

# Periyodik Sağlık Değerlendirmesi

**LOGO**

Doğ Dr. Mustafa F. Dikici

# Periyodik Sağlık Değerlendirmesi



- ❖ **Koruyucu hizmetleri sunmak için Periyodik Sağlık Değerlendirmesi (PSD) önemli bir fırsattır.**

# Periyodik Sağlık Değerlendirmesi



- ❖ **Bireylerin sağlıklarının geliştirilmesi için en çok hasta yapan , en çok ölüme yol açan hastalıklardan korunma amacıyla yapılması önerilen muayene ve takip yöntemidir.**
- ❖ **Check-up süreci ile belirgin farklılıklar gösterir**

# Periyodik Sağlık Değerlendirmesi



- ❖ **Koruyucu hizmetler, Tarama, Eğitim ve Danışmanlık, İmmunizasyon ve Kemoproflaksidir.**
- ❖ **Koruma, aile hekimlerinin uğraşması gereken karmaşık bir alandır.**

# KORUYUCU BAKIM



- ❖ **Aile Hekimleri sürekli bakım kapsamında, akut durumlara olduğu kadar sağlam bakımı da yaptıklarından, koruyucu sağlık hizmetleri için biçilmiş kaftandır.**
- ❖ **Sağlık davranışları ve danışmanlık konularında daha fazla vurgulama yapmaktadırlar.**

**Bertakis KD,**

**Physician practice styles and patient outcomes: differences between family practice and general internal medicine.**

**Med Care. 1998 Jun;36(6):879-91.**

# KORUYUCU BAKIM



- ❖ **Bakımın sürekliliği örneğin periyodik olarak tekrarlanması gereken tarama testlerinin uygulanmasını ve devamında tekrarlanmasını kolaylaştırır.**
- ❖ **Süreklilik mesajların pekiştirilmesine fırsat sağlayacaktır.**
- ❖ **Aile hekimleri akut bakım ziyaretlerinin 1/3'ünde koruyucu bakım da yaparlar.**

J Fam Pract. 1998 Sep;47(3):202-8.

Patient and visit characteristics associated with opportunistic preventive services delivery.

Flocke SA

# KORUYUCU BAKIM



- ❖ **3547 hastalık ziyaretinin %'32 sinde koruyucu hizmet verilmiş. Erişkinler, fazla kilolular, sigara ve alkol kullananlar, yeni hastalar, sağlık bakımını daha az kullananlar, koruyucu hizmetlerden daha çok faydalanmışlar. Ayrıca hastanın talebi hizmetin kullanılmasında önemli bir etmen olmuş. Başka bir aile üyesinin varlığı, akut hastalık varlığı, ilaç yazdırma durumlarında koruyucu hizmet daha az verilmiş**





BMI, WHR, Lipids,  
Glucosis,  
ca mammae screening, ca  
coli screening, osteoporosis,  
anxiety, depression,  
alcohol, pap smear,  
hypertension, diabetes,  
Chlamydia, Coronary Heart  
Disease Risk Chart,  
Immunisations, Vision and  
hearing, Physical activity,  
Etc., Etc



## US Preventive Task Force Önerilerini uygulama

= 7.4 saat /gün

BMI, WHR, Lipids,  
ca mammal screening, ca  
coli screening, osteoporosis,  
anxiety, depression,  
alcohol, pap smear,  
hypertension, diabetes,  
Chlamydia, Coronary Heart  
Disease Risk Chart,  
Immunisations, Vision and  
hearing, Physical activity,  
Etc., Etc



# “Daha çok” Daha iyi” Değildir.



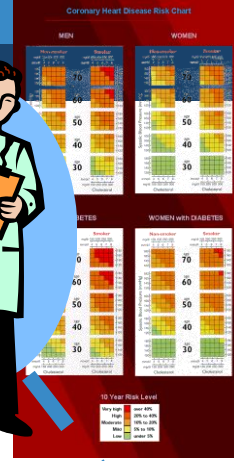
- ❖ **Doğruluğu kanıtlanmamış koruyucu uygulamalar, kaynak ve zaman harcanmasına yol açarak hastaya yarardan çok zarar verir.**
- ❖ **U.S Preventive Services Task Force gibi bağımsız kuruluşların güncellenmiş, kanıta dayalı rehberleri korumadaki standartlara dayanak olmaktadır.**

# Yapılması önerilmeyenler



TARAMA	TEST	POTANSİYEL ZARARLAR	DÜŞÜNCELER	KANIT DÜZEYİ
Bakteriüri	İdrar tetkiki, mikroskopi	Aşırı antibiyotik kullanımı	Gebelere 12-16 haftada Düzy A öneri	D
Mesane Kanseri	İdrar tetkiki, mikroskopi	Pekçok hatalı pozitif sonuç, gereksiz invaziv girişim	Sigara içemnlere danışmanlık ver	D
Düşük riskli erişkinlerde KAH	EKG, Egzersiz Treadmil test, CT	Gereksiz invaziv testler, aşırı tedavi ve etiketleme	Yüksek risklilerde bir katkısı yok	D
Over Kanseri	CA-125 veya transvaginal US	Gereksiz cerrahi, anksiyete	Erken tanının mortaliteyi azalttığına dair kanıt yok	D
Postmenapozal kadınlarda kronik problemler için HRT	Kombine estrojen ve progesteron	Meme kanseri, DVT, KKH, inme kolesistit, demans	Kırık riskini azaltır, aşırı kilonun yararlarını azaltır.	D
Hepatit B	Kan testi	Etiketleme	Gebe lerde kanıt A öneri	D
Hepatit C	Kan testi	Gereksiz biopsi, etiketleme	HCV için yüksek riskli hastalara (IV ilaç	D

# Uzman komite rehberleri



Bireyin riskini tanımlar



... Çözümler önerir (satılır).

# “nocebo” etkisi

NRG Wonca Firenze 2006



❖ **Nocebo, (Latince “zarar vereceğim”) hastalık beklentisiyle hastalığın oluşmasıdır.**  
Hahn, 1997

---

---

- ❖ **Etki fiziksel olarak oluşturulmaz, inanç sistemiyle ilişkilidir.**
- ❖ **Placebo (Latince “mutlu edeceğim”) iyi bilinirken, nocebo pek bilinmez.**
- ❖ **Nocebo ilk kez WP Kennedy tarafından 1961’de tanımlandı.**

# “nocebo” etkisi



## ❖ 1981: klasik “nocebo deneyi”

Tıp öğrencilerine beyinlerinden elektrik akımı geçirileceği söylenir, baş ağrısı duyabilecekleri ve duyanların rapor etmeleri söylenmiş.Üçte ikisinden fazlası “tedavi”(hava akımı) den sonra baş ağrısı rapor etmiş,

Prev med 1997; 26:605-606

# Kanıtı Dayalı Rehberler Kullanma



- ❖ **Üç bileşen, klinik deneyim, hasta tercihleri, araştırmalardan kanıtlar koruyucu hizmet uygulamasında birbiri ile iç içe geçmiştir.**
- ❖ **Klinik deneyim, riskleri tanımlarken uygun öykü almak için ve koruyucu hizmetlerin yararlı ve zararlı olabileceği durumları algılamada gereklidir.**

# Kanıtla Dayalı Rehberleri Kullanma



- ❖ **Hekim etkili iletişim kurarak, hasta tercihlerini, yararlı koruyucu hizmetler için motive etmeli, uygun olmayan tercihler için taleplerden vazgeçirebilmelidir.**
- ❖ **Potansiyel yararın zarardan büyüklüğü açık değilse, paylaşılmış karar verme, bilgilendirilmiş onam kullanılmalıdır.**

Sheridan SL, Harris RP, et al. The Shared decisionmaking about screening andchemoprevention Workgroup, Am J Prev Med 2004;26(1);56-66

# KORUYUCU BAKIM MANTIĞI



- Koruma ve sağılığın sürdürülebilmesinin en önemli hedefi önlenabilir hastalıklara yakalanmayı azaltmak ve...
- Hastalıkların hayli yüksek olan son dönemlerine ait tedavi masraflarına olan ihtiyacı en aza indirmektir.

# KORUYUCU BAKIM



- ❖ **Dörtbin hastadan daha fazlasının bir çalışmasında, taramaların %55'i, aşılamaların %24'ü, danışmanlığın %9'u güncel vaziyetteydi.**
- ❖ **Yani demektir ki nüfusun yarısı, sigara bırakma danışmanlığı, görme taraması, kolorektal kanser için düzenli tarama almıyor.**

**Preventive Medicine 31, 167–176 (2000), Direct Observation of Rates of Preventive Service Delivery in**

**Community Family Practice<sup>1</sup>, Kurt C. Stange,**

# USPSTF'nin rehberleri, kanıtın gücü ve faydanın büyüklüğü temelinde derecelendirilmiştir.



Düzyey	Öneri	Açıklama
A	Kuvvetle önerilir	İyi sonuçlar için çok kanıt var,sağlayacağı fayda anlamlı olarak yapacağı zarardan fazladır
B	Önerilir	Sağlayacağı iyi sonuçlar için orta derecede kanıt var, ve faydası potensiyel zararından fazla
C	Öneri Yok	İyi sonuçlar için orta derecede kanıt var fakat yararının zararından fazla değil
D	Yapmamayı Öner	Etkisiz olduğuna dair orta derecede kanıt var, zararı yararından fazla
I	Herhangi bir öneri yok	Yararı, zararı, etkisi hakkında kanıt yok



**Hastalık belirtisi olmayan kişilerin periyodik olarak sağlık kontrolünden geçirilmesi 1861'lere uzanmaktadır. 1921'de bir sigorta şirketinin yaptığı bir araştırmada düzenli sağlık kontrolünden geçen kişilerde mortalitenin düştüğünün saptanması ve yayınlanması ile Amerika Birleşik Devletlerinde hasta olmayan kişilerin yıllık sağlık muayenesine gitmeleri popülerite kazanmıştır.**

# Check up'dan PSD'ye



- ❖ **1970'lerin ortalarına kadar büyük bir değişiklik olmamıştır. Daha sonraları yıllık sağlık muayenelerinin yeterli olmadığı görülmüştür. Bazı hastalıkların bu muayeneler sırasında henüz tanısal büyüklüğe ya da olgunluğa ulaşmadığı için kolaylıkla gözden kaçabilmekte olduğu, ayrıca bu hastalıklar tanısal büyüklüğe ya da olgunluğa ulaştığında ise zaten semptom verdiği için ek tarama ya da tetkik yapılmasına gerek kalmamakta olduğu gözlemlenmiştir.**



- ❖ **Örneğin akciğer kanseri başlangıç evresinde radyolojik olarak tanısal büyüklüğe ulaştığında tedavi için yeterli süre kalmamakta ve tedavi için yeterli sürenin bulunduğu dönemde ise radyolojik bulgu vermeyebilmektedir**

# Check up'dan PSD'ye



**Bu nedenlerle, yıllık sağlık muayeneleri veya "check-up"ların yerine periyodik sağlık muayenesi tanımı getirilerek kontrollerin sıklığı, yaş, cinsiyet ve maruziyet gibi kriterlerin ön plana geçtiği her bir parametrenin farklı dönemlerde ele alındığı yeni bir yaklaşım geliştirilmiştir.**

# Check up'dan PSD'ye



- ❖ **Bu yeni yaklaşımda, periyodik muayenelerde sağlıklı kişilerde belirli fizik muayene ve laboratuvar testlerinin yapılmasının yanı sıra eğitim ve danışmanlık hizmeti de verilmektedir.**

# Check up'dan PSD'ye



- ❖ **Yıllık sağlık muayeneleri bu tanımlamalar ışığında ikincil bir korunma (*hastalığın olduğu fakat belirtinin olmadığı dönem*) önlemi iken periyodik muayene birincil bir korunma (*hastalığın da, belirtisinin de olmadığı ancak risk faktörlerinin olduğu dönem*) önlemi olarak karşımıza çıkmaktadır.**

# Erişkin PSD Programı



- ❖ **Programın sıklığı konusunda belirgin bir fikir birliği yok.**
- ❖ **Tarama ve danışmanlıktaki geliştirme çabaları bu yaş grubunun en çok mortalite ve morbidite sebeplerine adres göstermektedir ki bunlar, kanser, kalp hastalıkları, infeksiyon, kaza vs iredir.**



**RISE mnemonic'i koruyucu hizmetleri sunmada yararlı bir araçtır.**

- ❖ **R Risk değerlendirmeyi**
- ❖ **I immunizasyon ya da kemoproflaksiyi**
- ❖ **S Screening (Tarama)**
- ❖ **E Eğitimi göstermektedir**

# RİSK DEĞERLENDİRME



- ❖ **Akılcı ve etkin bir sağlam erişkin bakımı geliştirmek için ilk olarak hedef nüfustaki mortalite ve morbiditenin başlıca nedenleri hakkında bilgi sahibi olmalıyız.**

DERECE	25-44 YAŞ	SAYI
	Tüm nedenler	130.761
1	Kasti olmayan yaralanmalar	29.307
2	Malign Neoplazmlar	19.250
<b>3</b>	<b>Kalp Hastalıkları</b>	<b>16850</b>
4	Özkıyım	11.667
5	Cinayet ve yasal girişimler	7.626
6	HIV	6.928
7	Karaciğer hastalığı ve siroz	3.378
8	Serebro Vasküler Hastalık	3.043
9	Diabetes Mellitus	2.706
10	Pnomoni	1.365

DERECE	45-65 Yaş	SAYI
	Tüm nedenler	439.300
1	Malign neoplazmlar	145.535
2	Kalp Hastalıkları	102.792
3	Kasti olmayan yaralanmalar	20.007
4	Diabetes mellitus	16.389
5	SVH	16.073
6	Alt solunum yolu hastalıkları	15.614
7	Kr. Karaciğer hastalığı, siroz	13.894
8	Özkıyım	10.324
9	HIV	5.959
10	Septisemi	5.808

Derece	65 yaş üstü	Sayı
	Tüm nedenler	1.804.373
1	Kalp hastalıkları	563.390
2	Malign Neoplazmalar	388.911
3	Serebrovasküler Hastalıklar	138.134
4	Kr. Alt solunum yolu hastalıkları	109.139
5	Alzheimer	62.814
6	Pnomoni	57.670
7	Diabetes Mellitus	54.919
8	Nefrit, nefritik sendrom	35.254
9	Kasti olmayan yaralanmalar	34.335
10	Septisemi	26.445

# ABD' de 1990-2000'de Gerçek Ölüm Nedenleri



Gerçek neden	1990 Sayı %	2000 Sayı%
Tütün	400.000(19)	435.000(18.1)
Zayıf diyet ve bedensel etkinlik yokluğu	300.000(14)	400.000(16,6)
Alkol Tüketimi	100.000(5)	85.000(3.5)
Mikrobik Ajanlar	90.000(4)	75.000(3.1)
Toksik Ajanlar	60.000(3)	55.000(2.3)
Motır Kazaları	25.000(1)	43.000(1.8)
Ateşli Silahlar	35.000(2)	29.000(1.2)
Cinsel Davranış	30.000(1)	20.000(0.8)
Yasadışı ilaç kullanma	20.000(1)	17.000(0.7)
Toplam	1.060.000(%50)	1.159.000%(48)

# TARAMA TESTLERİ



## Hastalığın özelliği

- ❖ **Toplum sağlığına önemli bir etkisi olmalı**
- ❖ **Asemptomatik dönemde saptanması mümkün olmalı**
- ❖ **Asemptomatik dönemde tedaviyle iyileşebilmeli**

## Testin özelliği

- ❖ **Asemptomatik dönemde hastalığın saptanmasında yeterli duyarlılığı olmalı**
- ❖ **Yalancı pozitif sonuçları en aza indirecek özgüllüğü olmalı**

## Taranan popülasyonun özelliği

- ❖ **Yeterli tıbbi bakıma ulaşılabilir olmalı**
- ❖ **Hastalar önerilecek ileri tetkik ve tedaviye razı olabilmeli**

# Tarama Testleri



- ❖ **Bir tarama testinin, önemli riski olabilen, ve yarar sağladığı kadar zarara da neden olabilen bir algoritmayı başlatabildiğine dikkat edelim.**
- ❖ **Kolon kanseri taramasında ,pozitif GGKT genellikle biyopsili kolonoskopiye yol açar.**
- ❖ **Kolonoskopinin en önemli yan etkisi olan kolon perforasyonu girişimlerin %0.2-%1'inde oluşur.**

# TARAMA

## Kardio Vaskuler Hastalıklar



### ❖ Hipertansiyon

**ABD'de erişkinlerin 1/3 ü Hipertansiftir. Yaşla sıklığı artar. 60 yaş üstü nüfusta sıklık %65'lere varır. KV hastalıklar için önemli risk faktörüdür, MI'ların %35 inde, Konjestif kalp yetmezliklerinn %49 undan, erken ölümlerin %25 inden sorumludur.**

# TARAMA

## Hipertansiyon



- ❖ Hipertansiyon için temel tarama testi, 5 dakika dinlenmiş halde tansiyon ölçümüdür.
- ❖ Hastalık büyük oranda asemptomatik seyretmekte olduğundan, taramalarla tespit ve kontrol altına alınmayla, MI riski %25, İnme %40, KKY yarı yarıya azaltılmaktadır.
- ❖ Yaşlılardaki HT kontrol altına alınmasıyla tüm yaşlı ölümlerinde % 13 azalma olmuştur.
- ❖ USPSTF Tüm erişkinlerde A (Kuvvetle önerir)
- ❖ Tarama aralığı konusunda normal tansiyon seviyesinde 2 yılda bir, Prehipertansif aralıkta(120-139)(80-89) her yıl önerilmiştir

# TARAMA

## Koronar Arter Hastalığı



- ❖ **Bir çok ülkede önde gelen ölüm sebebidir. Sıklıkla asemptomatiktir. Ekg, EFOR Testi, BT gibi Tanı araçlarımız vardır.**
- ❖ **Genel erişkin nüfusta USPSTF'un öneri derecesi D (Önerilmez)**
- ❖ **Multipl risk faktörü olan, 45 yaş üstü erkek ,55 yaş üstü kadınlardan egzersiz programına başlayacak olanlarda veya riskli görevlerde olanlara, EKG ve eforlu EKG önermektedirler.**

# Abdominal Aort anevrizması



- ❖ **AAA, Yaşlı erkeklerin %5'inde , yaşlı kadınların % 1'inde bulunur. Bir çoğu küçük boyuttadır ve fakat büyüyenlerde mortalite riski %30'dur.**
- ❖ **Büyük anevrizmalar bile rüpture olana kadar asemptomatiktir.**
- ❖ **Bu felaket tablosuna içinde barındırdığı % 4 lük mortalite riskine rağmen cerrahi müdahale önerilir. Endovasküler cerrahi teknikler komplikasyonları azaltmaktadır.**

# TARAMA

## Abdominal Aort anevrizması



- ❖ **Ultrason taramaları %95 oranında doğru tespit edilir. Sigara öyküsü olan yaşlılarda 500 taramada 1 hasta ölümü engellenmiştir.**
- ❖ **USPSTF 65-75 yaş arası 1 kez tarama önermektedir. . Öneri B**

# TARAMA

## Obezite



- ❖ **Sık bir sağlık sorunudur. Örneğin ABD'de erişkin populasyonunun 1/3 ü obezdir.**
- ❖ **Fazla kilo , Diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemi, koroner arter hastalığı, dejeneratif eklem hastalığı, obstruktif uyku apnesi ile ilişkilidir. VKI ile mortalite arasında direkt ilişki vardır (Lee et all, 1993)**
- ❖ **USPSTF, Obezite taraması için VKI ölçümü ile taramayı ve kilo verme yardımı yapılmasını önerir B**

# TARAMA

## Hiperlipidemi



- ❖ **Sık görülen bir problemdir. ABD'de popülasyonun %20 sinde total serum kolesterol seviyesi 240mg/dl nin üzerindedir. Yüksek koleterol, düşük LDL seviyesi, kalp hastalıkları için risk faktörleridir.Çalışmalar göstermiştir ki MI'ların % 30'undan kolesterol yüksekliği sorumludur.(Wilson et all, 1998)**
- ❖ **Hiperlipidemi asemptomatiktir ve bu hastalık sadece tarama ile tespit edilebilir.**

# TARAMA

## Hiperlipidemi



- ❖ **Kolesterol ve HDL rasgele ölçümlerle bakılabilir.LDL tayininde açlık kan örneği gereklidir. Trigliseritlerin tokluktan dolayı yüksek olduğu durumlarda, LDL doğru ölçülemiyebilir.**
- ❖ **USPSTF 35 yaş üstü erkek ve 45 yaş üstü tüm kadınlara, hiperlipidemi için tarama yapılmasını kuvvetle önerir. A**
- ❖ **Ayrıca kardiyak riskli bireylerde 20 yaşında taramayı kuvvetle önerir. A**

# TARAMA

## Diabetes Mellitus



- ❖ **Diyabetin toplum sağlığına etkisi obesitenin artması ile birlikte giderek artmaktadır. Toplumdaki oran %% 10'lara dayanmaktadır. Diyabet mikrovaskuler ve makrovaskuler hastalıklar için risk faktörüdür.**
- ❖ **Erişkinlerin 1/40 ında teşhis edilmemiş diyabet olduğu düşünölmektedir. (gregg et al, 2004)**

# TARAMA

## Diabetes Mellitus



- ❖ **Diyabetin potansiyel tarama araçları, AKŞ, Glukoz tolerans testi, Hemoglobin A1C tayinleridir. American Diabetes Association Diyabetin taramasının primer aracının AKŞ olduğunu belirtmiştir.**
- ❖ **USPSTF hipertansiyon ve hiperlipidemisi olan erişkinlere diyabet taraması yapılmasını önerir.B**

# TARAMA

## Osteoporoz



- ❖ **Temel olarak yaşı kadını etkileyen bir problemdir. Kalça kırıkları, günlük dönemeyen vakaların 1/3 ünden sorumludur. Bu hastalıkların ilk sene mortalite oranları %20 dir.Osteoporoz kırık oluşana kadar asemptomatik olduğundan, tarama yarar sağlayacaktır.**
- ❖ **DXA (Dual-energy x-ray absorptiometri) 65 yaşa rutin olarak ve 60 yaş kadınlara risk artımında önerir B.**

# TARAMA

## Klamidyal infeksiyonlar



- ❖ **En sık seksüel yolla geçen bakteriyel hastalıktır.**
- ❖ **Uretrit, servisit ve PID ye sebep olur.**
- ❖ **Kadınlarda%70-90 asemptomatiktir.**
- ❖ **Uygun testler kültür, antijen detecting test, ve amplifiye nukleik asit testidir.**
- ❖ **USPSTF 25 yaş üstü tüm kadınların taranmasını, 25 yaş altı seksüel aktif kadınların taranmasını kuvvetle önerir.A**

# TARAMA

## Kızamıkçık



- ❖ **USPSTF** gebe olmayan doğurganlık çağındaki kadınların tümünün, ya immunizasyon ya da immunité için tarama önermiştir. **B.**

# TARAMA

## Depresyon



- ❖ **Birinci basamakta bakılan hastaların %10'unda depresyon mevcuttur bunların yarıya yakını teşhis edilememektedir.(Simon and VonKorff, 1995)**
- ❖ **Depresyon koroner arter hastalığı ya da serebrovaskuler hastalıklardan daha fazla yetersizliğe yol açar.(Murray, Iopez, 1996)**
- ❖ **USPSTF depresyonun tarama testleri ile taranmasını önerir. B**

# TARAMA

## Alkol kötü kullanımı



- ❖ **Alkol bağımlılığı kolayca ayırd edilebilirken, riskli alkol kullanımı zor tespit edilen bir konudur.CAGE ve AUDIT gibi tarama testleri yardımcı olur.**
- ❖ **USPSTF ve AAFP tüm erişkin hastaların taranmasını önerir. B**

# TARAMA

## Meme Kanseri



- ❖ **Meme kanseri yaşla sıklığı artmaktadır. Mortalite hızı düşmesine rağmen hala kadınlar için mortalitesi ikinci yüksek olan kanserdir. Erken , lokalizasyonunda yakalanan bir kanserde 5 yıllık survi %60'lara çıkabilmektedir. Bölgesel lenf nodu yayılımı ile bu oran %30'lara düşmektedir. Uzak metastazla %5 lere inmektedir. Lokalize kanser asemptomatiktir**

# TARAMA

## Meme Kanseri



- ❖ **Mammografi, bir yıl içinde ortaya çıkacak kanserlerde %77-95, iki yılda çıkacaklarda %56-86 duyarlıdır. Spesifitesi %96-98 civarındadır.(Mushlin et al, 1998)**
- ❖ **USPSTF 40 yaş üstü tüm kadınların her yıl mammografi yapmasını önerir. B**
- ❖ **Taramanın kesilmesi için bir zaman önerilmez.**

# TARAMA

## Servikal Kanser



- ❖ **Başarılı kanser tarama programları için iyi örnektir.**
- ❖ **Taramanın uygulanması ile invaziv servikal kanser 1973 ten beri %70 azalmıştır.**
- ❖ **5 yıllık survi lokalize hastalıkta %90, gec dönemde %15 den azdır.**
- ❖ **Pap smear in duyarlılığı, %60-80 arasındadır.**
- ❖ **Spesifitesi yüksektir.**

# TARAMA

## Servikal Kanser



- ❖ **Serviksi olan tüm seksüel aktif kadınlarda seksüel aktivitenin başladığı 3 yıl içinde ya da 21 yaşında taramanın başlanması kuvvetle önerilir A,**
- ❖ **Daha önce taranmış 65 yaş üstü düşük riskli kadınlarda ya da benign bir hastalıktan histerektomi olmuşlarda taramaya devam etmemesi önerilir. D**

# TARAMA

## Kolorektal Kanser



- ❖ **Erkek ve kadın için üçüncü en fazla mortaliteye sahip kanserdir. Tarama stratejileri kolorektal kanseri erken safhalarında çok daha iyi tedavi edileceği safhalarda bulur ve premalign neoplastik poliplerinde uzaklaştırılmasını sağlar.**
- ❖ **Uygun tarama testleri; rektal tuşe, GGKT, sigmoidoskopi, kolonoskopi, baryum enemadır.**

# TARAMA

## Kolorektal Kanser



- ❖ **Tek kez GGKTinin duyarlılığı %40 dır.**  
(Ransohoff and Lang,1997)GGKT'de temel strateji testi 3 kez ve her yıl tekrar ederek yapmaktır.
- ❖ **Kolonoskopinin duyarlılığı %100 civarındadır.**
- ❖ **GGKT ve devamında kolonoskopi yaparak mortalite %15-30 arası azalmaktadır.(hardcastle et al, 1996)**

# TARAMA

## Kolorektal Kanser



- ❖ **50 yaş üstü tüm erişkinlerde yıllık farklı günlerde alınmış 3 kez GGK (*ham meyve, turp, kırmızı et, demir, aspirin son iki gün alınmamalıdır*) tarama yapılmasını kuvvetle önerir.A**
- ❖ **50 yaş sonrası 5 yılda bir sigmoidoskopi,**
- ❖ **50 yaş sonrası 10 yılda bir kolonoskopi önerilir.**



- ❖ **Erkeklerde akciğerden sonra ikinci sıklıkta önde gelen mortalite nedenidir.**
- ❖ **Prostat kanser taraması hayli tartışmalı bir konudur. Beraberinde birçok yandaş ve karşı kanıt vardır.**
- ❖ **Amerikan kanser cemiyeti PSA ve rektal tuşeyi 45 yaşından itibaren yıllık önerir , riskli kişilerde 40 yaşından itibaren önerir**
- ❖ **AAFP ise PSA ve tuşenin kanıtlarının yetersiz olduğunu söyler.**

# Akciğer, Over, Testis, Pankreas, Mesane



- ❖ **Akciğer Kanseri; En sık mortalite nedeni Akc Kanseridir. Akciğer grafisi, balgam sitolojisi, BT gibi tarama araçlarımız olmasına rağmen , mortaliteyi düşürdüğüne dair kanıt yoktur.I**
- ❖ **Over Kanseri; Pelvik inceleme, CA125, US, düşük sensitivite ve spesifitededir.Rutin tarama için önerilmemektedir.D**

# Aşılama ve Kemoprofilaksi



- ❖ Erişkinlerin önerilen aşıların tamamlanmış, güncellenmiş olması çocuklardan daha az olasıdır.
- ❖ Gerek hekim gerekse toplum bu konuda yeteri kadar donanımlı değildir.
- ❖ Yan etkiler konusundaki endişeler,
- ❖ Erişkinler için aşı bedellerinin resmi kuruluşlar ve sigortalar tarafından ödenmiyor olması.

# Aşılama ve Kemoprofilaksi



## Kardiak Hastalıktan korunma için Aspirin

- ❖ Koroner arter hastalıkları morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenidir.
- ❖ Aspirin tedavisi ile %30 a varan bir azalma tespit edilmiştir. Fakat aspirin tedavisi risklerden bağımsız değildir. Hemorajik inme ve GIS kanamalarına sebep olabilmektedir.
- ❖ 1400 aspirin tedavisi 1 major kanamaya sebep olmaktadır.

# Zimmanizasyon ve Kemoprofilaksi Aspirin



- ❖ **Fayda ve zararları konusundaki denge , koroner arter hastalığı riski ile ele alınmalıdır.Framingham verileri ile 5 yıllık riski %3 ten fazla olanlar için uygundur.(Hayden et al, 2002)**
- ❖ **USPSTF riskleri tartışarak 40 yaş üstü erkek, postmenapozal kadın ve artmış koroner hastalık risklilerde kuvvetle önerir. A**

# İmmünizasyon ve Kemoprofilaksi Vitamin



- ❖ **Beta Karoten eklenmesinin sigara içenlerde kanser riskini arttırmakta olduğunu gösteren bazı çalışmalar vardır. Eklenmemesi önerilir.**

# Zimmannizasyon ve Kemoprofilaksi

## Hormon replasman tedavisi



- ❖ **Postmenapozal kadınlarda kardiyak hastalık ve osteoporozu önlediğine dair bilgiler vardır. Buna karşın meme ca riskini artırdığı, yarar ve zararın her ikisi ile de sonuçlandığını gösteren yayınlar vardır.**
- ❖ **Menapozal semptomlar için kısa dönem semptomatik tedavi halen kabul edilebilir durumdadır.**
- ❖ **USPSTF herhangi bir kronik hastalık için postmenapozal kadınlarda kullanılmasını önermemektedir. D**

# CDC“Advisory committee on İmmunization Practice”(ACIP) Yaşa göre erişkin bağışıklama



Aşı	19-49	50-64	>65
Tetanoz,difteri (Td)	Her on yılda bir tek doz		
Kızamık, kızamıkçık, kabakulak(MMR)	1 veya 2 doz	1 doz	
Su Çiçeği	2 doz	2 doz	
İnfluenza	Yılda 1 doz	Yılda 1 doz	
Pnomokok	1-2 doz		1 doz
HepatitbA	2 doz 0ve 6/12 aylarda ya da 0 ve 6/18 aylarda		
Hepatit B	3 doz, ½ ya da 4/6 aylarda		
Meningokok	1 ya da daha fazla doz		

# Kızamık Kabakulak Kızamıkçık



- ❖ **Tek doz uygulama ile % 90-95 koruyucu antikor oluşmaktadır. Oluşan immünite hayat boyu kalıcı olmaktadır.**
- ❖ **1956 dan sonra doğanlar aşı belgesi olmayan erişkinler iki doz, özellikle sağlık personeli,seyahat edenler, immun baskı altında olmayan HIV'liler, aşılanmalıdır.**
- ❖ **Yeni maruziyette kızamık önerilir, doğurganlık çağında ve laboratuvar kanıtı olmayan kadınlara kızamıkçık önerilir. GEBELERE yapılmaz.**

# Su ieği Aşısı



- ❖ **Hastalık öyküsü olmayanlar ve risk grubu 4-8 hafta ara ile iki kez.**

## **Risk grubu:**

- ❖ **Sağlık personeli, ve immün baskı altındakilerin aile bireyleri**
- ❖ **Doğurganlık ağında ve gebe olmayanlar**
- ❖ **Maruziyet sonrası ilk 3 günde.**
- ❖ **Aktif TBC, İmmün baskılı ve yetmezlikliler, gebe ve yeni Ig alanlara yapmayınız.**

# İnfluenza aşısı



- ❖ **İdeal uygulama zamanı ekim ayı başından kasım sonuna kadar olan zamandır**
- ❖ **Aşı her yıl yeniden uygulanır. Erişkinde tek doz yeterlidir.**

# İnfluenza Aşısı

## Kimlere tavsiye edelim?



- ❖ **50 yaş ve üzerinelere**
- ❖ **Bakımevlerinde kalanlara**
- ❖ **Gebelik 2 ve 3. trimestr**
- ❖ **Kronik hastalık nedeniyle kronik bakım alanlar**
- ❖ **Kr. Pulmoner ya da kardiovasküler hastalığı olanlar**
- ❖ **DM, Kr met.hastalıklar**
- ❖ **Renal yetm, Hemoglobinopatiler**
- ❖ **Yüksek riskli kişilere bulaştırma riski olanlar.**
- ❖ **Yumurta alerjisi ve ateşli durumlarda yapmayınız.**

# Polisakkarit Pnömonokok Aşısı Kimlere yapılmalı?



- ❖ **65 yaş üzerindeki kişilere**
- ❖ **65 yaş altında, Kr hastalığı, bakımevinde olanlar, immün yetmezlikliler,**
- ❖ **Lösemi, lenfoma, hodgkin, HIV inf, İmmünsüpresan tedavi ya da radyoterapiden 2 hafta önce,**
- ❖ **Elektif splenektomiden 2 hafta önce yapılmalı,**

# Polisakkarit Pnomokok Aşısı



- ❖ **65 yaş üstü tek doz,**
- ❖ **Yüksek riskliyse 5 yılda bir tekrar dozu.**

# Hepatit A, Kimleri aşılayalım?



- ❖ **6 ay arayla iki doz yapılır.**
- ❖ **Hepatit A'nın sık görüldüğü bölgelerde yaşayanlar**
- ❖ **Gıda işinde çalışanlar**
- ❖ **Sağlık çalışanları**
- ❖ **Sık seyahat edenler**
- ❖ **Kronik karaciğer hastalığı**
- ❖ **Uyuşturucu kullananlar, homoseksüeller**

# Hepatit B



- ❖ **Aşıdan sonra %80-95 koruyucu antikor gelişir. İmmünolojik hafıza 15 yıl devam eder. Tam doz aşılamadan sonra rapel doz gerekmez.**

# Hepatit B risk grupları



- ❖ **Sağlık personeli,**
- ❖ **Hemodiyaliz hastaları,**
- ❖ **Pıhtılaşma faktörü alıcıları,**
- ❖ **HBV taşıyıcılarının aile bireyleri, seks temaslıları**
- ❖ **Homoseksüeller,**
- ❖ **Uyuşturucu kullananlar,**
- ❖ **Aşılanmamış adölesanlar.**

# Hepatit B



- ❖ **Cinsel temas ya da mukozal temas sonrasında aşıyla beraber HBIG uygulanmalıdır.**
- ❖ **Aşılama 0-1-6 ya da 12. aydır.**

# Meningokok aşısı (MCV4, MPSV4)



Kimlere tavsiye edelim?

- ❖ **Asplenide,**
- ❖ **Toplu yaşam alanlarındaki öğrencilere,**
- ❖ **Hiperendemik bölgelerde yaşayan ya da seyahat edenlere,**
- ❖ **Hacca gidenlere,**
- ❖ **Askere alınan erlere.**

# HPV aşısı



- ❖ **HPV aşısı 0, 2, 6 şeklinde uygulanır.**
- ❖ **HPV tip 6-11 genital siğillerin yüzde 90'ından, HPV16-18 serviks kanserlerinin yüzde 70'inden sorumludur. 11-16 yaş kadınlara uygulanır. (9 yaşta da başlayabilir)**

# Sağlam Erişkin Önerilen koruyucu Hizmetler



Tarama	Başlama/Bitiş	Aralık	Araçlar/Özel konular	Kanıt Düzeyi
Kardiyovasküler Olaylardan korunma/Aspirin	40 yaş üstü erkek, postmenopozal kadın, KKH için riskli erişkin	Her 5 yılda bir ve kkh risk faktörü saptandığında	Aspirin ted.potansiyel yarar/zararlarını vurgulayın	A
Tansiyon	İlk visit	Her 1-2 yılda bir, Eğer tedavide ise yılda 2-3 kez	Kart Kaydı, Akış çizelgesi	A
Kolesterol	35 yaş üzeri erk 45 yaş üzeri Kadın 20 yaş üzeri KKH risk faktörlüleri Taramayı durdurucu yaş belirlenmemiştir	Her 5 yılda bir, Eğer seviyeler tedavi sınırına yakınsa daha sık	Risk Faktörleri; Diabet Kalp Hastalığı aile öyküsü Kolesterol yüksekliği aile öyküsü, HtN, sigara	A B
Kolon Kanseri Taraması	Ortalama risklilerde 50 yaş Artmış risklilerde 40 yaş Yaş ve comorbid durumların yaşam beklentisini sınırladığı durumlar	Teste göre sonrasına karar ver	Herkes tarama için hemfikir fakat nasıl ve ne sıklıkta olduğu tartışmalı	A

# Sağlam Erişkin Önerilen Koruyucu Hizmetler



Kolon Kanser Taraması	Ortalama risklilerde 50 yaş Artmış risklilerde 40 yaş Yas ve comorbid durumların yaşam beklentisini sınırladığı durumlar	Teste göre sonrasına karar ver	Herkes tarama için hemfikir fakat nasıl ve ne sıklıkta olduğu tartışmalı	A
GGK	Yukardaki gibi	Her yıl	Yüksek yanlış pozitiflik, Risk ve maliyeti düşük	
Kolonoskopi	Yukardaki gibi	Her 10 yıl	Yüksek maliyet, yüksek risk, kesin sonuç, genel taramalarda genel ilgi lakin ancak genel nüfus için formal öneri yok	

# Sağlam Erişkin Önerilen Koruyucu Hizmetler



Diyabet tip 2	Hipertansiyon ve hiperlipidemisi olan erişkinler	1-3 yıl	ADA tarama için açlık plazma glukozunun > 126 olmasını önerir Asemptomatik erişkinlerin taranmasına karşı veya lehte kanıt yetersiz	B
Obezite	İlk ziyaret	Periyodik olarak	Bedeb kütle indeksi için boy/kilo hesaplamasını kullanın	B

# Sağlam Erlişkin Önemli koruyucu Hizmetler (Sadece Kadın)



Tarama	Başlangıç/bitiş	aralık	araç	Öneri seviyesi
Meme kanseri taraması	40 yaş Taramayı sonlandırmak için yaş belirsiz	Her 1-2 yılda bir	Meme muayenesi ile veya meme muayenesiz	A
Cervical Kanser	21 yaş ya da cinsel aktivitenin başlamasından 3 yıl sonra	En az 3 yılda bir, Her yıl diyen rehberlerde var.	Benign nedenlerle histerektomi den sonra taramaya neden yoktur.	A
Osteopoz	65 yaş, yüksek riskte 60 yaş	KMD ölçmek için minimum 2 yıl, tarama için daha	Düşük vucut ağırlığı, ostrojen kullanmama,	B



# Hasta Eğitimi



- ❖ **RISE mnemonik'inin son elementi hasta eğitimidir.**
- ❖ **Korumanın bu biçimi yaşam biçimi değişiklikleri adına eğitici iletileri oluşturmak için "risk faktör tanımlamasını" kullanır.**

# Hasta Eğitimi



- ❖ **Hasta eğitimi veya danışmanlık, kısa oğütler veya daha kapsamlı danışmanlık formunda olabilir.**
- ❖ **Halk eğitim programlarının ve kişiye yönelik eğitim programlarının her ikisinin de etkili olduğu gösterilmiştir.**

**<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>**

# Hasta Eğitimi



- ❖ **Hekim ziyareti süresince, ortalama bir hasta, söylenenlerin %50'sini aklında tutabilmektedir, bunun için yazılı materyaller işe yarar.**
- ❖ **Sigara içme, alkol, ağız diş sağlığı, ev içi şiddet, beslenme, fiziksel aktivite, CYBH, HIV, Gebelik, vs vs**



## SİGARA İÇME

- ❖ **Sigara içenler tanınmalı, ve bırakma için kuvvetli, net ve bireysel tavsiye verilmelidir.**
- ❖ **Sigara içen ebeveynlere sigara içmenin çocuk sağlığı üzerine zararlı etkisi vurgulanmalıdır.**



## ALKOL ve DİĞER İLAÇ İSTİSMARLARI

**CAGE ve AUDIT (Alkol Kullanım  
bozuklukları tanıma testi)**

# KORUMADA OZEL DURUMLAR



- ❖ **Korunmanın yararının olması gerektiği düşünölen pek çok konuda özgün girişimi önermek için yeterli kanıt halihazırda yoktur.**
- ❖ **Bu alanlardan ikisi “yaşlanma ve aile içi şiddet” üzerinde tartişılmaya konuşulmaya devam edilecek konulardan olacaktır.**

# Yaşlı Erişkinler



❖ **Amerikan Hekimler Akademisi her yaşlı erişkinin işlevsellik ve mental durum açısından taramasını önerir. "Kısa onaylanmış bilişsel durum taraması" uygun bir araçtır.**

❖ **US Public Health Services. Cognitive and Functional impairment. Am Fam Physician. 1995;51:633-636**

# Aile İçi Şiddet



- ❖ **Zor ve kaçındığımız konulardan birisidir.**
- ❖ **Kurbanlar genelde çocuklar ve kadınlardır.**
- ❖ **Şiddetle karşılaşanlar nadiren bunu ilk yakınma olarak hekime getirirler.**
- ❖ **Hasta konuyu ortaya koymakta gönülsüz olabilir lakin sorulması rahatlatılabilir.**
- ❖ **SAFE taraması önerilen bir taramadır.**

# WEB' den Elektronik Kaynaklar



- ❖ **National guidelines clearing house**  
<http://www.guidelines.gov>
- ❖ **Agency for healthcare Research and Policy/U.S. Preventive Service Task Force-**  
<http://www.ahrq.gov/clinic/prevenix.htm>
- ❖ **American Academy of Family Physicians Recommendations for Clinical Preventive Services-**  
<http://www.aafp.org/online/en/home/clinical/exam.html>
- ❖ **Pocket Guide to Good Health for American**  
<http://www.ahrq.gov/ppip/adguide/>
- ❖ **Putting Prevention Into Practice-**  
<http://www.ahrq.gov/clinic/ppipix.htm>