

# Tarihsel Bağlamdan Günümüze Periyodik Sağlık Muayenesi

## *Periodic Health Examination: From Historical Context Today*

### Öz

Çağdaş tıp hastalıklar ve tedavi kadar koruyucu hekimlik uygulamalarına da odaklanmaktadır. Hastalık ve kazalardan korunma fikri ve uygulamaları toplumlar kadar eski olsa da bugün anladığımız bağlamda kişilerin hastalanmadan hekime başvurması ve hastalıkların oluşmadan veya erken evrede iken tedavi edilmelerine ilişkin uygulamaların sistematik hale gelmesi 19. yüzyıl ve sonrasında şekillenmiştir. Değişen sosyo-ekonomik koşullar, sağlık ve hastalık algısı ve bu bağlamda kişilerin beklentileri ve tıp pratiğinde kanıta dayalı uygulamaların ağırlık kazanması ile baştan aşağı muayene ve detaylı tetkiklerin yapılması şeklinde uygulanan periyodik sağlık muayeneleri, kişinin yaş, cinsiyet ve risklerine göre kanıta dayalı düzenli taramalar önerisi biçimini almıştır. Bu derlemede periyodik sağlık muayenesinin özellikle son yüzyıl için de nasıl değişim gösterdiğine ve günümüz periyodik muayene anlayışına nasıl geldiğine odaklanılmıştır.

### Abstract

Contemporary medicine focuses on preventive medicine practices as well as diseases and treatments. Although the concepts and practices of disease and accident prevention are as old as the societies, it has been formed in the 19th century and later that the contextualized practices of the people we understand today become systematized without illness and with the treatment of illnesses before they occur or in the early stages. Periodic health examinations have changed from a detailed history, comprehensive examination and all possible laboratories to evidence based screening regarding age, sex, and risk factors of the person with the changing socio-economic conditions, perception of health and disease and expectations of people in this context and also increasing evidence-based knowledge in medicine. This paper focuses on how the periodic health examination changes especially for the last century and how to approach the current understanding of periodic examination

### Giriş

Sağlık ve hastalık durumları çok boyutlu değişkenleri ve etkenleri içeren tanımlanması zor kavramdır. Sağlık ve hastalık kavramı, bireyin içinde yaşadığı toplum ve sağlık bakımı veren profesyonelin bakış açısına göre yüklenen anlamlar ve yorumlardan etkilenir. 1948 Dünya Sağlık Örgütü Tüzüğünde “sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal tam iyilik hali.” olarak tanımlanmaktadır. “Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi bağlamında sağlık, soyut bir durumdan çok

**Doç. Dr. Hülya AKAN**

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Aile Hekimliği AD, İstanbul

**Yazışma Adresleri /Address for**

**Correspondence:**

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Aile Hekimliği AD, İstanbul

**Tel/phone:** +90 216 578 05 05

**E-mail:** hakan@yeditepe.edu.tr

### Anahtar Kelimeler:

periyodik sağlık muayenesi,  
koruyucu tıp, kanıta-  
dayalı tıp, tıp tarihi

### Keywords:

periodic health  
examination, preventive  
Medicine, evidence-based  
Medicine, medical history

**Geliş Tarihi - Received**  
27/01/2017

**Kabul Tarihi - Accepted**  
20/02/2017

fonksiyonel terimlerle anlatılabilen bir sonuca ulaşma aracı olarak, insanların bireysel, sosyal ve ekonomik olarak verimli bir yaşam sürmesine izin veren bir kaynak olarak düşünülmektedir. Sağlık, günlük yaşam için bir kaynaktır, hayatın amacı değildir. Sosyal ve kişisel kaynakları ve fiziksel kapasiteyi öne çıkaran pozitif bir kavramdır” (1,2). Bu tanım daha önce geçerli olan “hastalık ve sakatlığın olmaması” biyolojik temelli sağlık paradigmasını değiştirmiştir. Sağlığın biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerden etkilendiğini de ortaya koymaktadır.

Modern tıpta araştırmaların çoğunluğunu hastalığa neden olan faktörleri araştırmak oluşturur ki nedeni son derece anlaşılırdır. Eğer etken veya neden saptanırsa tedavi bulunabilir. Bu etken enfeksiyon hastalıklarında olduğu gibi hastalık yapıcı bir mikroorganizma, kronik akciğer hastalığının da ki sigara bağımlılığı veya evlerde yakacak olarak organik kökenli yakıtların kullanılması veya kişinin yaşam şekli gibi farklı etkenler olabilir. Rasyonalite ve bilim sonuçta etken tedavi edilirse veya ortadan kaldırılırsa hastalığın ortadan kalkacağını varsayar. Bu yaklaşım her ne indirgemeci olarak görünse de günümüzde insan yaşamının uzamasından, bebek ölümlerinin azalması, birçok ölümcül hastalığın tedavi edilmesi, gıda ve su hijyeni ve iş yeri kaynaklı ölümlerin azalması gibi toplumların sağlığı üzerinde inanılmaz etkileri olmuştur.

Çağdaş tıp hastalıklar ve tedavi kadar koruyucu hekimlik uygulamalarına da odaklanmaktadır. Hastalık ve kazalardan korunma fikri ve uygulamaları toplumlar kadar eski olsa da bugün anladığımız bağlamda kişilerin hastalanmadan hekime başvurması ve hastalıkların oluşmadan veya erken evrede iken tedavi edilmelerine ilişkin uygulamaların sistematik hale gelmesi 19. yüzyıl ve sonrasında şekillenmiştir (3). Değişen sosyo-ekonomik koşullar, sağlık ve hastalık algısı ve bu bağlamda kişilerin beklentileri ve tıp pratiğinde kanıta dayalı uygulamaların ağırlık kazanması ile baştan aşağı muayene ve detaylı tetkiklerin yapılması şeklinde uygulanan periyodik sağlık muayeneleri, kişinin yaş, cinsiyet ve risklerine göre kanıta dayalı düzenli taramalar önerisi biçimini almıştır (3-5). Bu derlemede periyodik sağlık muayenesinin özellikle son yüzyıl için de nasıl değişim gösterdiğine ve günümüz periyodik muayene anlayışına nasıl geldiğine odaklanılmıştır.

## Tarihçe

Modern anlamda kullandığımız birçok terim kökeni geçmişteki deneyimlerden ve beraberinde sosyal kurumlar, ekonomik ve siyasi değişimlerden alır. Geleneksel küçük ölçekli toplumlar için sağlık yaklaşımına ilişkin genellemeler yapılmaya çalışılsa da kesin bir genellemeden bahsetmek mümkün değildir. Bu toplumlarda yapılabilecek en genel yaklaşım hastalığın kökenine ilişkin inançlar da bulunabilir. En genel anlamı ile hastalığın nedeni hemen her zaman görünür doğa etmenleri ve görünmez doğüstü etmenlerdir. Forrest Clemens’in “Hastalığın İlkel Kavramları” çalışmasında bölgesel ve yerelerde hastalık nedenlerini sihribazlık, tabuyu bozma, bir ruhun girişi, bir nesnenin çıkışı ve ruhun

kayıbı olarak beş grupta genelleştirmiştir. Tedavi de temel amaç nedenin ortadan kaldırılmasıdır. Farklı kültürler de hastalık nedenleri farklı olarak tanımlanır (6-9). Örneğin Meksika- Güney Amerika kültüründe hastalıklar dört ana grupta açıklanır: Vücudun sıcak soğuk dengesinin bozulması (Örneğin hipertansiyon sıcak bir hastalıktır ve soğuk tedavi yöntemleri ile tedavi edilmelidir); Vücuttaki organların yerleşimleri ve fonksiyonları ile ilişkili hastalıklar; nazar ve büyü sonucu olan hastalıklar; hiddet, korku, kaçak ruh gibi duygusal kaynaklı hastalıklar. Tüm bu nedenlere bağlı olarak korunma ve tedavi yöntemleri de değişmektedir. Asya kültürünün önemli bir örneği olan Çin tıbbında ise sağlıklı olmak için Yin (sıcak) ve yang (soğuk) ve fizyolojik yansımaları olan kan (hsueh), enerji (çi), gıda (ying) ve direnç (wei) denge içinde olmalıdır. Sağlığı korunması için bu unsurlar diyet, yaşam şekli, akupunktur ve bitkilerle denge içinde tutulmaya çalışılır. Novaholar ise sağlığı kişinin çevresi ile denge de olma hali ve hastalığı ise bu dengenin bozulması olarak tanımlar. Buradaki çevre, görünür doğa ve görünmez doğa ve insanlardır. Görünen doğa etkenleri dışında tabunun çiğnenmesi, tanrıların kızdırılması, ruhlara saygısızlık, insanların yaptığı büyü, nazar hastalık nedenleri olarak görülür. Kenya toplumları ise hastalığı pislikle ilişkilendirir ve pis saydıkları hayvanın etini yemez ve temizlenmek için müshil etkili bitkiler kullanırlar (7,9,10). Genel olarak, batı dışı toplumlar da koruyucu hekimlik uygulamaları yapılması gereken davranışlar olarak belirlenir; kaçınma davranışları varsa da batı tıbbındaki gibi merkez de değildir. Toplulukta diğer insanlarla iyi geçinme, ritüelleri yerine getirme, toplum içindeki görevlerini yerine getirme, atalarına saygı gösterme ve tanrılara karşı ritüellerini yerine getirme ve kızdırmama davranışları hastalıklardan korunmanın temelini oluşturur (6). Modern tıp bakış açısından bu inanışlar büyük ölçüde geçerliliğini yitirmiş gibi görünse de çağımızda gittikçe artan modern tıp ve alternatif tıbbın eş zamanlı kullanımını ifade eden medikal multipluralizmin gittikçe artması ve bireylerin sağlık alanındaki günlük pratikleri kökleri derinlerde olan hastalığın nedenlerine dair birçok inancın kaybolmadığını göstermektedir (11).

Tıbbın gelişmesi ile birlikte hastalık nedenleri özellikle enfeksiyon hastalıkları etkenlerinin saptanmasının tarihi ise çok yenidir. Avcı / toplayıcı toplumların yerleşik düzene geçmesi ile bulaşıcı hastalıklar hijyen koşulları nedeni ile değişmiştir. Ülkeler arası ticaret yolları, keşifler çağı ile Avrupalıların Amerika ve diğer kıtaları keşfetmesi, sömürgecilik ile endemik olmayan hastalıkların taşınmasının sağlık üzerindeki etkileri büyüktür. Amerika yerlilerin çoğu savaşlar değil Avrupa’dan gelenlerin getirdiği ve savunmasız oldukları bulaşıcı hastalıklar nedeni ile hayatlarını kaybetmişlerdir. 14.yy veba salgını, 17-18. yy ları etkileyen kolera salgınları gibi salgınlar toplumları sosyo-ekonomik ve siyasi anlamda etkilemiştir (12). Keşif ve sömürgecilik dönemleri, toplumlar arasındaki diffüzyonu artırırken tıpta da büyük gelişmeler olmuştur. 17. yüzyılda mikroskobun bulunmasından sonra enfeksiyon hastalıklarına neden olan mikroorganizmaların keşfi, hastalıkların nedenle-

rinin daha iyi anlaşılması, penisilin ile beraber antibiyotiklerin keşfedilmesi ve nihayetinde aşuların bulunması koruyucu tıp alanında devrimsel bir nitelik taşır.

Tarihin sayfalarında ilk kez koruyucu hekimlik bağlamında sistemik düzenli muayenenin yapıldığını saptamak pek kolay olmasa da bilinen ilk örneklerinden birisi 1347 yılında Avignon papa devletinde seks işçisi kadınların genelevde her cumartesi günü haftalık muayeneden geçirilmeleri ve hastalık şüphesi olanların diğerlerinden ayrılması ve işlerine devam etmelerine izin verilmemesidir (13).

Benzer örnekler bulunabilirse de PSM nin bugün anladığımız şekilde kavramsallaşıp günlük tıp pratiğinin için de yer almasının tarihi 1800lerin sonu ve 1900 lerin başına dayandırılabilir (6,13). PSM'nin yaygınlaşması ve genel olarak kabul görmesin de tıptaki gelişmeler ve koruyucu hekimliğe gittikçe artan ilgi kadar ekonomik ve sektörel ivmeler de rol oynamıştır. 1800 lerin ortasından itibaren hayat sigortaları şirketleri, bireylerin finansal risklerini değerlendirmek için tıbbi öykü alma ve detaylı fizik muayene ile ilgilenmeye başlamışlardır. Sigorta şirketlerinin günümüzde de devam etmekte olan uygulamalarının periyodik sağlık muayenesinin gelişimi üzerindeki etkisi bilimden daha fazla oldu denebilir. Yirminci yüzyılın başında bu uygulama sigortalamanın başlangıcında bir seferlik muayeneden hızla düzenli periyodik muayenelere dönüştü (4). O dönem de periyodik muayenenin morbidite ve mortalite üzerindeki etkisi ile ilgili bilimsel çalışma yoktu, ilk veriler de sigorta şirketlerinin portföylerinin verileri idi. 1916 da ilk veri düzenli muayene yapılan kişiler de mortalite oranlarının 9 yıllık izlem de %18 düştüğünü gösteren bir gözlem çalışmasıydı. Metropolitan Hayat Sigortası şirketinin yaptığı bir çalışma da ise beklenen mortalite de %28 azalma saptandı ve finansal karın beş sene içinde %200 artacağı öngörüldü (4). Bu çalışmaların hiçbirisinin randomize ve kontrollü çalışmalar olmadığını unutmamak gerekir. Bu veriler, periyodik muayenenin içeriğini de etkiledi. Önerilen kapsamlı öykü, baştan ayağa kapsamlı muayene, EKG, idrar ve kan testleri ve röntgenlerdi. Bu testlerin sonuçlarına göre, muayene edilen görünürde sağlıklı kişilerin %50 sinden fazlasının tıbbi veya cerrahi girişime gereksinimi vardı (14)

Periyodik muayeneyi bir diğer tetikleyen faktör özel sektörün çalışanlarına yaptırdığı periyodik muayenelerdir. 1900-1962 yılları arasındaki çoğu bilimsel veri, çalışanlara yönelik periyodik muayene programlarından elde edilmiş olup periyodik muayenenin mortalite, morbidite, sakatlık üzerindeki etkisinden çok kişinin o andaki sağlık durumu ve iş verimliliğine yöneliktir (15,16). Özel sektörü ivmelendiren bir diğer unsur işçi sağlığı ile ilişkili yasal düzenlemelerin, iş yeri yaralanması risklerine karşı tedbir almayı ve yaralanma riski yüksek ve fiziksel sakatlıkları olan kişilerin saptanmasını zorunlu kılmasıdır. Amerika Tıp Birliği (AMA) Konseyi bunun için kapsamlı öykü, detaylı fizik muayene ve detaylı laboratuvar incelemesi önermekteydi (4,16). Bugün birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de işçi sağlığı sıkı yasal düzenlemelere tabidir ve tamamen ayrı bir uzmanlık dalı haline gelmiştir (17). İşyerleri iş yeri hekimi bulundur-

mak ve yapılan işin niteliğine ve risklerine göre çalışanlarını düzenli muayeneden geçirmek zorundadır.

## Tıptaki Gelişmeler

Modern batı tıbbına baktığımız da periyodik sağlık muayenelerinin tarihi 18. yy sonunda başlayan fiziksel sorunu ve bulaşıcı hastalığı olan çocukların saptanmasına yönelik okul taramalarına dayandırılabilir. Spesifik bir gruba veya spesifik sağlık durumlarına ilişkin sistemik uygulamalara ilk örnek olarak Amerika ordusunda 1917 yılında başlatılan kapsamlı mental muayene verilebilir (3). Bu uygulama ile orduya katılacak genç erkekler testten geçirilerek psikolojik sorunları olanların saptanması amaçlanmıştır. Testte başarısız olanlar daha sonra detaylı psikiyatrik muayeneye yönlendirilmekteydi (3). Bir diğeri, Ulusal Verem Birliği'nin 1915 te başlattığı verem haftası kapsamında sağlıklı bireylere tarama yatırması çağrılarıdır (15).

Literatür de birçok yazar bugün anladığımız anlamda sağlıklı bir bireyin genel sağlık taramasından geçirilmesinin fikir babası olarak İngiliz göğüs hastalıkları ve verem uzmanı olan Horace Dobell'i işaret etmektedir. Dobell hastalıkların "kötü sağlık göstergesi olan fizyolojik durumlardan" kaynaklandığını ve tedavi girişimlerinin bu erken safhada uygulandığında daha etkin olacağını öne sürmüştür. Bunun için kapsamlı bir öykü, detaylı fizik muayene ve laboratuvar testlerinin yapılmasını önermiştir (3-5). Aynı dönem de Amerika'da Geoge Gould, AMA 51. Yıllık toplantısında hastalıkların erken evreleri hakkında daha fazla veri elde etmek ve hastalığın gidişatına daha etkin müdahale edebilmek için kapsamlı periyodik muayene önermiştir (18).

Dr Gould'un sunumundan sonra AMA 1923 yılında, hekimle için bir PSM kitapçığı yayınladı ve Ulusal Sağlık Konsülü, AMA ve US Halk Sağlığı Servisi ile beraber bir sene için de 10 milyon muayene hedefi ile periyodik sağlık muayenesini teşvik edici kampanya başlattı; ama halk tarafından beklenen ilgiyi görmedi; doktorlar da genel olarak ilgisizdi. AMA'nın raporda sunduğu hedefler sağlık sorunları ve hastalıkların erken teşhisi; sağlık için olumsuz çevre koşulları ve yaşam stillerinin saptanması ve fizik ve mental iyilik halinin teşviki ve yaşam kalitesinin artırılmasıdır.4Diğer yandan mikrofilm ile tüberküloz taramaları özellikle 1946 da tüberküloz ilaçlarının keşfedilmesi ile büyük bir başarı sağladı ve başka kronik hastalıkların taranmasının yolunu açtı. Bu gelişmeler tıpta entelektüel ilgiyi artırdı. 20. Yüzyılın ilk yarısında koruyucu tıp ve hastalığın engellenmesine yönelik organize girişimler arttı, halk sağlığı enstitüleri kurulmaya ve halk sağlığı departmanları tarama programları sunmaya başladı. Teknoloji geliştikçe tarama programları da genişledi (4,12).

PSM'in gelişmesinde önemli mihenk taşlarından bir tanesi, 20. yy ortalarında peşin ödemeli teşviğe ve hekim muayenesinden çok teknolojiye ve çeşitli testlerin yapılmasına dayanan "çok -fazlı tarama"lardır. En çok vurgulanan örneklerinden bir tanesi Sanfransisko da 1951 yılında az sayıda işverene PSM ile başlayıp 1970li yıllar da yıllık 50.000 muayene sayısına ulaşan Kaiser Permanent Health Planıdır

(19). Sistemin daha etkin hale gelmesi ve geliştirilmesi için verilen uğraşlar sonucunda Morris Colen “otomatize çok fazlı tarama” prosedürü geliştirmiştir. Prosedür 3-saat süren sorular ve çeşitli muayene ve laboratuvar testlerinden oluşuyordu (20). Sistemin temel amacı hasta memnuniyetidir. Daha geniş anlamda ise, kişileri triajdan geçirerek sınırlı sağlık kaynakları içinde gerçek gereksinimleri ile buluşturmakta. PSM, kişileri sağlıklı, asemptomatik hasta ve hasta olarak gruplayarak, kişinin kendisine uygun düzeyde sağlık bakımını almasını sağlayan ve sisteme hasta akışını kontrol eden bir mekanizma olarak görülüyordu. Kaiser sistemi, ödeme yöntemi nedeni ile büyük bir talep yarattı ve sadece PSM değil genel olarak sağlık hizmetlerine talepte artışa neden oldu. PSM anlayışı da gittikçe ne kadar fazla kapsamlı olursa o kadar iyi mantığına doğru kaymaya başladı (4,16).

Buraya kadar bahsedilenlerin çoğu Kuzey Amerika’daki gelişmelerdir, nedeni ise basit çünkü en kapsamlı kaynaklar buraya ait olanlar. Ama diğer ülkelerde de PSM e gittikçe artan ilgi vardı. 1960 yıllarına geldiğinde PSM halk tarafından benimsenmişti ve PSM in yararına olan inanç artmıştı. PSM muayenelerinin artması beraberinde yararına dair kuşkuları da getirdi. 1960 ların sonu ve 1970 li yıllarda PSM in yararına dair yayınlar hızla artmaya başladı. İki önemli randomize kontrollü çalışma gerçekleştirildi. Bir tanesi 1964 yılında Colen ve ark.’nın 10000 erişkini 7 ve 16 yıl izledikleri çalışma, diğeri ise Güney-doğu London Tarama Çalışma grubunun 7000 erişkini 9 yıl izledikleri çalışmadır (21-23). Her iki çalışmada çok-fazlı tarama yapılan kişilerdir ve çalışma çıktıları sağlık hizmetinin kullanım sıklığı ve mortalitedir. Her iki çalışmada da kontrol grubu ile müdahale grubu arasında çalışmanın temel çıktıları açısından anlamlı fark bulunamamıştır. Yine 1970 yılın da İsveç Malmö kasabasında 1914 doğumlularla yapılan bir çalışmada, kişiler randomize edilmiş ve özellikle yüksek kan basıncı ve sigara müdahalesi hedeflenmiştir. Dört yıllık izlem sonucunda tarama yapılanlarla kontrol arasında ölüm oranları arasında fark gözlenmemiş ama kontrol grubunda olanlarda kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölüm oranları iki kat fazla gözlenmiştir (24). Diğer çalışmalarda da PSM in morbidite ve mortalite üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu gösteren bir sonuca ulaşamamıştır ve bu tartışma günümüze kadar uzanarak devam etmektedir. Tüm bu çalışmalar, kapsamlı öykü ve muayeneve detaylı laboratuvar tetkiklerine dayanan PSM in morbidite ve mortalite üzerinde sanıldığı kadar yararlı etkisi olmadığını gösterdi.

Dünya Sağlık Örgütü bir komisyon kurarak PSM’i mercek altına aldı ve bir incelemenin PSM olarak uygulanması için bugün de kullandığımız Wilson –Jounger kriterlerini önerdi (25). (Tablo 1)

Günümüze kadar devam eden ve dünyada güvenilir kaynak olarak gösterilen en kapsamlı iki çalışma ise Kanada Koruyucu Sağlık Bakımı Çalışma Grubu (Canadian Task Force for preventive Medicine) ve ABD Koruyucu Sağlık Bakımı Çalışma Grubu (US Preventive Task Force) kurulmasıdır (26,27). Kanada çalışma grubu, 1976 da kuruldu ve 78 farklı sağlık durumunu saptamada kullanılan taramaların has-

talığa bağlı morbidite ve mortaliteyi önlemedeki gücünü araştırmaya başladı (26). Ampirik kanıtları kalitesine göre derecelendirdiler ve 1979 da ilk raporu yayınladılar. Çalışma grubunun raporları ve önerileri kanıt derecesine göre düzenli olarak revize edilip yayınlanmaya devam etmektedir. ABD çalışma grubu, 1984 te düzenlenen panel de ölüm ve sakatlığa yol açan 60 hastalık mercek altına alındı (27). Çalışma grubu kanıta dayalı önerilerini ilk olarak 1989 yılın da yayınladı ve 1996 da revize etti. Hala düzenli olarak önerilerini revize etmek de ve yayınlamaktadır. Dünyada da en önemli başvuru kaynakları arasındadır. Her iki rehberde önerilen uygulamalar var olan literatür taranarak kanıt derecesine göre derecelendirilmektedir ve buna göre bir muayene, test veya danışmanlığın PSM kapsamında yapıp yapılmamasına dair öneriler sunmaktadırlar.

Mazıcioğlu ve ark derlemesinin de ülkemizde ilk kapsamlı sağlık taramasının 1990 yılında yapıldığı belirtilmektedir (5). Yakın zamanda en önemli gelişmelerden birisi Sağlık Bakanlığı bünyesinde uzmanlık derneklerinin temsilcileri ve uzman görüşü ile bir çalışma grubu oluşturulması ve grubun çalışmaları sonucunda yayınlanan “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri” rehberidir. Rehber çalışmaları 2011 yılında başlamış ve 2015 yılında yayınlanmıştır. Rehber yaş gruplarına göre düzenlenmiş olup çocuk, erişkin ve geriyatrik yaş grubuna yönelik periyodik muayene önerileri bulunmaktadır (28). Rehberin hedef kitlesi aile hekimleri ve birinci basamak sağlık hizmetleridir.

Bugün için PSM halk tarafından o kadar benimsenmiştir ki, genel sağlık kontrolleri ve check-up adı verilen uygulamalar birçok ülke de olduğu gibi ülkemizde de yaygın olarak talep edilmekte ve hem kamu sağlık merkezlerin de hem de özel sağlık kuruluşların da hatta özel laboratuvarlar da check-up tetkikleri yaygın olarak sunulmaktadır. Bugün tıbbın geldiği nokta, PSM önerileri kanıt değeri A veya B olan veya yeterince güçlü kanıtların mortalite ve morbidite üzerindeki etkisinin gösterildiği taramaların yapılması ile sınırlı olmasına rağmen, uygulamalara baktığımız da hala baştan aşağı muayene ve birçok laboratuvar ve görüntüleme tetkiklerini içeren geniş kapsamlı check-up ların yapıldığını izlemek mümkün. 2012 yılında yapılan bir Cochrane meta analizinde genel check-up yapılan ve yapılmayan grupları karşılaştıran 16 randomize çalışmaya mortalite için meta analiz ve yapılamadığı durumlar da kalitatif analiz yapılmış ve 182800 erişkini kapsayan 14 çalışma dahil edilmiş, iki çalışma dışarıda bırakılmıştır. Çalışmaların çıktıları farklı olsa da meta-analiz de varılan genel sonuç, genel sağlık kontrollerinin yeni tanıyı artırmalarına rağmen ne kardiyovasküler hastalıklardan ne de kansere bağlı total morbidite ve mortaliteyi azaltmadığı ve zararlı sonuçları genellikle çalışılmamış veya bildirilmemiş olduğudur (29).

Genel kontrol yerine tek tek önerileri inceleyen bir başka meta-analiz de 1973-2006 yılları arasında konu ile ilgili 7039 makale taranmış ve sadece 50 tanesi analiz için uygun bulunmuş ve analize dahil edilmiştir (30). Bazı önerilen koruyucu hekimlik uygulamaları hastanın kaygılarının

**Tablo 1.** Wilson & Jounger prensipleri:

- Araştırılan sorun önemli bir sağlık problemi olmalıdır
- Saptanan hastalık için genel kabul görmüş bir tedavi yöntemi olmalıdır
- Tanı ve tedavi için yeterli altyapı olmalıdır.
- Saptanabilir bir latent dönem ya da erken asemptomatik dönem olmalıdır.
- Uygun bir test veya muayene yöntemi olmalıdır.
- Test toplum açısından kabullenilir olmalıdır.
- Hastalığın latent dönemden açık hale gelene kadar ki doğal süreçleri yeterince anlaşılmalı olmalıdır.
- Kimin hasta olarak kabul edilip tedavi edileceği konusunda uzlaşmış bir politika olmalıdır.
- Olgu bulma maliyeti ( tanı ve tedavi maliyetleri dahil olmak üzere) toplam tıbbi bakım harcamaları ile ilişkisi bağlamında dengeli olmalıdır.
- Olgu-bulma “bir kez” değil devam eden bir süreç olmalıdır.

giderilmesinde etkili olduğu, tarama uyumu açısından pap smear ve gaytada gizli kan tarama uyumu yüksek oranda arttığı, immunizasyon ve kolesterol taramalarına orta derecede ve mamografi ve danışmanlık uygulamalarına düşük derecede etkisi olduğunu saptamışlardır. Çıktılar açısından incelendiğinde kolesterol üzerinde düşük, hastalık yakalama, sağlık alışkanlıkları, hasta tutumu, sağlık durumu, vücut kitle indeksi üzerinde orta ve kan basıncı kontrolü üzerinde yüksek etkisi olduğu sonucuna varılmıştır.

2012 meta analizinin detaylı muayene ve tetkiklerin zararlarının çalışılmadığı veya yeterince bildirilmediği sonucu önemlidir (29). Modern çağımızda bir kaç fazla tetkik yapmanın ne zararı olabileceği sorusu akla gelebilir. Genel sağlık kontrollerinin veya diğer bir terimle sağlık check-uplarının yeni tanılamayı artırdığı ve daha fazla test yapılmasına neden olduğu gösterilmiştir (31). Her yeni tanılama daha fazla doğrulama ve yeni tetkik, daha sık muayene, daha fazla invaziv müdahale ve buna bağlı komplikasyonlar, yanlış-pozitif sonuçların getirdiği gereksiz ek tetkik ve müdahaleler ve tüm bunlara paralel olarak hastaların kaygılarının artmasına neden olabilir. Morgan ve ark 2016 yılında güncelledikleri tıbbin aşırı kullanımı ile ilgili meta-analizlerinde, aşırı tanılama ve tıp hizmetlerinin aşırı artışına ve yaygın kanıt dışı uygulamalara dikkat çekmektedir (32). Tıptaki en eski terimlerden biri olan “ önce zarar verme” kavramı dördüncül koruma kavramı ile aşırı tetkik ve tedavinin zararlarından kişileri korumak olarak genişlemiştir (33). Bu nedenle yeterli epidemiyolojik kanıtı dayandıran tarama testleri yapılmamalıdır (34).

### Son Söz

Bu derlemede koruyucu tıbbin başat paradigmalarından biri haline gelen periyodik sağlık muayenelerinin günümüz anlayışına kadar gelen süreçlerine kısa bir bakış amaçlanmıştır. Koruyucu tıp kavramı toplumlar kadar eski olsa da PSM kavramı 19. yy dan sonra şekillenen bir kavramdır. Başlangıçta mümkün olan en kapsayıcı fizik muayene, laboratuvar tetkikleri ve görüntülemenin yapılması olarak anlaşılan periyodik muayene, bilimsel çalışmaların artması ve tıp dünyasının kritik yeniden değerlendirmesi ile kanıtı dayandıran

lı periyodik sağlık taramaları biçimini almıştır. Tıbbın birçok alanı gibi koruyucu hekimlik alanı da oldukça dinamik ve bilgi birikimi artıkça değişen alanlardan bir tanesidir. İnanılmaz bir ivme ile artan tıp bilgisi ve çağımız koşulları içinde, PSM de ivmesini sürdüreceğini ve yeni kanıtlar ve teknolojik gelişmelerle uygulamaların da değişeceğini öngörebiliriz. Harrari'nin “Hayvanlardan Tanrılara ve Geleceğin Kısa Hikayesi” kitaplarında vurguladığı gibi modern dünya insanı ölümsüzlük arayışı içinde. Her ne kadar hastalık yapan mikroorganizmalara, yoksulluğa ve kronik sağlık sorunlarına bağlı hastalık ve ölümler uzun süre devam edecek olsa da günümüz global dünyasında yaşayan insan için yaşlanma, hastalık, hastalıktan acı çekme, sakatlık ve engellilik gittikçe daha kabullenilmez oluyor (35,36). Bu da koruyucu hekimliğe ve PSM ye olan ilgiyi daha da artıracak gibi görünüyor. Koruyucu hekimliğin aile hekimliğinin en önemli alanlarından birisi olduğunu göz önüne alırsak, aile hekimleri olarak, medyanın ve hasta taleplerinin artan baskısı, günümüzde hala devam eden kapsamlı muayene ve tetkik anlayışı ile özgün duruma spesifik kanıtı dayalı tarama ve danışmanlık uygulamaları arasında kalmış durumdayız. Disiplinimizin ilkeleri doğrultusunda hem hasta merkezli yaklaşım ile hastaların kaygılarına cevap vermek hem de aşırı tetkik ve tedaviden hastamızı korumaya çalışarak savunuculuk yapmak, hem kaynakların doğru kullanımını sağlamalıyız. En iyi rehberimiz ise hergün artan kanıtları yakından izlemek ve günlük pratiğimizi mümkün olduğunca bu bağlamda şekillendirmek olacaktır.

### Kaynaklar

1. TC Sağlık Bakanlığı temel sağlık Hizmetleri Müdürlüğü. Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. 2011. 1. Baskı. Bakanlık Yayın No: 814. ISBN: 978-975-590-361-3 <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fli%C4%B1%C4%9F%C4%B1n%20Te%C5%9Fviki%20S%C3%B6zl%C3%BCk.pdf> 27.12.2016 tarihinde ulaşıldı.
2. WHO. Active Aging: A policy framework. 2002 [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO\\_NH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NH_NPH_02.8.pdf) 27.12.2016 tarihinde ulaşıldı

3. Morabia A, Zhang FF. History of medical screening: from concepts to action. *Postgrad Med J* 2004;80:463-469. doi: 10.1136/pgmj.2004.018226
4. Han PKJ. Historical changes in the objectives of the periodic health examination. *Ann Intern Med*, 1997;127:910-917.
5. Mazıcıoğlu M, Şafak ED, Üstünbaş HB. Periyodik sağlık muayenesinin tarihi gelişim süreci. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2013;4(5):1-4.
6. Foster GM. Disease etiologies in non-western medical systems. *American Anthropology*; 1976:773-782.
7. Elmacı N. Sağlık Antropolojisi: Diyarbakır örnekleri. Ed. Elmacı N. Ankara: Siyasal Kitabevi, Ankara, 2013:45-47
8. Geest S, Rienks A. *The Art of Medical Anthropology: Readings*. Eds: Geest S, Rienks A. Her spinhuirs publishers, Amsterdam. 1998:16-18. <https://books.google.com.tr>
9. Juckett G. Cross-cultural medicine. *Am Fam Physician* 2005;72:2267-74
10. Juckett G. Caring for Latino patients. *Am Fam Physician*. 2013 Jan 1;87(1):48-54.
11. Cant S, Sharma UA. *New Medical Pluralism: Complementary Medicine, Doctors, Patients And The State*. New York: Routledge. 2004. <https://www.amazon.com/New-Medical-Pluralism-Complementary-Medicine/dp/1857285115> (özgün eser 1999 tarihlidir)
12. Çağlayaner H. Osmanlı'dan Cumhuriyet'e Türkiye'de sağlığın çağdaşlaşması. 1. basım, deomed, İstanbul, 2014: s: 190-226.
13. Holland W. Periodic health examination-a brief history and critical assessment *Eurohealth* 2010;15(4):16-20.
14. Fisk EL. Some lessons from the draft examination. *JAMA*, 1918:300-3.
15. Freidson E, Lorber J. Medical professionals and organization of knowledge. Producing medical knowledge. In eds Freidson E, Lorber J. , Transaction Publishers, New Brunswick, NJ, 2008;385-391.
16. Rosen G. *Preventive medicine in the United States, 1900-1975. Trends and Interpretations*. New York: Science History Publications, 1975.
17. İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. Kanun no:339 Resmi gazete, 2012. Sayı:28339 <http://www.mevzuat.gov.tr/Mevzuat-Metin/1.5.6331.pdf> 10.02.2017
18. Gould GM. A system of personal biologic examinations; the condition of adequate medical and scientific conduct of life. *Journal of the American Medical Association* 1900;35:134-38.
19. Breslow L. An historical review of multiphasic screening. *Prev Med*. 1973;2: 177-96.
20. Collen MF. The multi-test laboratory in health care of the future. *Hospitals* 1967;41:119-25
21. Dales LG, Ramcharan S, Feldman R, Siegelau AB, Campbell B, Friedman GD, et al. Multiphasic checkup evaluation study. 3. Outpatient clinic utilization, hospitalization, and mortality experience after seven years. *Prev Med*. 1973;2:221-35. 55.
22. Friedman GD, Collen MF, Fireman BH. Multiphasic Health Checkup Evaluation: a 16-year follow-up. *J Chronic Dis*. 1986;39:453-63.
23. South East London Screening Study Group. A controlled trial of multiphasic screening in middle-age: results of the South-East London Screening Study. *International Journal of Epidemiology* 1977;6:357-63.
24. Lannerstad O, Sternby NH, Isacsson SO, Lindgren G, Lindell SE. Effect of a health screening mortality and causes of death in middle-aged men. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1977; 5:137-40.
25. Wilson JMG, Jungner G. *Principles and Practice of Screening for Disease*. Geneva: World Health Organization, 1968.
26. Canadian Task Force for preventive Medicine. History. <http://canadiantaskforce.ca/about/history/> adresinden 02.02.2017 tarihinde ulaşıldı
27. US Preventive Task Force. About the USPSTF. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/about-the-uspstf> 28.01.2017 tarihinde ulaşıldı
28. Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri. Ankara, 2015. [http://www.thsk.gov.tr/dosya/birimler/ah\\_egitim\\_gelis\\_db/dokumanlar/rehberler/30062015.pdf](http://www.thsk.gov.tr/dosya/birimler/ah_egitim_gelis_db/dokumanlar/rehberler/30062015.pdf) 02.02.2017 tarihinde ulaşıldı.
29. Krogsbøll Lasse T, Jørgensen Karsten Juhl, Grønhoj Larsen Christian, Gøtzsche Peter C. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis *BMJ* 2012; 345 :e719
30. Boulware EL, Marinopoulos S, Phillips KA et al. Systematic review: the value of the periodic health evaluation. *Annals of Internal Medicine* 2007;146:289-300.
31. Kermott CA, Kuhle CS, Faubion SS, Johnson RE, Hensrud DD, Murad MH. The diagnostic yield of the first episode of aperiodic health evaluation: a descriptive epidemiology study. *BMC Health Services Research* 2012, 12:137 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/137>
32. Morgan DJ, Dhruva SS, Wright SM, Korenstein D. 2016 Update on Medical Overuse A Systematic Review. *JAMA Intern Med*. 2016;176:1687-1692. doi:10.1001/jamainternmed.2016.5381
33. Jomouille M. The four duties of family doctors: quaternary prevention – first, do no harm. *HK Pract* 2014;36:72-77
34. McWhinney IR, Freeman T. Aile Hekimliği. Sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi. Çv Ed. GÜdal D. Orijinal 3. baskı. Türkçe 1. Baskı. Medikal Akademi Yayıncılık ve Prodüksiyon Tic Ltd Şti, 2012:193-216.
35. Harrari, Y. N. *Hayvanlardan Tanrılara. Sapiens*. Orijinal eser 2012. Kolektif kitap, İstanbul: 2015.
36. Harrari, Y. N. *Homo Deus. A brief history of tomorrow*. Harvill Secker, London. 2015.