

# Periyodik sağlık muayenelerine genel bakış

## Periodic health examinations: An overview

Emrah Ersoy<sup>1</sup>, Esra Saatçi<sup>2</sup>

### Özet

Günümüz sağlık bakımının temel amacı; tedaviden çok, insanların sağlığını korumada onlara danışmanlık yapmak ve sağlık risklerinden kaçınmada yardımcı olmaktır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan koruyucu hizmetler; hastalık riski taşımayan bireylerin bu risklerden uzak tutulması, risk altındaki bireylerin risklerini azaltılması, mevcut hastalıkların erken tanı ve tedavisi ile kronik hastalıkların kalıcı hasar oluşturmalarının önlenmesini içerir. Bu temel amaçlara çeşitli ulusal ve uluslararası kuruluşlarca standartları belirlenmiş periyodik sağlık muayeneleri (PSM) yoluyla ulaşılır. Aile hekimleri, kendilerine bağlı popülasyona sağlıklarını koruma ve geliştirme konusunda yardımcı olmada eşsiz bir konuma sahiptirler. Sağlığı geliştirici, hastalıklardan koruyucu, iyileştirici, esenlendirici ve destekleyici bakımı sunan aile hekimleri bu istemi karşılamak için çok uygundur. PSM sağlığı geliştirme ve hastalıkları önleme bağlamında birinci basamak uygulamalarının önemli bir bileşenidir. Ancak hastayı taramaya gerek olup olmadığı ve en uygun tarama yöntemini seçme konusu aile hekimleri için zorlayıcı olabilir.

**Anahtar sözcükler:** Aile hekimliği, periyodik sağlık muayenesi, koruyucu hizmetler

### Summary

The main aim of up-to-date health care is to advise people about preventive health care services and to help them avoid health risks as well. Preventive health care services are the basis of primary health care. Their aim is to help healthy people avoid risky behaviours, to reduce risks if there are any, to provide early diagnosis and treatment and to prevent permanent damages of chronic diseases. These basic targets can be achieved through periodic health examinations (PHE) implemented according to various national and international guidelines. Family physicians have a unique position to help for improving their patients' health. Family physicians provide preventive, curative, supportive, rehabilitative and palliative care. PHE is an important component of primary care in the context of health promotion and prevention. However, question of to screen or not to screen and choose the most appropriate screening method can be challenging for family physicians.

**Key Words:** Family medicine, periodic health examination, preventive care

<sup>1</sup> Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uz. Dr., Adana

<sup>2</sup> Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Prof. Dr., Adana

## Giriş

Periyodik sağlık muayenesi, henüz bir hastalık belirtisi göstermeyen sağlıklı kişilerin, tarama testleri ve fizik muayene ile danışmanlık ve sağlık eğitimi yoluyla sağlıklarının korunmasına katkıda bulunmak amacıyla yapılan düzenli sağlık kontrolüdür. Her başvuran için, risk faktörlerine göre biçimlendirilmiş, kanıta dayalı olarak yapılandırılmış, spesifik, etkin, uygulanabilir ve kabul edilebilir bir izlem programıdır. Bu izleme, hem birey için gerekli görülen uygulamaların güvenceye alınması, hem de sık karşılaşılan gereksiz test ve müdahalelerin önüne geçilmesi hedeflenmektedir. Bu amaç doğrultusunda, bireylere, cinsiyet ve yaş gruplarına uygun olarak, o toplumda mortalite ve morbiditeyi en fazla etkileyen hastalıkların risk faktörlerine yönelik, kanıta dayalı muayene ve tarama testlerinin uygulanmasını, danışmanlık ve hasta eğitimi hizmetlerini ve bağışıklamayı içeren bir hizmet sunumunu içermektedir.<sup>[1]</sup>

PSM'nin diğer bir önemli bileşeni ise eşlik eden hastalık (ör: hipertansiyon, hiperlipidemi vb...) bağlamında veya pozitif aile öyküsüyle (ör: birinci derece akrabada erken gelişen koroner hastalık, kanser vb...) ilgili olarak hastada bilinen risk faktörlerine yönelik vaka bazlı taramayı içermesidir.<sup>[2]</sup>

Aile hekimliği, sağlık hizmeti sunum sistemiyle

ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir. Sağlığı geliştirici, hastalıklardan koruyucu, iyileştirici, esenlendirici ve destekleyici bakımı sunan aile hekimleri bu istemi karşılamak için çok uygundur. Periyodik sağlık muayenesi (PSM) sağlığı geliştirme ve hastalıkları önleme bağlamında birinci basamak uygulamalarının önemli bir bileşenidir.<sup>[3]</sup>

Çeşitli ulusal ve uluslararası kuruluşlarca standartları belirlenmiş periyodik sağlık muayeneleri öneri kategorilerine göre sınıflandırılmıştır. Bu öneri kategorileri aynı zamanda önerinin gücünü belirtmektedir. **Tablo 1**'de U.S. Preventive Services Task Force'nin (USPSTF) öneri kategorileri gösterilmektedir.<sup>[4]</sup> **Tablo 2**'de ise Amerikan Aile Hekimleri Akademisi (AAFP) öneri düzeyleri görülmektedir.<sup>[5]</sup>

## Dünyada Ölüm Nedenleri

Ölüm nedenleri açısından kronik hastalıkların etkisi gittikçe artmaktadır. Bunlardan kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, diyabet ve kronik akciğer hastalıkları başı çeken hastalıklardır. Dünyada iskemik kalp hastalığı, inme, alt solunum yolları enfeksiyonları ve kronik obstrüktif akciğer hastalıkları son on yılda en sık ölüm nedenleri arasında yer almıştır.

**Tablo 1. USPSTF'nin öneri kategorileri**

Düzyey	Tanımlama	Uygulama için öneri
<b>A</b>	USPSTF hizmeti öneriyor. Net yararın önemli olduğuna dair yüksek kesinlik var.	Bu hizmeti sunun ya da sağlayın.
<b>B</b>	USPSTF hizmeti öneriyor. Net yararın orta derecede olduğuna dair yüksek kesinlik var ya da net yararın orta ya da yüksek düzeyde olduğuna dair orta derecede kesinlik var.	Bu hizmeti sunun ya da sağlayın.
<b>C</b>	USPSTF bu hizmetin profesyonelin kanaatine ve hastanın tercihlerine bağlı olarak hastanın bireysel özelliklerine göre seçici olarak sunulmasını ya da sağlanmasını öneriyor. Net yararın düşük olduğuna dair en azından orta derecede kesinlik var.	Bireysel koşullara bağlı olarak seçilmiş hastalara bu hizmeti sunun ya da sağlayın.
<b>D</b>	USPSTF hizmetin sunulmasına karşı. Hizmetin net yararı olmadığına ya da zararın yarardan fazla olduğuna dair orta ya da yüksek düzeyde kesinlik var.	Bu hizmeti kullanmaktan vazgeçin.
<b>I</b>	USPSTF eldeki kanıtların hizmetin yarar – zarar dengesini değerlendirmek için yetersiz olduğu sonucuna ulaşmıştır. Kanıt yok, zayıf kalitede ya da tartışmalı ve yarar - zarar dengesi belirlenemiyor.	USPSTF'in öneri açıklamasının klinik özellikler bölümünü okuyun. Hizmet sağlanacaksa hasta hizmetin yarar ve zarar dengesinin belirsizliğini anlamalıdır.

Dünyada 2012 yılında tahmini olarak 56 milyon kişi hayatını kaybetmiştir. Bu ölümlerin 17.5 milyonu kardiyovasküler hastalara bağlı olup bunun 7.4 milyonu iskemik kalp hastalığına, 6.7 milyonu inmeye bağlı gerçekleşmiştir. Akciğer kanseri 2000 yılında 1.2 milyon ölüme (% 2,2) neden olurken 2012 yılında artarak 1.6 milyon (% 2,9) ölüme neden olmuştur. Benzer bir şekilde diyabet 2000 yılında bir milyon (% 2) ölüme sebebiyet verirken 2012 yılında 1,5 milyon (% 2,7) ölüme neden olmuştur.

Tütün kullanımı dünyada en sık öldüren hastalıklardan kardiyovasküler hastalık, kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH) ve akciğer kanseri olmak üzere birçok hastalığın nedenlerindedir ve dünyada her 10 yetişkinden birinin ölümünden sorumlu olduğu düşünülmektedir. Tütün kullanımı çoğunlukla ölüme neden olan hastalıklar içerisinde saklanmış bir risk faktörüdür.<sup>[6]</sup>

### Türkiye’de Ölüm Nedenleri

Türkiye’de ölüm nedenleri incelendiğinde, 2013 yılında ilk üç hastalık grubunun sıralaması, 2014 yılında da değişmemiştir. Ölüm vakalarının 2013 yılında % 39,6’sını, 2014 yılında ise % 40,4’ünü dolaşım sistemi hastalıkları oluşturmuştur. İkinci sırada 2013

**Tablo 2. Amerikan Aile Hekimleri Akademisinin öneri düzeyleri**

<b>A Öneri</b>	Net yararın belirgin olduğu kesin.
<b>B Öneri</b>	Net yararın orta derecede olduğu kesin ya da net yararın orta derecede veya belirgin olduğu orta derecede kesin.
<b>C Öneri</b>	Rutin kullanım karşıtı öneri. Hizmetin bazı bireylere kullanımıyla ilgili düşünceler olabilir. Net yararın düşük olduğuna dair en azından bazı deliller var.
<b>D Öneri</b>	Hizmetin kullanımına karşı. Yarar olmadığını veya zararın ağır bastığını gösteren iyi ya da orta düzeyde kanıtlar.
<b>I yetersiz kanıt</b>	Kanıt yok ya da kalitesiz veya sonuçlar çelişkili ve yarar-zarar dengesini belirleyemiyor
<b>I-HB</b>	Davranış istenir; ancak hekimin önerisinin ya da danışmanlığının faydası belirsizdir

yılında % 21,2 oranında gerçekleşen iyi huylu ve kötü huylu tümörlerden ölümler, 2014 yılında % 20,7 olarak hesaplanmıştır. 2014 yılında ölüm sıralamasında % 10,7 ile solunum sistemi hastalıkları, % 5,1 ile endokrin, beslenme ve metabolizmayla ilgili hastalıklar, %4,3 ile dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler, %4,4 ile sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları ve %14,4 ile diğer nedenler en sık ölüm nedenleri olarak sıralanmıştır. Dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle gerçekleşen ölümlerin 2014 yılında % 39,6’sı iskemik kalp hastalığından, %24,7’si ise serebrovasküler hastalıklardan kaynaklanmıştır. 2014 yılında kötü huylu tümörlere bağlı ölümlerin % 31,1’i, 2013 yılında ise % 31,3’ü larynx ve trakea / bronş / akciğerin kötü huylu tümöründen kaynaklanmıştır.

Yine 2014 yılında kötü huylu tümörlere bağlı ölümlerden yaklaşık %5’i memenin kötü huylu tümöründen, yaklaşık %0,7’si serviks uterusinin kötü huylu tümöründen, yaklaşık % 5’i prostatın kötü huylu tümöründen kaynaklanmıştır. 2014 yılı endokrin, beslenme ve metabolizmayla ilgili hastalıklara bağlı ölümlerden yaklaşık %82’sine diyabet hastalığı neden olmuştur. Bütün ölüm nedenleri arasında diyabet hastalığı yaklaşık % 4,5 oranla yer almıştır.

Ölüm nedeni istatistikleri yaş gruplarına göre incelendiğinde; 2014 yılında dolaşım sistemi hastalıklarının en çok 75-84 yaş grubunda, iyi huylu ve kötü huylu tümörlerin ise en fazla 65-74 yaş grubunda görüldüğü tespit edilmiştir.<sup>[7]</sup>

### Periyodik Sağlık Muayenesinin Bileşenleri

Periyodik sağlık muayenesi kabaca primer koruma ve taramadan oluşur. Danışmanlık ve aşılama primer korumanın köşe taşlarıdır. Aslında sekonder ve tersiyer korumaya kıyasla primer korumada yapılan girişimler zararsızdır ve daha maliyet etkindir. Bundan dolayı, kanıta dayalı primer koruma bütün hasta için PSM’nin bir parçası olmalıdır.<sup>[8]</sup>

### Primer Koruma

#### Danışmanlık / Yaşam Tarzı

Bu nedenle USPSTF beslenme bozukluğu ile ilişkili kronik hastalığı olan ve kardiyovasküler risk faktörü taşıyanlara kardiyovasküler hastalıklara karşı koruma amacıyla sağlıklı beslenme ve egzersiz içeren yoğun bir danışmanlık önermektedir (B düzeyi).<sup>[9]</sup>

AAFP’de bu konuyla ilgili güncel öneriler USPSTF ile aynıdır.<sup>[10]</sup> T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzunda da öneriler benzerdir.<sup>[11]</sup>

### **Tütün Kullanımı**

Hekimler her bireyin tütün kullanım durumunu sorgulamalı, sigara bırakmayı tavsiye etmeli, tütün kullanan bütün hastalarına tütünü bırakması için danışmanlık yapmalı ve bıraktırmak için medikal tedavi uygulamalıdır. (A düzeyi)<sup>[12]</sup> AAFP’de de bu konuyla ilgili güncel öneriler USPSTF ile aynıdır.<sup>[5]</sup>

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzunda ise 18 yaş ve üzeri grupta tütün ürünü kullanım ve tütün dumanından pasif etkilenim durumu sorgulanması önerilmiştir.<sup>[11]</sup>

### **Alkol Kullanımı**

USPSTF, hekimlerin 18 ve üzeri yaşta bütün hastalarında alkol kullanımını ve kullanım varsa miktarını sorgulamalarını ve riskli alkol tüketimi olanlara alkol kullanımını azaltmak için kısa davranışsal danışmanlık oturumları sağlamalarını önermektedir. (B düzeyi)<sup>[13]</sup> AAFP’de de bu konuyla ilgili güncel öneriler USPSTF ile aynıdır.<sup>[5]</sup>

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzu’nda da benzer şekilde 18 yaş ve üzeri bireylerde alkol kullanım durumunun sorgulanması önerilmektedir.<sup>[11]</sup>

### **Madde Kullanımı**

USPSTF ve AAFP, ergenlerde, erişkinlerde ve gebelerde yasadışı uyuşturucu madde kullanımı için yapılacak taramayla ilgili kanıtların yetersiz olduğunu belirtmiştir. (I düzeyi)<sup>[5,14]</sup>

Bunun aksine, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzu’nda 18 yaş ve üzeri grupta uyuşturucu madde kullanım durumu sorgulanmalı ve bireylere uyuşturucu madde kullanımının zararları ve karşılaşılabilecekleri sağlık riskleri hakkında bilgi verilip tedavi olmaları için motivasyonel görüşme yapılmalı ve ilgili merkezlere yönlendirilmeli şeklinde belirtilmiştir.<sup>[11]</sup>

### **Cinsel Davranış**

Cinsel yolla bulaşan hastalıkların morbiditeyle ilişkili ve potansiyel komplikasyonları olması nedeniyle USPSTF ve AAFP cinsel aktif her ergene ve CYBH açısından artmış riski olan erişkinlere yüksek yoğunlukta davranışsal danışmanlık yapılmasını önermektedir. (B düzeyi)<sup>[15]</sup> AAFP ise cinsel aktif olmayan ve CYBH ilgili riski artmamış olan erişkinlerde kanıtların yetersiz olduğunu (I düzeyi) bildirmiştir.<sup>[5]</sup>

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzu’nda ise bazı farklılıklar mevcuttur. Kılavuzda 18 yaşın üzerinde ve cinsel aktif kişilerde kişiden talep gelmesi durumunda veya risk faktörlerinin varlığında gerekli bilgilendirme yapıp kişinin onayı alınarak Hepatit B, Hepatit C, HIV, gonore ve klamidya enfeksiyonları için tarama yapılması önerilmektedir.<sup>[11]</sup>

### **Aşılama**

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzu’nda erişkinlerde aşı ile önlenbilir hastalıklardan korunma amaçlı olarak “Genişletilmiş Bağışıklama Programı” kapsamında aşı uygulamaları yapılmasının önemli olduğu vurgulanmıştır. Risk gruplarına tetanoz-difteri (Td) (primer doz 0,1 ve 6. ayda, tamamlandıktan sonra 10 yılda bir rapel), hepatit B (0, 1 ve 6. ayda üç doz), meningokoksik menenjit (bir doz veya daha fazla), pnömokok (65 yaş üzeri bir doz), influenza (yılda bir doz), hepatit A (6 ay ara ile iki doz), suçiçeği (bir ay ara ile iki doz) ve KKK (bir veya iki doz) aşılı yapılmalıdır. Gebelere bir ay ara ile uygulanmakta olan iki doz Td aşısı beş doza tamamlandığında doğurganlık çağı boyunca tetanozdan koruyacaktır.<sup>[11]</sup>

İsviçre Halk Sağlığı Federal Bürosu bütün kızlara 15 ile 19 yaşlar arasında tekrar aşılama yapılma koşuluyla 11 ile 14 yaş arasında HPV aşısı yapılmasını önermektedir.<sup>[16]</sup> Australian National HPV Vaccination Program Register yakın zamanda genç erkeklerin de HPV’ye karşı bağışıklanması gerektiğini önermiştir.<sup>[17]</sup> AAFP’de cinsel olarak aktif olup hiç aşı yapılmamış veya aşısı eksik olan erkeklere 26 yaşına kadar HPV aşısı önerilmektedir.<sup>[18]</sup> T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2015 yılı Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama

Testleri Kılavuzunda ise erişkin kadın veya erkeklere yönelik HPV aşısıyla ilgili öneride bulunulmamıştır.

### Taramalar

Tarama testleri; asemptomatik bireylerde bir hastalık saptamak üzerine tasarlanmışlardır. DSÖ'ye göre tarama testleri belirlenmiş ilkelere bağlı olmalıdırlar. Taranan durum yaygın bir sağlık sorunu olmalı ve onaylanmış tarama testinin bu sorunu erken tespit edebileceği uzun bir latent periyodu içermelidir. Tarama testleri hem ekonomik açıdan makul olmalı, hem de toplum için kar ve zarar oranları kabul edilebilir düzeyde olmalıdır. Sonuç olarak tespit edilen hastalığın da tedavi edilebilir olması gerekmektedir.<sup>[19]</sup>

### Kardiyovasküler Hastalıklar

#### Hipertansiyon

Kontrollü seyreden hipertansiyonun kalp yetmezliği riskini % 50, serebrovasküler olay (SVO) riskini % 40, miyokard enfarktüsü (MI) riskini % 25 azalttığı göz önüne alınarak 18 yaş ve üzeri için rutin olarak kan basıncı takibi yapılması; yükseğe kontrol altına alınması önerilmektedir.(A düzeyi)<sup>[20,21]</sup> AAFP'nin bu konuyla ilgili güncel önerileri USPSTF ile aynıdır.<sup>[5]</sup>

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzunda 18 yaşından büyük yetişkinlerde başvuru sebebinden bağımsız olarak hipertansiyon tanısının erken tespiti ve kardiyovasküler olayların önlenmesi amaçlı yılda en az bir kez arteriyel kan basıncı ölçülmesi önerilmiştir.<sup>[11]</sup>

#### Koroner Kalp Hastalığı

AAFP ve USPSTF kardiyovasküler olaylar için düşük risk taşıyan asemptomatik erişkinlerde koroner kalp hastalığı (KKH) için istirahat halinde veya eforlu elektrokardiyografi (EKG) ve kardiyak bilgisayarlı tomografi (BT) önerilmemektedir. (D düzeyi) Kardiyovasküler olaylar için orta ve yüksek risk taşıyan hastalarda ise taramayla ilgili kanıtlar yetersizdir. (I düzeyi)<sup>[22]</sup> Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Kılavuzunda 40 yaş altı bireylerde ailesinde erken yaşta aterosklerotik hastalık öyküsü varsa, 40 yaş üstü bireylerde ise başvuru sebebinden bağımsız olarak bir kez kardiyovasküler risk değerlendirmesi yapılması önerilmektedir.<sup>[11]</sup>

### Abdominal Aort Anevrizması (AAA)

AAFP ve USPSTF'ye göre 65 ve 75 yaşları arası sigara içmiş olan erkek hastalar abdominal aort anevrizması için bir kez ultrasonografi ile taranmalıdır. (B düzeyi) Aynı yaşlar arası olup hiç sigara içmemiş erkekler için ise öneriler net değildir. (C düzeyi) Sigara içmiş 65-75 yaş arası kadınlarda ise AAA taraması için kanıtlar yetersizdir. (I düzeyi) Sigara içmemiş kadınlarda ise tarama önerilmemektedir. (D düzeyi)<sup>[23]</sup>

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2015 yılı Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzunda abdominal aort anevrizmasıyla ilgili bir öneri bulunmamaktadır

### Obezite

Altı yaşından itibaren her bireyde obezite taraması için BKİ hesaplanarak sistematik bir şekilde takip edilmelidir. (B düzeyi)<sup>[24,25]</sup>

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzunda 18-65 yaş grubu yetişkinlerde obezitenin önlenmesi ve metabolik sendromun değerlendirilmesi amacıyla yılda bir kez ağırlık, boy, BKİ ve bel çevresi ölçümleri önerilmektedir. Bu ölçümlere ek olarak glukoz ölçümü (plazma glukozu), total kolesterol, HDL, LDL kolesterol ve trigliserid ölçümü, ALT ve kreatinin ölçümü, TSH ölçümü yapılmalıdır. Bu ölçümler sonrasında kişiye, gerekli görülen durumlarda sağlıklı beslenme, psiko-sosyal destek (davranış tedavisi) ve fiziksel aktivite danışmanlığı verilmelidir.<sup>[11]</sup>

### Lipid Hastalıkları

AAFP ve USPSTF tarafından yüksek kolesterol ve dislipidemi için tarama erkeklerde 35 yaş ve üzerinde (A düzeyi); kadınlarda ise kardiyovasküler risk taşıyanlar için 45 yaş ve üzerinde 5 yılda bir yapılması önerilmektedir. (A düzeyi) Koroner kalp hastalığı için artmış riski olan 20-35 yaş arası erkeklerde ve 20-45 yaş arası kadınlarda lipid bozuklukları açısından tarama önerilmektedir. (B düzeyi) Kardiyovasküler risk taşımayan kadınlarda ve yine risk taşımayan 20-35 yaş arası erkeklerde ise öneriler net değildir.(C düzeyi)<sup>[5,26]</sup> T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzunda ise diğer kılavuzlardan

farklı olarak hiperlipidemi, kardiyovasküler olay, diabetes mellitus ve komplikasyonlarının gerek erken tanısı gerekse yan etkilerinin önlenmesi amacıyla 35 yaşından büyük tüm kişilerde beş yılda bir serum lipid profili taramasının yapılması (en az 12 saat açlıktan sonra) önemlidir. Risk faktörü olanlarda ise taramaya 18 yaşından itibaren başlanması önerilmektedir.<sup>[11]</sup>

### Diyabet Hastalığı

USPSTF ve AAFP'ye göre fazla kilolu veya obez olan 40-70 yaş arası erişkinlerde normal olmayan kan glukozu düzeyi kardiyovasküler olay riskini arttırdığı için tarama önerilmelidir. (B düzeyi)<sup>[27]</sup>

Kan basıncı devamlı olarak 135/80 mm Hg ve üzeri olan erişkinlerde tip 2 DM için tarama önerilmektedir. (A düzeyi) USPSTF kan basıncı 135/80 mm Hg'nin altında olan erişkinlerde ise uzun dönem verileri halen belirsiz olduğundan tip 2 DM için sistematik bir tarama yapılması gerekliliği hakkında kanıtların yetersiz olduğunu belirtmiştir.(I düzey)<sup>[28]</sup>

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzunda 45 yaşın üzerinde herkese ve ayrıca risk faktörlerini barındıran kişilere yaştan bağımsız olarak diabetes mellitus taraması önerilir. Test normal ise üç yılda bir tekrar edilmelidir.<sup>[11]</sup>

### Tiroid Hastalığı

AAFP ve USPSTF'de asemptomatik erişkinlerde ve gebe olmayanlarda tiroid disfonksiyonu için taramayla ilgili veriler yetersizdir. (I düzeyi)<sup>[29]</sup> Tiroid disfonksiyonu ile ilgili tarama dünya geneline çelişkili bir konudur. American Thyroid Association (ATA) 35 yaş üzeri asemptomatik olsa bile bütün hastalara beş yılda bir tiroid stimüle edici hormon (TSH) bakılmasını önermektedir.<sup>[30]</sup>

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri kılavuzunda ise tiroid fonksiyon anomalilerinin erken tanısı amacıyla ailesinde tiroid hastalığı öyküsü bulunanlara ilk muayenede olmak üzere ve 35 yaşın üzerindeki tüm erişkinlere beş yılda bir TSH bakılması önerilmiştir.<sup>[11]</sup>

### Osteoporoz

Kemik dansitometri (DEXA) ile osteoporoz taraması 65 yaş ve üzeri her kadına (B düzeyi) ve daha

genç olup spontan kırık gelişme riski artmış olan kadınlara önerilmektedir. (B düzeyi) Risk faktörü olmayan asemptomatik erkeklerde osteoporoz için rutin bir tarama önerilmemektedir.(I düzey)<sup>[31]</sup>

USPSTF'ye göre osteoporozda kalsiyum ve vitamin D desteğinin primer koruma için etkinliğini gösteren kanıtlar şu anda yetersizdir.(I düzey)<sup>[32]</sup> 65 yaş ve üzeri olup düşme riski artmış olan yaşlılarda düşme ve çarpmalara karşı korumak için egzersiz veya fizik tedavi ve D vitamini desteği önerilmektedir.(B düzeyi)<sup>[33]</sup> AAFP'nin önerisi de USPSTF ile aynıdır.<sup>[5]</sup>

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzunda ise öneriler AAFP ve USPSTF'ye göre farklılıklar içermektedir. 65 yaş altında olup aşağıdaki risk faktörlerini barındıran erişkinlerde en az bir kez biyokimyasal testlerin yapılmasının sağlanması (iyonize kalsiyum, tam kan sayımı, kreatinin, alkalen fosfataz, TSH, 25-hidroksivitamin D3 ölçümleri) önerilmektedir. 65 yaş üstü tüm kişilerde ise yılda bir kez biyokimyasal testlerin yapılmasının sağlanması (iyonize kalsiyum, tam kan sayımı, kreatinin, alkalen fosfataz, TSH, 25-hidroksivitamin D ölçümleri ve vertebral kırığı olanlarda protein elektroforezi) önerilmiştir. Kılavuzda ayrıca 65 yaş üstü kadınlara ek olarak 70 yaş üstü erkeklerde de hayatlarında en az bir kez DEXA ölçümü yaptırmalarının önerilmesi dikkat çekmektedir.<sup>[11]</sup>

### Depresyon

Birinci basamağa kayıtlı bütün hastalar depresyon açısından taranmalıdırlar. (B düzeyi) AAFP ve USPSTF'ye göre ise 18 yaş ve üstünde olan bireylere; doğru tanı, etkili izlem ve tedaviyi sağlamak için personel destekli depresyon bakım hizmetleri sağlanabilecek bir fırsat varsa depresyon taranması önermektedir.(B düzeyi) Eğer bu olanak yoksa tarama kararı kişiselleştirilmelidir. (C düzeyi)<sup>[5,34]</sup>

Depresyon taraması için T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen PSM ve Tarama Testleri Kılavuzunda ise öneriler AAFP ve USPSTF'ye göre farklılıklar içermektedir. Kılavuzda 18-65 yaş aralığındaki yetişkinlerde kişinin şikâyeti veya hekimin öngörmesi durumunda "Son iki hafta içinde hemen her gün kendinizi çökkün ya da umutsuz hissettiğiniz

oldu mu?” ve “Son iki haftadır ilgi kaybı ya da hayattan zevk alamama gibi yakınmalarınız oldu mu?” sorularının yöneltilerek depresyon sorgulamasının yapılması önerilmektedir.<sup>[11]</sup>

### Hastaların Gizli Gündemi

Hasta, PSM için hekime başvurduğunda hekim, bu başvurunun sebebinin asemptomatik bir hastalığın saptanması olduğunu düşünebilir. Ancak prospektif bir çalışmada, koruyucu hizmet almak üzere PSM talebinde bulunan hastaların çoğunluğunun asemptomatik hastalardan oluşmadığı; aksine özellekli semptomları ve buna bağlı kaygıları olduğu gösterilmiştir.<sup>[35]</sup>

Hastalar olağan bir görüşmede hekimlere kaygı ve isteklerini anlatırken PSM için gelen hastaların yaklaşık üçte birinde bir veya daha fazla gizli gündem olduğu saptanmıştır.<sup>[35]</sup>

Bu durum göz ardı edilirse hasta memnuniyetinde azalma, sağlık kurumlarına başvuru sayısında artma, malpraktis davalarında artma, başvuru alan hekim sayısında ve uygulanan tedavi yaklaşımlarının değişikliğinde artma olmaktadır.<sup>[36-40]</sup> Davranışsal ve sözel ipuçları hakkında uyanık olmak ve hastaların gizli gündemlerinin farkında olmak, hasta-hekim iletişiminin gelişmesinde önemlidir.

### Kaynaklar

1. T.C. Sağlık Bakanlığı. Aile Doktorları için Kurs Notları. Ankara, 2004; 99-100.
2. Virgini V, Meindl-Fridez C, Battegay E, Zimmerli L. Check-up examination: recommendations in adults. Swiss Med. Wkly 2015; 145:w14075.
3. The European Definition of General Practice/Family Medicine. Short Version. Leuven: European Academy of Teachers in General Practice, EURACT; 2005: 6.
4. U.S. Preventive Services Task Force Grade Definitions. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grades.htm> adresinden 26.02.2016 tarihinde erişilmiştir.
5. Summary of recommendations for clinical preventive services, AAFP, 2 January 2016. [http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient\\_care/clinical\\_recommendations/cps-recommendations.pdf](http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/clinical_recommendations/cps-recommendations.pdf) adresinden 26.02.2016 tarihinde erişilmiştir.
6. WHO. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index2.html> adresinden 04.01.2016 tarihinde erişilmiştir.
7. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2015. TÜİK haber bülteni 2015; 18855.
8. Tengs TO, Adams ME, Pliskin JS, et al. Five-hundred life-saving interventions and their cost-effectiveness. Risk Anal 1995; 15:369–90.
9. U.S. Preventive Service Task Force. Behavioral counseling in primary care to promote a healthy diet: recommendations and rationale. Am J Prev Med 2003;24:93–100.
10. Summary of recommendations for clinical preventive services. [http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient\\_care/clinical\\_recommendations/cps-recommendations.pdf](http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/clinical_recommendations/cps-recommendations.pdf) adresinden 26.02.2016 tarihinde erişilmiştir.
11. Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri., T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, yayın no: 991, 2015.
12. Counseling and interventions to prevent tobacco use and tobacco-caused disease in adults and pregnant women: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. Ann Intern Med 2009; 150:551–5.
13. Moyer VA. Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. preventive services task force recommendation statement. Ann Intern Med 2013; 159:210–8.
14. Screening for Illicit Drug Use U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement AHRQ Publication Number 08-05108-EF-3 January 2008.
15. Behavioral counseling to prevent sexually transmitted infections: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med 2008; 149:491–496, W495. .
16. Bundesamt für Gesundheit. <http://www.bag.admin.ch>. adresinden 04.01.2016 tarihinde erişilmiştir.

17. Australian Government- The department of health. <http://www.immunise.health.gov.au>. adresinden 04.01.2016 tarihinde erişilmiştir.
18. CDC. <http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/adult-compliant.html> adresinden 28/02/2016 tarihinde erişilmiştir.
19. Wilson JMG, Jungner G. Principles and Practice of Screening for Disease. Geneva: World Health Organization. 1968; 14-39.
20. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Bethesda, 2003.
21. Screening for high blood pressure: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. Ann Intern Med 2007; 147:783-6.
22. Moyer VA. Screening for coronary heart disease with electrocardiography: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med 2012; 157:512-8.
23. Michael L. LeFevre, Screening for Abdominal Aortic Aneurysm: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med 2014;161:281-90.
24. Barton M. Screening for obesity in children and adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement. Pediatrics 2010; 125:361-7.
25. Moyer VA. Screening for and management of obesity in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med 2012; 157:373-8.
26. Helfand M, Carson S. Screening for Lipid Disorders in Adults: Selective Update of 2001 U.S. Preventive Service Task Force Review. AHRQ Publication No 08-05114-EF-1 2008.
27. Albert L. Screening for Abnormal Blood Glucose and Type 2 Diabetes Mellitus: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med 2015; 163:861-8 .
28. Screening for type 2 diabetes mellitus in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med 2008; 148:846-54.
29. Michael L. LeFevre Screening for Thyroid Dysfunction: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med 2015; 162:641-50.
30. Garber JR, Cobin RH, Gharib H, et al. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. Thyroid 2012; 22.
31. Screening for osteoporosis: U.S. preventive services task force recommendation statement. Ann Intern Med 2011; 154:356-64.
32. Moyer VA. Vitamin D and calcium supplementation to prevent fractures in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med 2013; 158(9):691-6.
33. Virginia A. Moyer Prevention of Falls in Community-Dwelling Older Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med 2012; 157:197-204. .
34. Depression in Adults: Screening. U.S. Preventive Services Task Force. December 2014. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/depression-in-adults-screening>. adresinden 28/02/2016 tarihinde erişilmiştir.
35. Hunziker S, Schlapfer M, Langewitz W et al. Open and hidden agendas of "asymptomatic" patients who request check-up exams. BMC Fam Pract 2011;12:22.
36. Brody DS, Miller SM, Lerman CE, Smith DG, Lazaro CG, Blum MJ. The relationship between patients' satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received. Med Care 1989;27:1027-35.
37. Jackson JL, Kroenke K. Patient satisfaction and quality of care. Mil Med 1997; 162:273-7.
38. Joos SK, Hickam DH, Borders LM. Patients' desires and satisfaction in general medicine clinics. Public Health Rep 1993; 108:751-9.
39. Kravitz RL, Callahan EJ, Paterniti D, Antonius D, Dunham M, Lewis CE. Prevalence and sources of patients' unmet expectations for care. Ann Intern Med 1996; 125:730-7.
40. Kravitz RL, Cope DW, Bhrary V, Leake B. Internal medicine patients' expectations for care during office visits. J Gen Intern Med 1994; 9:75-81

*Geliş tarihi: 06.03.2017*

*Kabul tarihi: 22.03.2017*

*Çevrimiçi yayın tarihi: 15.06.2017*

#### **Çıkar çatışması:**

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

#### **İletişim adresi:**

Dr. Emrah Ersoy

e-posta: [dremrahersoy86@gmail.com](mailto:dremrahersoy86@gmail.com)