

Periyodik Sağlık Muayenesi

*Uz. Dr. Erhan BURGUT**
*Dr. Neşem ANBER**
*Yrd.Doç.Dr. Ersin AKPINAR**
*Prof.Dr. Nafiz BOZDEMİR**

Danışmanlık, fizik muayene, aşılama, laboratuvar tetkikleri gibi bir dizi standart işlem kullanılarak *sağlıklı görünen* insanların belli aralıklarla değerlendirilmelerine Periyodik Sağlık Muayenesi (PSM) denir.

PSM'nin Tarihçesi: 1922; Sigorta şirketleri "Düzenli sağlık kontrolünden geçen kişilerde mortalite düşüyor!" diyerek yıllık check-up sürecini başlattı. 1970; bazı hastalıklar başta yeterli bulgu vermiyor, tanı alacak duruma gelince ise tedaviye yeterli süre kalmıyordu, check-up süreci bitti ve yaş, maruziyet, cinsiyet, kişisel risk gibi kavramlar ile değişen çağdaş PSM kriterleri gündeme geldi. Peki işe yaradı mı? ABD'de hipertansiyonun erken tanısı ve etkin tedavisi ile inme mortalitesinin 1972'den buyana %50, serviks kanseri mortalitesinin ise %80 azaldığı gösterilmiştir¹⁻².

PSM, bireylerin sağlıklarının korunmasına katkıda bulunmak amacıyla; tarama, muayene, laboratuvar testleri, kemoprofilaksi, danışmanlık ve sağlık eğitimi verilerek yapılır. Aile hekimliği hasta hekim ilişkisinin sürekliliğinin ön planda olduğu özellikle sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetleri öncelikli olarak ele alan bir disiplindir. Bu nedenle aile hekimliği periyodik sağlık muayenesi uygulamalarının odağında yer almaktadır.

Yaş ve cinsiyet farkı gözetmeden bireylere sağlık hizmeti götürmek zorunda olan aile hekimleri bu hizmetleri her yaş ve cinsiyet için farklı boyutta yürütmelidir. Periyodik sağlık muayenesi yıllık muayenelerin tek düzeliğinden sıyrılıp kişiye, bulunduğu döneme ve içinde bulunduğu şartlara göre yaklaşım gerektirmektedir. PSM'de her yaş grubunun kendine özgü risk faktörleri değerlendirildiği gibi ailevi öykü, yaşam tarzı, meslek, yaşadığı ortam,

*Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, ADANA

alışkanlıklar gibi kişisel faktörler de dikkate alınmalıdır.

Gelişmiş ülkelerde sağlıklı yaşam standardının yüksek olması bir amaç olmaktan çıkmış, bu ülke insanları için bir hak haline gelmiştir. Bunun için, pek çok insan herhangi bir rahatsızlığı olmaksızın PSM için doktora başvurur hale gelmiştir. Birçok işveren de sağlıklı insan gücünün ve iş verimliliğinin artmasında PSM'nin gerekliliğine inanarak çalışanlarını PSM'ne teşvik etmekte veya zorunlu tutmaktadır. Böylece, PSM için doktora başvuruların sayısı gün geçtikçe artmaktadır.

Koruyucu hekimliğin, tedavi edici hekimlikten daha ucuz olduğu düşünülürse bu artışı doğal karşılamak gerekir. PSM'de hekim hastanın zarardan çok fayda göreceğinden emin olmalıdır. Zararlı olma potansiyelinin yanında, maliyet baskısı da vardır. Bu durumda, PMS için akılcı bir değerlendirme yapılması zorunlu hale gelmektedir³. Sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesi için zaman, enerji ve kaynak yatırımına ihtiyaç vardır⁴.

Aile hekimleri, sağlığı iyileştirme ve iyilik halini sürdürmek için → riskten koruma → risk azaltma(**birincil korunma**) → erken tanı (**ikincil korunma**) → komplikasyon azaltma (**üçüncül korunma**) görevlerini yerine getirmelidirler.

Tıbbi öykü, fizik muayene ve standart laboratuvar testlerini içeren bir muayene şeklinin, yaygın olarak geniş topluluklara uygulanmasının maliyetinin çok fazla olduğu, ayrıca bu yöntemin asemptomatik kişileri bulmada çok yeterli olmadığı öne sürülmektedir. Diğer taraftan, birkaç soru ile hastalığa özel basit fizik ve laboratuvar incelemelerin uygulandığı tarama testlerinin beklenen yaşam süresini uzatmada, sakatlık ve yetersizlikleri önlemede daha etkili olduğu görülmektedir⁵.

PSM'nin istenilen amaca ulaşabilmesi, araştırılan hastalıkların özelliklerine, uygulanan tedaviye, mevcut tarama testlerinin ve taranan hastaların özelliklerine bağlıdır⁶.

A. HASTALIĞIN ÖZELLİKLERİ

Sağlık taramaları genellikle, hastalığı asemptomatik olduğu dönemde ortaya çıkarmak için yapılır. Tarama yapılmaksızın tanı, ancak semptomlar

ortaya çıkınca konulabilir. Dolayısıyla tarama, tanı zamanını öne alır. Erken tanı, hasta için değeri olan prognostik bilgi ve tedavi girişimlerinin bir an önce yapılmasını sağlar. Taraması yapılacak hastalığın özellikleri şunlar olmalıdır;

- a. Yaşam kalitesi veya süresi üzerine önemli etkisi olmalı,
- b. Hastalığın prevalansı yeterli düzeyde olmalı, prevalansı çok düşük olan hastalıklara yönelik PSM anlamlı değildir. Örnek: Osteogenezis imperfekta insidansı: 1/10 bin/yıl⁷,
- c. Yeterli tedavi için uygun koşullar olmalı,
- d. Asemptomatik periyot sırasındaki tanı ve tedavi, morbidite ve mortaliteyi önemli oranda azaltabilmeli,
- e. Hastalığın, saptanabilmesi için presemptomatik bir dönemi (AIDS, sifilis, serviks kanseri, meme kanseri) ve kabul edilebilir bir tedavisi olmalı,
- f. Asemptomatik periyottaki tedavi, semptomlar ortaya çıkıncaya kadar geciken tedaviden daha iyi sonuç vermelidir.

B. TESTİN ÖZELLİKLERİ

Bir testin değeri, bir hastalığı, olan ve olmayan bireyler arasındaki ayırımı yapabilme kabiliyeti ile ölçülür. Bir testin öngörü değeri, sadece testin özelliğine bağlı olmayıp aynı zamanda araştırılan hastalık veya durumun ön ihtimaline de bağlıdır. Bu ilişki, hastalığın ön ihtimalinin çok düşük olduğu (*test edilen popülasyondaki prevalansı*) tarama durumlarında özellikle önemlidir. Bu şartlar altında pozitif öngörü değeri, testin özgüllüğünden ciddi şekilde etkilenir, hatta küçük bir yalancı pozitiflik oranı birçok pozitif sonuçlara neden olur⁸.

Bu nedenledir ki, tarama testi için daha önemli olan duyarlılık veya özgüllük hakkında genelleme zararlı olabilir. Bir kişinin yaşı, cinsiyeti ve risk durumuna göre hedeflenen spesifik incelemeler, muayene yapılmadan önce incelenecek şahıslar arasında hastalık prevalansını artırmaya yardım edecektir. Böylece, yalancı pozitif test sonuçlarının sayısında azalma olacaktır. Yalancı pozitif test sonuçlarının sayısı, aynı zamanda hekimin hasta

üzerinde yapmış olduğu incelemelerin sayısı ile ilgilidir. Bir doktor tarafından daha fazla testin istenmesi, yalancı pozitif test sonuçlarının sayısında artış olacak anlamına gelir. Yalancı pozitif test sonuçları olan hastalar arasında finansal, tıbbi, psikolojik maliyetin sonuçtaki yükü fazla olacaktır⁹. Yanlış pozitif testler hastanın kaygısını arttırabilir.

Test normal → Gerçek negatif → Rahatlatma
→ Yalancı negatif → Tanıda ve tedavide gecikme

Test anormal → Gerçek pozitif → Tedavi
→ Yalancı pozitif → Riskli, gereksiz ileri tetkikler, yanlış tanımlama ve yanlış tedavi.

Uygulanacak testin özellikleri şunlar olmalıdır;

- a. Asemptomatik periyot sırasında hastalığın tanısında yeterli duyarlılığa,
- b. Kabul edilebilir pozitif öngörü değerini sağlayan yeterli özgüllüğe sahip olmalı,
- c. Hastalara uygulanabilir olmalı,
- d. Testin güvenilirliği ve maliyeti bilinmelidir.

C. TARANAN POPÜLASYONUN ÖZELLİKLERİ

Hastalar, hastalık önleme ve iyilik halinin sürmesi için yapılacak işlemler hakkında çok farklı görüşlere sahiptir. Doktor bunları fark edip ve hastaların önceliklerine saygı göstermelidir. PSM'nin uygulanacağı toplumun özellikleri ise şunlardır;

- a. Hastalık prevalansı kişilerde yeterli düzeyde olmalıdır,
- b. Kişiler daha sonraki tanısız testleri ve gerekli tedaviyi kabul edebilir olmalıdırlar.

Prevalansı oldukça sık olan, bunlara bağlı morbidite ve mortalite ile tedaviye alınan cevapların gayet iyi bilindiği hastalıklar da (Hipertansiyon, Hiperlipidemi, Meme kanseri, Kolon kanseri, Serviks kanseri, Sigara, Alkolizm) PSM özellikle önerilmektedir.

- a. PSM Nasıl Yapılır? Bireyler sağlıklı oldukları halde belli

aralıklarla randevu verilerek kontrole çağrılırlar.

- b. Bireysel PSM kriterlerine göre hizmet verilir: Danışmanlık, aşı, ev ziyareti, muayene, profilaksi, test (tarama)

PSM'de dikkat edilmesi gerekenlerin başında yaşa bağlı risk faktörleri gelmektedir. Aşağıda yaş gruplarına göre mortalite nedenleri sıralanmıştır¹⁰.

Yaş Gruplarına Göre Mortalite:

0-14 yaş: Her iki cinsiyette ve toplam da perinatal nedenler birinci sırada bulunmaktadır (toplamda %37.6, erkeklerde %37.2, kadınlarda %38.1). İkinci sırada toplamda %14, erkek ve kadınlarda sırasıyla %13.7, %14.4 ile alt solunum yolu hastalıkları yer almaktadır. Üçüncü ölüm nedeni ise her iki cinsiyette ve toplamda konjenital anomaliler (toplamda %10.3, erkeklerde %10.7, kadınlarda %10.0), dördüncü sırada ishale seyreden hastalıklar bulunmaktadır. Beşinci sırada toplamda menenjitler %2.7'lik, erkeklerde trafik kazaları %2.7'lik ve kadınlarda menenjitler %2.7'lik yüzde ile yer almaktadır.

15-59 yaş: 15-59 yaş ölüm nedenlerinin birinci sırasında iskemik kalp hastalıkları yer almaktadır (%22.2). Bu oranlar erkek ve kadınlarda sırasıyla %24.3 ve %18.7'dir. Her iki cinsiyette de ölüm nedenleri arasında ikinci sırada serebrovasküler hastalıklar yer almaktadır. Bu oranlar toplamda %10.2 erkeklerde %10.4 ve kadınlarda %9.7'dir. Bu yaş grubunda üçüncü sırayı ise toplamda trafik kazaları (%5.2), erkeklerde yine trafik kazaları (%6.3) kadınlarda ise romatizmal kalp hastalıklarının (%6.3) aldığı görülmektedir.

60 yaş ve üzeri: Bu yaş grubunda da en önemli ölüm nedeni iskemik kalp hastalıklarıdır (%27.0). İkinci sırayı %20.7 ile serebrovasküler hastalıklar alırken, üçüncü sırada KOAH yer almaktadır(%9.3). Dördüncü sırada erkeklerde trakea, bronş ve akciğer kanseri (%5.3), kadınlarda hipertansif kalp hastalığı(%4.3) bulunmaktadır. Toplamda ve erkeklerde inflamatuvar kalp hastalıkları altıncı sırada yer almaktadır. Diabetes mellitus erkeklerde %1.9 ile sekizinci ölüm nedeni olarak saptanırken kadınlarda %3.3 ile beşinci sırada yer almaktadır. PSM haricinde bir aile hekimi için her fırsat koruyucu hekimlik açısından önemlidir.

Aile hekiminin her hasta vizitinde sorgulaması gereken bilgiler şunlardır¹¹: Yaş, kilo, boy, kan basıncı, meslek, egzersiz veya aktivite derecesi, diyet ve beslenme, hayat değişikliği veya aile stresi, alkol ve sigara kullanımı, emniyet kemeri kullanımı, aile öyküsü, uyku düzeni, mesleğinden duyduğu mutluluk/tatmin, ailesinden duyduğu mutluluk/tatmin ve genel fonksiyonel durumdur.

Bireyler sağlıklı oldukları halde belli aralıklarla randevu verilerek kontrole çağırılırlar. Bu kontroller çocuk yaş grubunda aşı tarihleriyle uyumlu hale getirilebilir. Tavsiye edilen PSM zamanları Tablo I de gösterilmiştir.

Tablo I. Tavsiye edilen periyodik sağlık kontrolleri (Tavsiyelerde, risk faktörlerinin olmadığı ve tüm gözlem testlerinin normal olduğu temel alınmıştır)

Hastanın yaşı	Önerilen koruyucu ziyaret
Yaşamın ilk yılı	İlk 24- 48 saat bir hastane ziyareti 2.hafta- ev ziyareti olabilir. 2.ay-4.ay-6.ay-9.ay-12.ay
Yaşamın ikinci yılı	18.ay 24.ay
2-6 yaş	Her yıl
6-12 yaş	Her iki yılda bir
12-24 yaş	Cinsel olarak aktif değilse her 2 yılda bir Cinsel olarak aktif ise her yıl
24-50 yaş	Her 3 yılda bir
>50 yaş	Her yıl

Çocukluk yaş grubu(0-5 yaş)

Çocukluk yaş grubunda, boy, ağırlık, baş çevresi ölçümleri, büyüme gelişmenin takibi açısından değerlidir. İki yaşına kadar yakından izlenmelidir. Özellikle ilk bir yıl içerisinde en azından altı ay anne sütü alımının teşvik edilerek izlenmesi önemlidir. Bu yaş grubunda konjenital malformasyonlar zamanında tanınabilmeli, üç aya kadar doğuştan kalça çıkığı, iki yaşına kadar inmemiş testis varsa saptanabilmelidir. Kronik hastalıkların önlenmesine yönelik hemoglobinopatiler, fenilketonuri ve hipotroidinin doğum sonrası erken

dönemde izlenmesi önerilmektedir. Ülkemizde fenilketonüri taraması 1990'lı yıllardan bu yana yapılmaktadır. Hızlı büyümenin gerçekleştiği 6-12 ay, iki yaş, altı yaş, 11-14 yaş ve 15 -17 yaşlarında gelişebilecek aneminin saptanmasına yönelik hemogloblin ve hematokrit izlemi yapılmalıdır.

Sağlık bakanlığı tarafından zaman zaman güncellenen şekliyle ile ekimliği pratiğinde en standardize uygulamalardan biri aşı uygulamalarıdır. Ülkemizde uygulanan güncellenmiş en son aşı uygulama takvimi Tablo II' verilmiştir.

Tablo II.Çocukluk çağı aşı takvimi

AŞILAR	Doğumda (İlk 72 saat içinde)	2.ayın sonu	3.ayın sonu	4.ayın sonu	9.ayın sonu	16-24 aylar	1.sınıf	8.sınıf
Hepatit B	I	II			III			
BCG		I					Rapel	
DBT		I	II	III		Rapel		
Polio		I	II	III		Rapel	Rapel	
Kızamık					I		Rapel	
Td							+	+

I : İlk aşı II - III : 2. ve 3. Aşılar

Okul öncesi ve okul dönemi(5 -12 yaş)

Bu dönem hızlı büyümenin olduğu, cinsel değişimin başladığı ve okula ve sosyal yaşama uyum sağlama zorluğunun ön plana çıktığı bir dönem olup, izlenmesi gereken pek çok değişiklik yaşanır. Gelişimin izlenmesi, fizik muayene, bağışıklama ve aile eğitimi bu dönemde ilk değerlendirilmesi gereken konulardır. Okul öncesi dönemde işitme ve görme bozuklukları ile ilgili incelemelerin yapılarak okula başlamadan önce önlem alınması okul başarısının artırılmasında önemlidir. İlköğretim çağıının sonuna doğru başlayan cinsel farklılaşma nedeniyle çocukların bilgilendirilmesi ve bu konuda varsa endişelerinin giderilmesi gerekir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, sigara kullanımı ve uyuşturucu madde kullanımı ile çocuk istismarı bu dönemin sonlarına doğru mutlaka göz önünde bulundurularak periyodik

muayenelerde gerekli eğitimlerin verilerek uygun muayeneler yapılmalıdır.

Bu döneme özgü aşılama BCG, polio, kızamık aşılı ile iki doz tetanos aşısının yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir. Bağışıklık sistemini etkileyebilecek hastalıkların varlığında ya da kalabalık sınıflarda bulunmaktan kaynaklanan üst solunum yolu enfeksiyonlarına karşı bireysel özellikler göz önünde bulundurularak hemofilus influenza, influenza ve pnömokok aşılılarının yapılması önerilebilir.

Bu dönemde çocuk yılda bir kez değerlendirilmelidir. Kan basıncı izleminin yapılması gerekmektedir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, sigara kullanımı ve uyuşturucu madde kullanımı ile çocuk istismarı bu dönem sonlarına doğru mutlaka göz önünde bulundurulması gereken konulardır.

Ergenlik dönemi

Ergenlik 10 - 20 yaş hatta bazı yazarlara göre 24 yaşa kadar uzayabilmektedir¹². Genellikle kızlarda 10-12 yaşlarda, erkeklerde ise 11-14 yaşları arasında başlamaktadır. Fiziksel, ruhsal, biyokimyasal ve sosyal yönden hızlı büyüme, gelişme ve olgunlaşma süreçleriyle çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemidir ve her türlü riske ve olumsuz etkilenmelere açıktır. Fizik muayene, adölesanlarla normal puberte sürecini tartışmak ve gençleri bedenleriyle daha barışık olmaları için desteklemek ve bilgilendirmek açısından mükemmel bir fırsat sunar.

Ergenlerde rutin serum kolesterol ölçümünün de tartışmalı olmasına karşın birçok grup aile öyküsünde erken yaşta kardiyovasküler hastalık ya da hiperkolesterolemi bulunan adölesanların taranmasını önermektedir.

Bu yaş grubunda enfeksiyonlar ve kazalar dışında intihar girişimleri ve şiddet ön plana çıktığı için her kontrolde ergenlerin cinsel sorunları, madde kullanım alışkanlıkları ve şiddete eğilimleri gözden geçirilerek zamanında önlem alınmasına çalışılmalıdır.

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda eğitim verme, hastalığın oluşması halinde tedavisinde yer alma ve oluşabilecek gebelikler öncesi danışmanlık verme gebelik izlemleri son derece önemlidir.

Gebe ve lohusa izlemi

Doğum öncesi bakım, anne ve fetüsün gebelik süresince, düzenli aralıklarla muayene edilip uygun önerilerde bulunularak izlenmesidir. Doğum öncesi bakım hizmetlerinde anne ve babanın kan grubu tayini yapılmalıdır.

- Anne adayı gebelik, genel hijyen, beslenme, hareket, dinlenme, tetanosa karşı bağışıklanma, doğumdan sonra kullanacağı aile planlaması yöntemleri, emzirme teknikleri ve yeni doğacak bebeğin bakımı konusunda eğitilmelidir.
- Anne adayı, gebeliğinin 12'inci haftasına kadar saptanıp kendisi ile ilgili bir "gebe izleme kartı" çıkartılır. Bundan sonra doğuma kadar, en az aşağıdaki sıklıkta izlenir¹³:

Gebelik Haftası	İzleme Sıklığı
12. haftaya kadar	Tespit ve ilk izleme
24.hafta (6.ay)	Bir kez
28.hafta (7.ay)	Bir kez
32. Hafta (8.ay)	Bir kez
36.hafta (9.ay)	Bir kez
39.hafta (10.ay)	Bir kez

Buna göre, her gebe doğum öncesi dönemde en az 6 kez izlenmiş olur. Ancak, kendisi ya da bebeği ile ilgili riskli (tehlikeli) bir durum saptananların daha sık izlenmesi gereklidir.

Doğum öncesi dönemde, her ziyarette gebenin kilo, kan basıncı ve hemoglobini (Hb) ölçülüp, idrarda protein araştırılmalı ve ödem olup olmadığına bakılmalıdır. On ikinci –on dördüncü haftalarda ikili test, 24-26. haftada Oral Glukoz Tolerans Testi önerilmelidir. Gebeliğin 6. ayından itibaren bir ay ara ile 2 doz aşısı önerilmelidir. Anne hepatit B açısından taranmalıdır. Demir ve folik asit kullanımı önerilmelidir. On sekiz yaş altı, 30 yaş üstü ve ilk doğumunu yapan kadınlarda güç doğum olasılığı fazladır. Otuz beş yaş üstü ve çok doğum yapmış kadınlarda gebelikle ilgili olumsuzluklar daha sık

görülür. Daha önceki gebeliklerinde preeklampsi ya da eklampsi geçirenlerde aynı durumun yeni gebelikte tekrarlama olasılığı fazladır. Daha önce 4 kg'dan fazla bebek doğuranlarda diyabet ve güç doğum olasılığı göz önünde tutulmalıdır.

Lohusalık döneminde, epizyotomi veya sezaryen yerinin bakımı, anne sütü verilmesi, meme temizliği ve bakımı konusunda bilgilendirme, postpartum depresyon açısından izlem, çocuk bakımı konusunda eğitim verilmesi ve aile planlaması göz önünde bulundurulması gereken noktalardır. Lohusalık döneminde (6 hafta ya da 42 gün) anne, en az iki kez daha izlenmelidir. Bu ziyaretlerde bebek de izlenmelidir¹³.

Erişkin Dönem

Bu dönem 20-24 yaşlardan itibaren 60-65 yaşa kadar uzanan uzun bir süreyi kapsar. Bu dönemin ilk bölümünde kadınlarda üreme çağının sonlanması bireylere yaklaşım açısından önemlidir. Hipertansiyon ve obezitenin en sık görülen hastalıklar sınıfında bulunduğu bu dönemde kalp hastalıklarından ölüm ilk sıralarda yer almaktadır. Kanseler nedeniyle ölümler ikinci sırada gelmektedir. Kadınlarda meme kanseri erkeklerde ise akciğer kanseri ön planda seyretmektedir.

Spesifik risk faktörü olmaksızın asemptomatik hastalarda kanser taraması için oldukça az tarama testi önerilmektedir. 50 yaşın üzerindeki erkek ve kadınlarda her 3-5 yılda bir sigmoidoskopi, yıllık Gaitada Gizli Kan testi, 28-65 yaşları arasındaki kadınlarda her 3 yılda bir servikal smear, 50 yaşın üzerindeki kadınlarda yıllık mamografi, kolon, serviks ve meme kanserine bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltmak amacıyla Amerikan Kanseler Cemiyeti tarafından önerilen prosedürler arasındadır¹⁴. Radyasyona maruz kalmanın azalması ve mamografinin özgülük ve duyarlılığındaki artma, meme kanserinin seyri ve yaş arasındaki ilişki hakkındaki yeni bilgiler de mamografinin kullanımı uygulamalarını değiştirmiştir. Kendi kendine meme muayenesi yardımcı olup, birinci basamak sağlık hizmeti verenler tarafından tüm kadınlara öğretilmelidir. Bu her yıl hekimler tarafından yapılmalı, yüksek

risk altındakilere de gerekirse daha sık uygulanmalıdır¹⁵.

Erişkin dönemde trafik kazaları yanında her tür travma ve ateşli silah yaralanmaları daha belirgin ortaya çıkmaktadır. Erişkin döneminde kadınlarda servikal smear ile takibe ek olarak kırk yaştan itibaren mamografik takipler mutlaka yapılmalıdır. Daha geç dönemde 50 yaş üzerinde yıllık gaitada gizli kan takibi ve beş yılda bir sigmoidoskopi mutlaka yapılmalıdır. Diyet ve egzersiz özellikle bu dönemin hipertansiyon, diyabet, metabolik sendrom gibi ileride hayati organlarda önemli hasara yol açabilecek hastalıklarından korunmada mutlaka önerilmelidir.

Bir hastanın sigara içip içmediği sorgulanmalı, bıraktırma yönünde gayretlendirilmelidir. Sigara içmek, koroner arter hastalığının majör bir risk faktörü iken, akciğer kanseri ve KOAH'nın da primer nedenidir.

Sağlam kişilerin periyodik muayeneleri sırasında yıllık kan basıncı takibi, yönünden boy ve ağırlık takibi konusunda eğitim verilmesi kesinlikle önerilmektedir. İki yaşından itibaren obezitenin izlenmesi önerilirken lipit profilinin erkeklerde 35, kadınlarda 45 yaşından itibaren takibi önerilmektedir. Obezitenin önlenmesi için yapabileceğimiz sık takipler fiziksel rahatsızlıklar dışında bireylerin kendilerini daha iyi hissetmelerine yol açarak hem fiziksel hem ruhsal performanslarında artışa yol açabilmektedir.

Aşılamada gebelik öncesinde tetanos, önceden geçirilmemişse suçiçeği aşılı yapılabılır. Erişkin dönemin sonunda yıllık influenza aşısı ve polivalan pnömokok aşısı önerilebilir. Özellikle risk grubunda hepatit B aşısı önerilmelidir. Rutin aşılar dışında farklı bölgelere yolculuk yapanlarda gidecekleri yere özgü hastalıklardan korunmak için ek aşılar önerilebilir. Bu konuda geliştirilmiş, çok sayıda rehber bulunmaktadır.

Erişkinlerde özellikle koroner arter hastalığı olanlarda ya da bu hastalığa yakalanma riski olanlarda 35 yaşından itibaren asetil salisilik asit ile profilaksi önerilmektedir.

Yaşlılık dönemi

Ülkemiz için doğumda beklenen yaş ortalaması 69'a ulaşmıştır¹⁶. Altmış

yaşında bir kişinin beklenen yaşam süresi ise 75 yılı aşmıştır. Bu nedenle yaklaşık 65 yaşında başladığı söylenen yaşlılık dönemi giderek uzamaktadır. Sağlıklı ve sağlam yaşlılarda işitme ve görme testleri rutin muayene kapsamında mutlaka önerilmektedir. Uzayan yaşlılık dönemi de beraberinde kronik hastalıklar ve bunların komplikasyonlarını getirmektedir. Sonuçta erken yaşlarda başlayan korunma önlemleri ile yaşlara ve cinsiyete özgü takip aralıkları ile karakterize periyodik muayenenin önemi belirgin şekilde ortaya çıkmaktadır. Beslenme, egzersiz ve sosyal çevre ile uyumun sağlanmasına yönelik önlemler bu dönemin belirgin özelliği haline gelmiştir. Karmaşık hale gelmiş yaşlı sorunlarının üstesinden gelinebilmesi Aile Hekimi için bu dönemde ekip çalışmasının önemini daha fazla hissettirmektedir.

Yaşlılarda travmaların önlenmesi morbidite ve mortalitelerinin yüksek olması nedeniyle çok önemlidir. Serviks, meme ve kolorektal kanserlerin erken tanılarının konulmasına yönelik önlemler sekonder koruma açısından mutlaka periyodik muayene takvimine eklenmelidir.

Geç erişkinlikte başlayan ve yaşlılıkla devam eden menopozal döneme ait sorunlar kadınlar açısından kapsamlı sağlık bakımı sağlamak zorunda olan birinci basamak hekimlerinin öncelikleri arasında yer almaktadır. Hormon replasman tedavisi (HRT) ya da ikincil osteoporozu önlemeye yönelik tedaviler konusunda hastalar ile birlikte karar vererek tedavi planlarının yapılması ve esnek tedavi protokollerinin uygulanması sağlanmalıdır.

Sağlıklı ve sağlam yaşlılarda işitme ve görme testleri rutin muayene kapsamında önerilmektedir¹⁷. İşitme, görme kayıpları, diabet mellitus ve artrit yakınmaları dışında bilişsel bozukluklar ve depresyon sıklığı artmaktadır. Bu rahatsızlıklar fiziksel ve ruhsal düşkünlük yaratarak yaşlı takibini daha zor hale getirmektedir. Bu yüzden rehabilitasyon ve özel durumlarda bulunanların bakımları ile ilgilenebilecek kurum, kuruluş ve kişiler hakkında yaşlılara danışmanlık verecek düzeyde bilgi sahibi olmak gerekmektedir. En azından bu tür faaliyet gösteren yerler ve kişileri bulabilmek için ile ekimleri hazırlıklı olmalı yaşlı hastalarını gerekirse buralara yöneltip takip ve bakımlarını bu

kurumlarla işbirliği içinde yürütmelidir.

Yaşlıların yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesinde rutin fizik muayenenin yanı sıra birtakım ölçekler kullanılmaktadır: Mini Mental Durum Değerlendirme Sorgulaması(MMDDS), günlük yaşam aktivite ölçeği(Katz) ve enstrümantal yaşam aktivite (IADL)ölçeği en sık uygulananlardır.

Depresyon, yaşlı bireylerde diğer hastalıklarla veya tek başına yaşam kalitesini etkileyen önemli bir faktör olarak karşımıza çıkacaktır.

Araştırmacılar, yaşlılarımız için yeterli sosyal destek veremediğimizi ve depresyon için uygun sağlık bakımı sağlamadığımızı ileri sürmektedirler¹⁸.

PSM'de yapılmaması gereken öneriler ise;

1. Asemptomatik kişilerde akciğer, tiroid, mesane, pankreas kanseri taraması,
2. Asemptomatik kişilerde periferik arter hastalığı taraması,
3. Asemptomatik kişilerde tip 1 diabet için immün marker taraması,
4. Asemptomatik kişilerde genital HSV taraması,
5. Asemptomatik kişilerde rutin EKG taraması,
6. Asemptomatik erkeklerde rutin tam idrar tetkiki yapılması,
7. Altmış yaş altı ve yenidoğan dönemi dışında rutin tiroid fonksiyon testleri,
8. Risk altında olmayan kadınlarda over kanseri taramasıdır.

SONUÇ

Koruyucu sağlık muayenesinin amacına ulaşması için, uygun izleme ile destekleme gerekir. Aksi durumda, hastalıkların erken tanısının konulmasında ve sağlıklı bir yaşam biçimi ile risk faktörlerinin değişmesine neden olacak danışmanlık hizmetlerinin verilmesinde bu muayenelerin değeri azalır. Hastaların sağlıklı olmayan davranışlarının saptanıp düzeltilmesi için harcanacak zaman, rutin biyokimyasal işlemlerin yapılması için gereken zamandan çok daha uzundur. Fakat hem sonuç olarak hem de maliyet açısından daha etkindir. Risk faktörlerini belirlemenin yanında egzersiz, beslenme, bağımlılık, kazalar ve üreme sağlığı gibi konularda danışmanlık

yapabilmek ancak bireylerle belirli dönemlerde yapılan periyodik sağlık muayenesi ile mümkün olmaktadır.

Kaynaklar:

1. Miniro AM, Arias E, Kochanek KD, Smith BL. Death: Final data for 2000. National Vital Statistics Report. 2002; 50:1-120.
2. Mokdad AM, Marks JS, Stroup DF, Gerberding J. Actual causes of death in US. Jama. 2000; 291: 1238-46.
3. Mulley A, Bert GJR. The periodic health evaluation. In: Kelley W(Eds). Internal Medicine. 1st ed. Philadelphia, Lippincott Comp 1989;40-45.
4. Lee G. Cast awareness in medicine. In: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL (Eds). Harrison's Principle of Internal Medicine. 12th ed. McGraw-Hill Comp Inc 1991;11-15.
5. Erdal R. Koruyucu sağlık muayeneleri. Temel İç Hastalıkları. Güven Kitabevi. 1996;37-39.
6. Friedman GD .The preventive health examination. In:Wynngarden , Bennett S(eds). Cecil Textbook of Medicine. 18th ed. Philadelphia, WB Saunders Company Inc 1986;55-56.
7. Medline Plus. Medical Encyclopedia. Osteogenesis imperfecta.
8. Büyükçakır C, Gözaydın M, Ünübol EM. Periyodik sağlık muayenesi. Sendrom. 2000; 3:35-43.
9. Friedman GD. The preventive Health Examination. Cecil Textbook of Medicine. Wynngarden, Smith, Bennett (eds): Personal Health Care and Preventive Medicine. WB Saunders Company, Philadelphia 1986;55-56.
10. T.C Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi. Hastalık Yüğü Final Rapor. 2004 Aralık;137-139.
11. Saultz JW. Coordination of Care. Text Book of Family Medicine. New York: Mc Graw-Hill Health Professions Division 2000;105-133.
12. Behrman RE, Kliegmen RM. Nelson Essentials of Pediatrics (Çev: Muzaffer Tuzcu) Alemdar Ofset 1996;215-249.

13. Gebe Takibi. http://www.saglik.gov.tr/sb/extras/mevzuat/y_saglik_hiz_yur_yon.pdf. Erişim Tarihi: 04.04.2006.
14. American Cancer Society <http://www.cancer.org/docroot/home/index.asp> Erişim tarihi: 28.03.2006.
15. Zollo,A: Medical Secrets , Hanley and Belfus, Inc/Philadelphia, 1991;4-7.
16. Bazı ülkelerin temel göstergeleri. http://saglik.gov.tr/sb/extras/istatistikler/apk_2002/s_008.htm. Erişim Tarihi: 05.03.2006
17. USPST. <http://www.ahcpr.gov/clinic/uspstf/uspstf.htm> Erişim Tarihi: 27.02.2006.
18. Şahin EM,Yalçın BM.Huzurevinde veya kendi evlerinde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklıklarının karşılaştırılması. Geriatri. 2003; 6:10-13.

Yazışma Adresi:

Yrd.Doç.Dr.Ersin Akpınar
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
01330 Balcalı- Adana

Telefon: 0322-3386855 veya
0322-3386060/3087
e-mail: eakpinar@cu.edu.tr