerika’da Sheila ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, meme kanseri taraması için son iki yıl içinde mamografi yaptırma oranı % 76,1 olarak bulunmuştur (88). Moser ve arkadaşları tarafından Birleşik Krallıkta yapılan çalışmada ise 40-74 yaş arası kadınların % 93’ünün mamografi yaptırdığı saptanmıştır (89). TÜİK sağlık istatistikleri 2018 verilerine göre kadınların son iki yılda % 16,1’inin mamografi yaptırdığı bulunmuştur (86). Yurt dışındaki mamografi yaptırma oranları, Türkiye’deki diğer çalışmalar ve bizim çalışmamıza göre daha yüksektir. Bu yüksekliğin sebebi bilgi farklılığından ve taramaların farkındalığının farklı oluşundan kaynaklanabileceği düşünüldü. Farklı çevresel faktörler, sosyal inançlar ve topluluklar arasındaki gelenek farklılıkları ile de açıklanabilir.

Araştırma sorularından “30-65 yaş arası kadınların ne kadarına PAP Smear ve HPV testi yaptırdınız?” sorusuna %44,4 hekim “yarısından azına”, %55,6 hekim ise

“yarısı ve fazlasına” olduğunu belirtmiştir. Antalya’da Tekpınar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada araştırmaya katılan kadınların %28.01’i Pap-smear veya HPV DNA ile serviks kanseri taraması yaptırmıştır (90). Ak ve arkadaşları tarafından Malatya’da yapılan çalışmada ise bu oran %19,4 bulunmuştur (91). İspanya’da Al ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, birinci basamak hekimlerinde serviks kanseri tarama yaptırmaya oranları % 73 olarak bulunmuştur (92). Birleşik Krallıkta Moser ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise kadınların % 91 oranında servikal kanser taraması yaptırdığı belirtilmektedir (89). TÜİK sağlık istatistikleri 2018 verilerine göre son beş yılda kadınların % 25,6’sının pap smear testini yaptırdığı bulunmuştur (86). Yurt dışındaki oranlar çalışmamıza ve Türkiye verilerine göre oldukça yüksektir. Serviks kanseri taraması ile kansere bağlı mortalitenin azalacağı bilindiğinden ülkemizde daha da yaygınlaştırılması gerekmektedir.

Sağlık tarama davranışı anketinin puan ortalaması cinsiyet ile karşılaştırıldığında kadınların puan ortalaması erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,001$). Ankara’da Yangı ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada kadınların davranış skoru erkeklerinkinden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (93). Yalçinkaya ve arkadaşları tarafında Afyon ve Denizli il merkezlerinde yapılan ve sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam davranışlarını değerlendirdiği çalışma ile Çetin ve arkadaşları tarafından Ankara’da yapılan çalışmada cinsiyetler arasında bizim çalışmamız ile benzer bulgular mevcuttur (94)(95). Viera ve arkadaşları tarafından Amerika’da yapılan çalışma ile Kanada’da Mavriplis ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da kadınların puan ortalaması erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuş (96)(97). Kadın ve erkek hekimlerin farklı davranış sergilemesinin sebebi, literatür ve mevcut bulgular doğrultusunda değerlendirildiğinde; kadınların erkeklere göre daha fazla sağlık sorumluluğunu almaya yönelik davranmalarından olabileceğini düşündürmüştür.

Sağlık tarama davranışı ile ilgili oluşturulan anketin puan ortalaması alkol kullanım durumu ile karşılaştırıldığında “kullanmıyorum” ve “düzenli kullanıyorum” cevabını veren hekimlerin anket puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark mevcuttur ($p:0,001$). “Kullanmıyorum” cevabını verenlerin sağlık tarama davranışı anket puan ortalaması, “düzenli kullanıyorum” cevabını verenlere göre daha yüksekti.

Ankara’da Yangı ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da alkol kullanmayanların ortalaması düzenli kullanan gruba göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (93). Yalçinkaya ve arkadaşları tarafında Afyon ve Denizli il merkezlerinde yapılan ve sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam davranışlarını değerlendirdiği bir çalışmada, alkol kullanma durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ifade edilmektedir ($p<0,05$). Sağlıklı yaşam davranışı biçimlerinin alkol kullanmayan sağlık çalışanlarında daha iyi olduğu belirlenmiştir (94). Alkol kullanımının sağlık üzerindeki olumsuz etkisinin farkında olan grubun olumlu sağlık davranışı gösterme eğiliminde olabileceği düşünüldü. Bu kapsamda hekimlerin koruyucu sağlık hizmetlerine ve sağlık taramalarına yönelik olumlu yaklaşıma sahip oldukları söylenebilir.

Katılımcıların sağlık tarama davranışı anketi doğru sayılarının ortalaması değerlendirildiğinde 35-45 yaş grubunun ortalaması 46-55 ve 56-70 yaş grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p:0,002$). Ankara’da Sözen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hekimlerin yaşı arttıkça doğru cevap sayısının azaldığı görülmüştür (75). Çalışmamızda genç hekimler arasındaki uzman aile hekimleri sayısının fazla olması bu duruma neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda aile hekimliği uzmanlarının sağlık tarama davranışı anketi doğru sayılarının ortalaması pratisyen hekimlere göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p: 0,016$). Ankara’da Sözen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde aile hekimi uzmanlarının, uzman olmayanlara göre anlamlı olarak bilgi birikimlerinin daha fazla olduğu görülmektedir (75). Amerika’da Helwing ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise aile hekimliği asistanlarının çok büyük kısmının (% 81’inin) sağlık taramalarını uygulama alanlarında kullandıkları saptanmıştır (98). Bu durumun uzmanlık eğitimlerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ankara’da Yangı ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise pratisyen hekimlerin sağlık tarama davranışı puanları aile hekimliği uzmanlarına göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuş (93). Bu çalışmadaki farklılık diğer çalışmalara göre aile hekimliği uzman yüzdesinin çok düşük (%1) olması ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda kullanılan 11 soruluk iş yükü ölçeğinin puan ortalamaları hekimlerin çalıştıkları aile hekimliği biriminin özellikleri ile karşılaştırılmıştır. Günlük bakılan ortalama hasta sayısı “60 ve altı” olan hekimlerin iş yükü ölçeği puan ortalaması, “61 ve üstü” olan hekimlere göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0,001$). Birime kayıtlı toplam nüfusu “3430 ve altı” olan hekimlerin iş yükü ölçeği puan ortalaması, “3431 ve üstü” olanlarınkine göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p: 0,012$). Çalışmamızda günlük bakılan hasta sayısı ve birime kayıtlı hasta sayısı arttıkça aile hekimlerinin iş yükü ölçeği puan ortalamaları da artmaktadır. Bu beklenen bir sonuçtur. Hollanda’da Lugtenberg ve arkadaşları ile Amerika’da Wolfe ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalarda sağlık taramalarının önündeki engeller arasında hekimlerin zamanının yeterli olmaması belirtilmiştir (99), (100). Amerika’da Cabana ve arkadaşları tarafından rehberlere uyum ile ilgili yapılan çalışmada zamanın yeterli olmaması rehberlere uyumu engellediği saptanmıştır (101). Katar’da Al-Kubaisi ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise çalışmaya katılan birinci basamak hekimlerinin % 58,3’ü sağlık taramalarının hekimlere iş yükü getirdiğini belirtmiştir (102). Literatür incelendiğinde hekimlerin zamanının yeterli olmaması ve iş yükü gibi nedenlerin sağlık tarama davranışını olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir. Biz de araştırma sonuçlarımıza göre benzer çıkarımda bulunabiliriz. İş yükünün fazla olması, tarama davranışları açısından performansın belirleyici olup olmaması klinik verimliliği olumsuz etkilemesi muhtemel faktörler gibi görünmektedir.

Türkiye’nin birinci basamak sağlık hizmetleri diğer gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında yapısal özellikler ve uygulama özellikleri bakımından yeterli düzeyde değildir. Ülkemizde birinci basamağın temel sorunları arasında sayıca ve nitelik olarak yetersiz insan gücü, aile hekimi başına düşen hasta sayısının yüksekliği, multidisipliner ve ekip çalışmasını destekleyecek uygulamaların azlığı gibi sorunlar yer almaktadır. Ek olarak aile hekiminin sağlık hizmetinin asıl koordinatörü olarak işlevini gerçekleştirebileceği ortamın tam olarak sağlanamaması, ilk temas noktası olarak koruyucu hekimlik uygulamalarından çok tedavi edici hizmetlere yönelik olması, birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında rehberlerin yapılandırılarak uygulamaya geçirilmesine ihtiyaç duyulması diğer önemli sorunlardır. Sağlık ihtiyaçlarına odaklanan, kapsamlı, sürekli ve kişisel bakımın sunulduğu, kişisel

ilişkiye dayalı, hizmet alanları kendi sağlıklarının ve aynı zamanda toplum sağlığının geliştirilmesinde partner olarak gören bir birinci basamak sağlık hizmet sunumu desteklenmeli bunun yanı sıra aile hekimlerinin kendi sağlıkları ile ilgili farkındalıklarının artırılması gerekmektedir.



6 SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuç

Çalışmamızda hekimlerin yaş ortalaması İzmir ilinde yapılan bir çalışma olmasından dolayı yüksek (53,53) bulunmuştur. Hekimlerin günlük baktıkları hasta sayısı ortalaması (61) ve birime kayıtlı hasta sayısı ortalaması (3430) yurt dışı verilerine göre yüksek bulunmuştur. Hekimlerin kanser taraması yapma durumları Avrupa ve Amerika verileri ile karşılaştırıldığında düşük bulunmuştur.

Kadın cinsiyetin sağlık tarama davranışı anketi puan ortalaması, erkek cinsiyete göre yüksek bulunmuştur. Alkol kullanmayan katılımcıların ortalaması düzenli alkol kullanan gruba göre daha yüksekti. Obez hekimlerin ise normal ve fazla kilolu gruba göre puan ortalaması daha düşük bulunmuştur. Birime kayıtlı nüfusu fazla olan hekimlerin sağlık tarama davranışı anketi puan ortalaması az olanlara göre daha yüksekti. Kanser taramalarını fazla yapan grupların sağlık tarama davranışı anketi puan ortalamaları daha yüksekti.

Sağlık tarama davranışı anketi doğru sayısı, kadınların erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Genç hekimlerin doğru sayısı daha ileri yaşı olan gruba göre daha fazlaydı. Aile hekimliği uzmanlarının doğru sayısı pratisyen olan gruba göre daha yüksekti. Sigara kullanan grubun doğru sayısı, kullanıp bırakan gruba göre daha fazlaydı. Alkol kullanmayan grubun doğru sayısı, nadiren kullanan gruba göre daha fazlaydı. Obez grubun doğru sayısı ise normal ve fazla kilolu gruplara göre daha azdı. Birime kayıtlı nüfusu fazla olan hekimlerin sağlık tarama davranışı anketi doğru sayısı az olanlara göre daha yüksekti. Kanser taramalarını fazla yapan grupların sağlık tarama davranışı anketi doğru sayıları daha fazlaydı.

İş yükü ölçeği puan ortalaması, günlük bakılan hasta sayısı ortalaması fazla olan grupta daha yüksekti. Birime kayıtlı kişi sayısı fazla olan grubun iş yükü ölçeği puan ortalaması az olan gruba göre daha yüksekti. Kanser taraması yapma durumunda ise GGK testini az yapan grubun iş yükü ölçeği puan ortalaması fazla yapan gruba göre daha yüksekti.

İş yükü ölçeği puan ortalamaları ile sağlık tarama davranışı anketi doğru sayısı arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon bulundu.

6.2 Öneriler

Ülkemizdeki aile hekimliği birimlerine kayıtlı birey sayısının azaltılmasıyla aile hekimlerinin iş yüklerinin azalacağı düşünülmektedir. Bu sayede kazanılacak zamanla, sağlık taramalarının daha yaygın ve düzenli bir şekilde yapılması sağlanacaktır.

Kanserlerin erken tanısı için yapılan tarama testlerinin uygulaması yetersizdir ve yaygınlaştırılması gerekmektedir. Kanser taramaları hakkında bilgilendirme ve farkındalık artırılarak taramalar yaygınlaştırılabilir.

Bu çalışma İzmir ilindeki merkez ilçelerde yapılmıştır. Türkiye genelini içeren bir çalışma planlanarak hekimlerin sağlık tarama davranışları, uygulamaları ve iş yükleri araştırılabilir.

7 KAYNAKLAR

1. Ian R. Mcwhinney, Thomas Freeman, Textbook Of Family Medicine.
2. Türkiye halk sağığı kurumu, TC Sağığı Bakanlığı, Aile hekimliğı Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağığı Muayeneleri ve Tarama Testleri.
3. Aktürk, Z., Dağıdeviren, N. ve Yorulmaz, F. (2002). Periyodik Sağığı Muayeneleri. İlaç ve Tedavi Dergisi, 15(3), 103-108.
4. Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurumu, Güncel Sözlük. Erişim: (http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=tdk.gts.53be44f3978f14.01287867).
5. Dağıdeviren M, Eraslan E, Kurt M. Çalışanların Toplam İş Yüğü Seviyelerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Model ve Uygulaması. Gazi Üniv. Müh. Mim. Fak. Der 20(4):517-525, 2005.
6. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. New England Journal of Medicine 346: 1715-1722, 2002.
7. WONCA EUROPE. (2011). The European Definition Of General Practice / Family Medicine. Erişim Tarihi: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>.
8. Çelik, H. ve Yılmaz, S. (2011). Bilecik İlinde Aile Hekimlerinin İş Memnuniyet Düzeylerinin Performanslarına Etkisi. U. Beylik, Ö. Önder, H. Güler, A. Öztürk (Ed.). III. Uluslararası Sağığı Performans ve Kalite Kongresi Poster Bildiriler Kitabı (s. 66-76). Ankara: Sağığı Bakanlığı Yayını.
9. Aile Hekimliğı Uygulama Yönetmeliğı. (2013). Resmi Gazete, 28539, 25 Ocak 2013. Güncelleme Tarihi: 20/10/2016.
10. Öztekin, Z. (2006). Sağığıta Dönüşüm ve Aile Hekimliğı. *Toplum Hekimliğı Bülteni*, 25 (2), 1-6.
11. Akdeniz, M., Urgan, M. ve Yaman, H. (2010). Aile Hekimliğı Çağıdaş Bir Sağığı Hizmeti Sunma Biçimi, *Gerontoloji Yönelimli Aile Hekimliğı Dergisi*, 1 (1), 15-27.

12. Ünlüoğlu, İ. ve Paycı, S. Ö. (2014). Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliği T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, *Aile Hekimliği Birinci Aşama Uyum Eğitimi Kurs Notları* (s. 17-27), Ankara.
13. Aktaş, E. Ö. ve Çakır, G. (2012). Aile Hekimlerinin Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşleri: Bir Anket Çalışması. *Ege Tıp Dergisi*, 5 (11), 21-29.
14. Söyleyici, T. (2010). *Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Düzeyi: Denizli Uygulaması*. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Denizli.
15. Algin, K., Şahin, İ. ve Top, M. (2004). Türkiye’de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7(3), 249-275.
16. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2014a). *Türkiye’de Aile Hekimliği*. Erişim Tarihi:19.08.2019, www.ailehekimligi.gov.tr.
17. WHO (World Health Organization) (1978). *Declaration of Alma-Ata, 1978*. Erişim Tarihi: 19 Ağustos 2019, <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978>.
18. WHO (World Health Organization). (2008). *The World Health Report 2008: Primary Health Care-Now More Than Ever*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
19. Akdağ, R. (Ed.) (2008). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri*. Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı Yayını.
20. Türkol, E. ve Güneş, G. (2012). İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde İhtisas Yapan Asistanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 19 (3), 159-166.
21. Yalçinkaya M., Özer F. G. ve Karamanoğlu A. Y. (2007). Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6 (6), 409-420.
22. WHOa (World Health Organization). (2009). *Milestones in Health Promotion: Statements From Global Conferences*. Geneva: WHO Press.
23. TC. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı, Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı, 2008, Yayın No:743.
24. Mosby's Medical Dictionary. 8th ed. Elsevier; 2009.

- 25.ACPM Principles on Preventive Medicine and Health Reform. Four Truths About Prevention. <http://healthyamericans.org/assets/files/ACPMstatement.pdf>. Erişim tarihi: 20.08.2019.
- 26.McWhinney IR, Freeman T, eds. Sağlığın Geliştirilmesi ve Hastalıkların Önlenmesi. Güldal D, çeviri editörü. Aile Hekimliği.3. Baskı. İstanbul: Medikal Akademi Yayıncılık ve Oxford University Pres; 2012. p.193-216.
- 27.Public Health Agency of Canada, Chronic Disease Risk Factors. Erişim: http://www.phacaspc.gc.ca/cd-mc/risk_factorsfacteurs_risqueeng.php. Erişim tarihi: 07.08.2019.
- 28.Herman CR, Gill HK, Eng J, Fajar do LL. Screening for preclinical disease: test and disease characteristics. *AJR Am J Roentgenol* 2002;179(4): 825-31.
- 29.Epidemiyoloji Tıbbi Araştırmaların Yöntem Bilimi. S. Tezcan Hacettepe Yayınları, 1992.
- 30.Grimm KJ, Diebold MM. Periodic Health Examination. In: Rakel RE, ed. *Textbook of Family Medicine*, 8th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2011. p.73-99.
- 31.Akdeniz M.,Aşık Z.,Yaman H. Periyodik Sağlık Muayenesi. *GeroFam* 2010;1(1):69-84.
- 32.Harris RP et all. CurrentMethods of the U.S. Preventive Services Task Force: A Review of theProcess.*Am J PrevMed*. 2001;20(3):21-35.
- 33.Boulware, L. E., Barnes, G. J., Wilson, R. F., Phillips, K., Maynor, K., Hwang, C., Marinopoulos, S., Merenstein, D., Richardson-McKenzie, P., Bass, E. B., Powe, N. R. ve Daumit, G. L. (2006). Value of The Periodic Health Evaluation. *Evidence Report Technology Assessment, 136* (1), 130-134.
- 34.Dreeben, O. (2010). Significance Of Patient Education For Health Care And Rehabilitation. Dreeben, O. (Ed.) *Patient Education in Rehabilitation* (s. 3-8), United Kingdom: Jones And Barlett Learning.
- 35.WHO (World Health Organizations/ WHO Regional Office Europe Copenhagen). (1998b). *Therapeutic Patient Education*. Erişim Tarihi: 15 Mayıs 2019, http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/145294/E63674.pdf.
- 36.Uncu, Y. (2006). Aile Hekimliğinde Periyodik Sağlık Muayeneleri. Bilgel, N. (Ed.), *Aile Hekimliği* (s. 33-45), Bursa: Medikal Tıp Kitabevi.

37. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi. 3.03.2009/7941.
38. Grimm KJ, Diebold MM. Periodic Health Examination. In: Rakel RE, ed. Textbook of Family Medicine, 8th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2011. p.73-99.
39. Milone SD, Milone SL. Evidence-based periodic health examination of adults. Can Fam Physician 2006;52:40-47.
40. Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization). Hastalıkların görüntüleme ve muayene prensipleri. Erişim: www.who.int. Erişim tarihi: 15 Mart 2015.
41. U.S. Preventive Services Task Force. The Guide to Clinical Preventive Services, 2014. Erişim: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/tools-and-resources-for-better-preventive-care>. Erişim Tarihi: 21.08.2019.
42. Putting prevention into practice. A guide for the implementation of prevention in the general practice setting. 1st Edition. The Royal Australian College of General Practitioners. Melbourne 1998.
43. Morse RM, Heffron WA. Preventive Health Care. In: Rakel RE ed. Textbook of Family Practice. Philadelphia: WBSaunders.1995.
44. David Ponka MDCM MSc (Int Prim Care). Department of Family Medicine, University of Ottawa, Ottawa, Ont. The periodic health examination in adults. CMAJ 2014. DOI:10,1503/cmaj.141125.
45. Akdeniz, M., Aşık, Z. ve Yaman, H. (2010). Periyodik Sağlık Muayenesi. *Gerontoloji Yönelimli Aile Hekimliği Dergisi*, 1 (1), 69-84.
46. Mazıcıoğlu M., Uzun A. Periyodik Sağlık Muayenesi. T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile Doktorları İçin Kurs Notları. 1. Basım, 2004. Sayfa: 99-109.
47. Uludağ OŞ. Turkish Medicine in Ottoman Period (Çev. ed. Kah ya E). The High Institution of Atatürk Culture and History, Publications of Turkish Institution of History Ankara IV/A-2-2. Series-number 1; 2010. p.1-18.
48. Holland W. Periodic health examination, a brief history and critical assessment Eurohealth: 2010;15(4):16-20.
49. McWhinney IR, Freeman T. Textbook of family medicine. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2009. p.3-12.

50. Beard RR. Periodic medical examinations; disease detection and health promotion. *CalifMed* 1959;90(6):426-8.
51. Han PK. Historical changes in the objectives of the periodic health examination. *AnnInternMed* 1997;127(10):910-7.
52. Harrison HM. Periodic health examination. *CanMedAssoc J* 1932;27(6):657-9.
53. American Medical Association: Periodic Health Examinations: A Manual for Physicians 3rded. Chicago: American Medical Association;1947.
54. Breslow L. Prevention and control of chronic disease. V. Periodic health examination and multiple screening. *AmJ. Public Health Nations Health* 1959;49,1148-56.
55. U.S. Preventive Services Task Force. The Guide to Clinical Preventive Services,2014.Erişim:<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/tools-and-resources-for-better-preventive-care>. Erişim Tarihi: 21.08.2019.
56. American College of Preventive Medicine. Erişim: <http://www.acpm.org/> Erişim Tarihi: 12.08.2019.
57. Canadian Task Force on Preventive ve Health Care. <http://www.canadiantaskforce.ca/>. Erişim: 11.05.2019.
58. European Commission Health Promotion and Disease Prevention http://ec.europa.eu/research/health/public-health/health-promotion-and-disease-prevention/index_en.html. Erişim Tarihi: 11.05.2019.
59. World Health Organisation. Erişim: <http://www.who.int/entity/en/>. Erişim Tarihi: 23.05.2019.
60. Jones WT. Doubts on the periodic health examination. *TransAssocIndMedOff* 1961;11.37-8.
61. Kunnas T, Määttä K, Palmroos P, Nikkari ST. Periodic cohort health examinations in the TAMRISK study show un toward increase in body mass index and blood pressure during 15 years of follow-up. *BMC PublicHealth* 2012 Aug 14; 12:654. doi: 10.1186/1471-2458-12-654.
62. Krogsbøll LT , Jørgensen KJ, Grønhøj Larsen C, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012 Nov 20;345:e7191. doi: 10.1136/bmj.e7191.

63. Türkiye Büyük Millet Meclisi Tutanakları Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/TUTANAK/TBMM/d18/c044/b107/tbmm180441070262>. Erişim: 30.07.2019.
64. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. (2013). Resmi Gazete, 28539, 25 Ocak 2013.
65. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri 2015 Erişim: URL: <http://www.thsk.saglik.gov.tr>. Erişim tarihi: 30.09.2019.
66. PETERSON, M. F., Smith, P. B., Akande, A., Ayestaran, S., Bochner, S., Callan, V., ve Hofmann, K. (1995), Role conflict, ambiguity, and overload: A 21-nation study. *Academy of Management Journal*, 38(2), 429-452.
67. SAUTER, L. ve Murphy, S. (1999), *Occupational Stress Issues & Development in Research*. New York: McGraw-Hill.
68. HART, S. G. ve Staveland, L. E. (1988), Development of NASA-TLX (Task Load Index): Results of Empirical and Theoretical Research. In P. A. Hancock and N. Meshkati (Eds.) *Human Mental Workload*. Amsterdam: North Holland Press.
69. Wallace, J. E. (1999). "Work-to-Nonwork Conflict Among Married Male and Female Lawyers", *Journal of Organizational Behavior*, 20, ss.797-816.
70. WOOD, S. J., & Michaelides, G. (2015). Challenge and Hindrance Stressors and Wellbeing-Based Work–Nonwork Interference: A Diary Study of Portfolio Workers. *Human Relations*, 0018726715580866.
71. EREN, E. (2006), *Örgütsel Davranış ve Yönetim psikolojisi*. Beta Basım Yayım Dağıtım.
72. Bal DM. (2014). Yataklı tedavi kurumlarında hemşire insan gücü planlama yaklaşımları. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi*, 3 (1), 148-150.
73. COLQUITT, J., Lepine, J. A. ve Wesson, M. J. (2011), *Organizational Behavior: Improving Performance and Commitment in the Workplace*. McGraw-Hill Irwin.
74. Yıldırım D, Aycan Z. Nurses' work demands and work-family conflict: A questionery survey. *International journal of nursing studies* 45:1366-1378, 2008.

75. SÖZEN, F., AYDEMİR, S., KUT A., ÖZBAKIR Z., Eminsoy G., (2015), Periodic Health Examination Knowledge, Attitudes and Behavior among Primary Care Physicians: A Descriptive Study of Preventive Care in Turkey, *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 418-426.
76. Hallowell B. D., Perin D. M P., Simoes E. J., Paez D. C., Parra D. C., Brownson R. C., Saraiya M., Breast cancer related perceptions and practices of health professionals working in Brazil's network of primary care units, *Prev Med*, 106, 216-223 Jan 2018.
77. Özbakır Acar N, Özşahin A, Edirne T. Knowledge and attitudes of primary health care workers about cervical cancer and HPV vaccine. *Pam Med J* 2019;12:457-466.
78. Şahin M. K., Aker S., Family Physicians' Knowledge, Attitudes, and Practices Toward Colorectal Cancer Screening, *J Canc Educ* (2017) 32:908–913.
79. Can H., Erdem Ö., Oztekin C., Celik S., Onde M., Celepkolu T., Ongel K., Are Primary Health Care Workers Aware of Cervical Cancer Risk?, *Asian Pac J Cancer Prev*, 15 (16), 6669-6671, 2014.
80. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019; s: 248.
81. Zwar N. Family medicine in the USA - an Australian perspective. *Aust Fam Physician*. 2010 Jun;39 (6): 360-1.
82. Çevikkalp B. Edirne Şehir Merkezinde Yaşayan Erişkinlerin Periyodik Sağlık Muayeneleri Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2010.
83. Hudson SV, Ferrante JM, Strickland PO, Hahn KA, Shaw EK, Hemler J, Crabtree BF. Physician Recommendation and Patient Adherence for Colorectal Cancer Screening. *JABFM* 2012; 25(6):782-791.
84. Centers for Disease Control and Prevention. Vital Signs: Colorectal Cancer Screening Test Use — United States, 2012. *MMWR* / November 8, 2013 / 62(44):881-888.
85. Zavoral M et al (2009) Colorectal cancer screening in Europe. *World J Gastroenterol* 15(47): 5907–5915.

86. TÜİK. Sağlık Araştırması, 2018. Erişim: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0> Erişim tarihi 22.02.2020.
87. Kim IM, Oh KO, Li CY, et al (2011). Breast cancer screening practice and health-promoting behavior among Chinese women. *Asian Nursing Research*. 5, 157-63.
88. Sheila F. Castañeda, Vanessa L. Malcarne, Pennie G. Foster-Fishman, William S. Davidson, Manpreet K. Mumman, Natasha Riley, Georgia R. Sadler. Health Care Access and Breast Cancer Screening Among Latinas Along the California–Mexican Border. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2014; 16(4):670-681.
89. Moser K, Patnick J, Beral V. Inequalities in reported use of breast and cervical screening in Great Britain: analysis of cross sectional survey data. *BMJ* 2009;338:b2025.
90. Tekpınar H., Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kanser taramaları konusunda bilgi tutum ve davranışları, 2017.
91. Ak, M., Canbal, M., Turan, S., Gürbüz, N., Attitude Concerning the Pap Smear Test of Women Who Admitted to the Family Medicine Outpatient Clinic, *Konuralp Tıp Dergisi* 2010;2(2):1-4.
92. Shea AL, Garcia MV, Cadavid AO, Velez RC, Diaz MM, Fernandez TB. Health of family physicians: do we practice what we preach? *Aten primaria* 2011;43:305e11.
93. Yangı, D., T., Görpelioğlu, S., Top M., The evaluation of family physicians' knowledge attitude and behaviours towards periodic examination guidelines, *Türk Aile Hek Derg* 2018; 22 (3): 104-117.
94. Yalçınkaya M., Özer F. G. ve Karamanoğlu A. Y. (2007). Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6 (6), 409-420.
95. Çetin FE. Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Merkez İlçelerin Toplum Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Ankara, Gazi Üniversitesi, 2015.

96. Viera AJ, Thorpe JM, Garrett JM. Effects of Sex, Age and Visits on Receipt of Preventive Healthcare Services: a Secondary Analysis of National Data. *BMC Health Serv Res* 2006;6(15):1-8.
97. Mavriplis CA. Should we abandon the periodic health examination? *Can Fam Physician* 2011;57(2):159-61.
98. Helwig, A., Bower, D., Wolff, M. ve Guse, C. (1998). Residents Find Clinical Practice Guidelines Valuable as Educational and Clinical Tools. *Family Medicine*, 30 (6):431-435.
99. Lugtenberg, M., Schaick, M. Z., Westert, G. P ve Burgers, J. S. (2009). Why Don't Physicians Adhere To Guideline Recommendations In Practice? An Analysis Of Barriers Among Dutch General Practitioners, *Implementation Science*, 54, 1-4.
100. Wolfe, R. M., Sharp, L. K. ve Wang, R. M. (2004). Family Physician' Opinions and Attitudes to Three Clinical Practice Guidelines. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 17 (2), 150-157.
101. Cabana, M. D., Rand, C. S., Powe, N. R., Wu, A. W., Wilson, M. H., Abboud, P. C. ve Rubin, H. R. (1999). Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines?: A Framework for Improvement. *Journal of the American Medical Association*, 282 (15), 1458-1467.
102. Al-Kubaisi, N.J., Al-Dahnaim, L.A. ve Salama, R.E. (2010). Knowledge, Attitudes And Practices Of Primary Health Care Physicians Towards Evidence-Based Medicine in Doha, Qatar, *Eastern Mediterranean Health Journal*, 16 (11), 1189-1197.

8 EKLER

8.1 EK 1. Etik Kurul İzni

Karar No:2018/15-11		Tarih:21.06.2018			
KARAR BİLGİLERİ Prof.Dr. Nilgün ÖZÇAKAR'ın sorumlusu olduğu "İzmir İlindeki Aile Hekimlerinin Sağlık Tarama Davranışları ve İş Yükü ile İlişkisi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, İl Sağlık Müdürlüğünden izin alınması koşuluyla, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. -Kurum izni alındıktan sonra Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?	İmza
Prof.Dr.Ali Rıza ŞİŞMAN (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Ali Rıza Şişman</i>
Prof.Dr.Gül ERGÖR (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Gül Ergör</i>
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Nejat Sarioşmanoğlu</i>
Prof.Dr. Mehmet Refik MAS	Geriatri	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Müge Kıray</i>
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Sülen SARIOĞLU	Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐ H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Bilge Kara</i>
Prof.Dr.Ayhan ABACI	Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	Katılmadı
Doç.Dr.M.Aylin ARICI	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>M. Arıcı</i>
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Murat Bektaş</i>
Doç.Dr.Yasemin SOYSAL	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Moleküler Tıp Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Yasemin Soysal</i>
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Ahmet Can Bilgin</i>
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Mehmet Erhan Özkul</i>

Yunus KARSLI
D.E.Ü. Tıp Fakültesi
Fakülte Sekreteri

8.2 EK-2: İzmir İl Sağlık Müdürlüğü İzni

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - HSGM TOPLUM SAĞLIĞI HİZMETLERİ VE EĞİTİM DAİRESİ BAŞKANLIĞI 14/10/2018 13:46 - 49654233 - 604.02 - E 1542  00078701622
Sayı : 49654233-604.02		 
Konu : Araştırma İzin Talebi (Prof. Dr. Nilün ÖZÇAKAR)		
İZMİR VALİLİĞİNE (İl Sağlık Müdürlüğü)		
İlgi : 21/09/2018 tarihli ve 77597247-604.02-385 sayılı yazınız.		
İlgide kayıtlı yazınızda Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR sorumluluğunda, Araştırma Görevlisi Dr. Aysel AYDOĞAN KÖKEN tarafından yapılmak istenen "İzmir İlindeki Aile Hekimlerinin Sağlık Tarama Davranışları, Uygulamaları ve İş Yüğü İle İlişkisi" konulu araştırma için Genel Müdürlüğümüzün görüşünün istendiği anlaşılmaktadır.		
Konuya ilişkin olarak, araştırma talebinin Genel Müdürlüğümüzce yapılan değerlendirilmesi neticesinde,		
Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz" öte yandan 07.04.2016 tarihli Resmi Gazete' de yayımlanmış olan 6698 sayılı "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu"nu hükümleri doğrultusunda ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamayacağı hükmü yer almaktadır.		
Bununla birlikte, aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda, aile sağlığı Merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi, aile sağlığı merkezi sorumlu hekiminin ve katılımcıların onayı çerçevesinde çalışma saatleri ve hizmeti aksatmadan, bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir. Ayrıca aile hekimlerinin iletişim bilgilerinin verilmeyeceği ancak araştırmacının kendi imkanları ile katılımcılara ulaşması durumunda araştırmanın yapılabileceği kararına varılmıştır.		
Adnan Saygun 2 Cad. No: 55 Çankaya / Ankara 03125655892 Faks No: e-Posta:zeynep.koseoglu@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Z.KÖSEOĞLU 0312 565 58 92 Bilgi için: ZEYNEP KÖSEOĞLU Unvan: TIBBİ TEKNOLOG Telefon No: 312 565 5892		

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

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ
Bakan a.
Genel Müdür Yardımcısı

Adnan Saygun 2 Cad. No: 55 Çankaya / Ankara 03125655892
Faks No:
e-Posta:zeynep.koseoglu@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Z.KÖSEOĞLU 0312 565 58 92

Bilgi için:ZEYNEP KÖSEOĞLU
Unvan:TIBBİ TEKNOLOG
Telefon No:312 565 5892

8.3 EK-3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın katılımcı,

Bu anket formu İzmir ilindeki aile hekimlerinin sağlık tarama davranışlarını, uygulamalarını ve iş yükü ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan tez çalışması için geliştirilmiştir.

Çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmakta olup, verdiğiniz yanıtlar kişisel bilgilerinizi ya da kimlik bilgileriniz belli etmeyecek biçimde yalnızca araştırmamızda kullanılacaktır. Lütfen her madde için size uygun seçeneğin sonundaki seçeneği yuvarlak içine alınız. Seçenek verilmeyen sorularda cevabınızı boşluğa yazınız. Katılımınız ve katkınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Konu hakkında bana sözlü açıklamalar yapıldı. Belirtilen koşullar dahilinde söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün:

Adı:

Tarih:

Soyadı:

İmza:

Olur Alma İşlemine Baştan Sona Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin:

Adı:

Tarih:

Soyadı:

İmza:

Araştırma Yapan Araştırmacının:

Adı: Aysel

Soyadı: AYDOĞAN

Tel: 0232 412 49 51

Adresi: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı İnciraltı Yerleşkesi Balçova/İZMİR

"Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum."

Tarih:

İmza:

8.4 EK-4: Katılımcı Anket Formu

Değerli katılımcılar, İzmir ilindeki aile hekimlerinin sağlık tarama davranışları, uygulamaları ve iş yükü ile ilişkisini araştırdığımız bu çalışmaya verdiğiniz katkılar için teşekkür ederiz.

1. Cinsiyetiniz? a)kadın b)erkek
2. Yaşınız? (.....)
3. Medeni durumunuz? a)evli b)bekar
4. Unvanınız?
a)pratisyen hekim b)aile hekimliği uzmanı c)diğer uzmanlıklar
5. Tıp Fakültesinden mezun olduğunuz yıl? (.....)
6. Aile hekimi olarak çalıştığınız süre? Yıl olarak belirtiniz (.....)
7. Aile hekimi olmadan önce birinci basamak sağlık kuruluşunda hasta baktınız mı?
a)evet ise (..... yıl) b)hayır
8. Sigara kullanım durumunuz?
a)kullanmıyorum b)kullanıyorum c)kullandım bıraktım
9. Alkol kullanım durumunuz?
a)kullanmıyorum b)nadiren kullanıyorum c)düzenli kullanıyorum
10. Boy ve kilo bilgilerinizi lütfen aşağıdaki alana kaydediniz
Boy.....cm kilo.....kg bel çevresi.....cm
11. Ailenizde kronik hastalığı olan birinci derece akrabanız var mı?
a)hayır b)evet ise lütfen belirtiniz
.....
12. Kronik hastalık şüphesi ile herhangi bir tetkik yaptırdınız mı?
a)hayır b)evet ise lütfen belirtiniz
.....
13. Kronik hastalığınız (diyabet, hipertansiyon, KOAH vb.), mevcut mu?
a)hayır b)evet ise lütfen belirtiniz
.....
14. Ailenizde kanser öyküsü olan birinci derece akrabanız var mı?

- a)hayır b)evet ise lütfen belirtiniz
.....
15. Kanser şüphesi ile herhangi bir tetkik yaptırdınız mı?
a)hayır b)evet ise lütfen belirtiniz
.....
16. Kesinleşmiş kanser tanınız var mı?
a)hayır b)evet ise lütfen belirtiniz
.....
17. Lütfen çalıştığınız ilçeyi belirtiniz
.....
18. Günlük baktığınız ortalama hasta sayısı?
19. Biriminize kayıtlı toplam nüfus?.....
20. Birlikte çalıştığınız aile sağlığı elemanı var mı?
a)evet b)hayır
21. Geçen yılda size kayıtlı 50-70 yaş grubundaki yetişkinlerin ne kadarına gaitada gizli kan testini yaptırdınız?
a)yarısından azına b)yarısına c)yarısından fazlasına d)tamamına
22. Geçen yılda size kayıtlı 40-69 yaş arası bütün kadınlara iki yılda bir mamografi yapılmasını önerdiniz?
a)yarısından azına b)yarısına c)yarısından fazlasına d)tamamına
23. Geçen yılda size kayıtlı 30-65 yaş arası kadınlara PAP Smear ve HPV testi yaptırdınız?
a)yarısından azına b)yarısına c)yarısından fazlasına d)tamamına

Aşağıda yer alan ifadelerde sizin için en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

	HİÇ BİR ZAMAN	NADİREN	BAZEN	SIKLIKLA	HER ZAMAN
1) 40 yaş üstü bireylerde başvuru sebebinden bağımsız olarak bir kez kardiyovasküler					

risk değerlendirmesi yaparım.					
2) 18 yaş ve üzeri grupta tütün ürünü kullanımını sorgularım.					
3) 45-65 yaş grubu erkeklerde kardiyovasküler olaylardan korunmada risk faktörleri gözetilerek günlük 81mg aspirin kullanımını öneririm.					
4) 55-65 yaş grubu kadınlarda iskemik inmenin önlenmesi amacıyla risk faktörleri gözetilerek günlük 81mg aspirin kullanımını öneririm.					
5) 18 yaşından büyük yetişkinlerde başvuru sebebinden bağımsız olarak yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçerim.					
6) 35 yaşından büyük bütün kişilerde beş yılda bir serum lipit profili taramasını yaparım.					
7) 45 yaşın üzerinde herkese ve ayrıca risk faktörlerini barındıran kişilere diabetes mellitus taramasını yaparım.					
8) 35 yaşın üzerindeki tüm erişkinlere beş yılda bir Tiroid Fonksiyon Testlerini (TSH) isterim.					
9) 18-65 yaş grubu yetişkinlerde yılda bir kez					

ağırlık, boy, beden kitle indeksi (BKİ) ve bel çevresi ölçümlerini yaparım.					
10) Tüberküloz açısından riskli gruba giren kişileri tüberküloz tarama yapılmak üzere verem savaş dispanserlerine yönlendiririm.					
11) 20 yaş üstü kadınlara kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi verip ayda bir kez uygulamasını öneririm.					
12) 20-40 yaş arası kadınlara birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü bulunmayanlara iki yılda bir klinik meme muayenesini yaparım.					
13) 20-40 yaş arası kadınlara birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü bulunanlara yılda bir klinik meme muayenesini yaparım.					
14) 40-69 yaş arası bütün kadınlara yılda bir rutin klinik meme muayenesini yaparım.					
15) 40-69 yaş arası bütün kadınlara iki yılda bir mamografi yapılmasını öneririm.					
16) 50-70 yaş grubundaki					

yetişkinlere yılda bir gaitada gizli kan testini yaparım.					
17) 50-70 yaş grubundaki yetişkinlere her on yılda bir kolonoskopi yapılması için yönlendiririm.					
18) 30-65 yaş arası kadınlara PAP Smear ve HPV testi yaparım.					
19) Ailesinde prostat kanseri hikâyesi olan 40 yaşından büyük erkekler ve aile hikâyesi olmayan 50 yaşından büyük erkeklerde hastamı bilgilendirir ve bir üroloji uzmanına yönlendiririm.					
20) 65 yaş altında olup risk faktörlerini barındıran erişkinlerde en az bir kez osteoporoz açısından gerekli testlerin yapılmasını sağlarım.					
21) Gebelik planlanmış ise gebelik öncesi üç ay ve gebelikteki ilk trimesterde kişinin günlük 400-800µg folik asit kullanmasını öneririm					
22) 18 yaş ve üzeri bireylerde alkol kullanım durumunu sorgular, bilgi verir ve tedavi olmaları için ilgili merkezlere yönlendiririm.					
23) 18-65 yaş aralığındaki					

yetişkinlerde kişinin şikâyeti ve ya benim öngörmem durumunda depresyon taraması yaparım.					
24) Erişkinlerde aşı ile önlenabilir hastalıklardan korunma amaçlı olarak “Genişletilmiş Bağışıklama Programı” kapsamında gerekli aşı uygulamalarını öneririm.					
25) 18 yaş ve üzeri grupta uyuşturucu madde kullanımını sorgular ilgili merkezlere yönlendiririm.					

İş Yüğü Ölçeğı:

Bu bölümdeki sorular işinizle ilgilidir. Lütfen her bir cümleye ne oranda katıldığınızı aşağıdaki ölçeğı kullanarak belirtiniz. Cümlelerin başındaki boşluğa sizin düşüncenizi en iyi şekilde temsil eden sayıyı yazınız. 1= kesinlikle katılmıyorum 2= katılmıyorum 3= ortadayım (ne katılıyorum, ne katılmıyorum) 4= katılıyorum 5= kesinlikle katılıyorum

1. _____ İşimde benden talep edilenler kapasitemin üstünde.
2. _____ İş yüküm oldukça ağır
3. _____ İşim hafta sonları ve akşamları da çalışmamı gerektiriyor.
4. _____ İş yüküm beni aşıyor.
5. _____ İşlerimi yetiştirebilmek için özel hayatımdan fedakârlık yapmam gerekiyor.
6. _____ Normal iş saatleri içinde işlerimi bitirmekte zorlanıyorum.
7. _____ İşlerimi rahat ve zamanında yetiştirebiliyorum.

8. _____ Yaptığım iş bilgi ve beceri seviyemin üzerinde.
9. _____ İş yükümün ve aldığım sorumlulukların altında eziliyorum.
10. _____ İşim çok ve uzun saatler çalışmamı gerektiriyor.
11. _____ Şu anda çalıştığım pozisyon çok fazla işle ve kişiyle uğraşmamı gerektiriyor.

