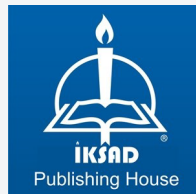




AİLE HEKİMLİĞİNDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

EDİTÖR

Prof. Dr. Hamit Sırrı KETEN



AİLE HEKİMLİĞİNDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

EDİTÖR

Prof. Dr. Hamit Sırrı KETEN

YAZARLAR

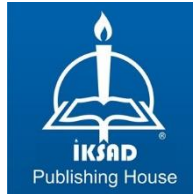
Uzm. Dr. Feyza Nur ÖZBAHAR

Uzm. Dr. Numan GÜVENÇİ

Arş. Gör. Dr. Aslıhan ÇELİK ÇOBAN

Arş. Gör. Dr. Tuba ARSLAN

DOI: <https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.14036163>



Copyright © 2024 by iksad publishing house
All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, distributed or
transmitted in any form or by
any means, including photocopying, recording or other electronic or mechanical
methods, without the prior written permission of the publisher, except in the case of
brief quotations embodied in critical reviews and certain other noncommercial uses
permitted by copyright law. Institution of Economic Development and Social
Researches Publications®

(The Licence Number of Publicator: 2014/31220)

TURKEY TR: +90 342 606 06 75

USA: +1 631 685 0 853

E mail: iksadyayinevi@gmail.com

www.iksadyayinevi.com

It is responsibility of the author to abide by the publishing ethics rules.

Iksad Publications – 2024©

ISBN: 978-625-367-913-2

Cover Design: İbrahim KAYA

November / 2024

Ankara / Türkiye

Size = 16x24 cm

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ

Prof. Dr. Hamit Sırrı KETEN 1

BÖLÜM 1

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA KANSER TARAMALARI

Uzm. Dr. Feyza Nur ÖZBAHAR 3

BÖLÜM 2

BİRİNCİ BASAMAKTA TİROİD HASTALIKLARINA YAKLAŞIM

Uzm. Dr. Numan GÜVENÇİ 15

BÖLÜM 3

BİRİNCİ BASAMAKTA GEBE TAKİBİ

Arş. Gör. Dr. Aslıhan ÇELİK ÇOBAN 37

BÖLÜM 4

DURUM BİLDİRİR TEK HEKİM RAPORU

Arş. Gör. Dr. Tuba ARSLAN 53

BÖLÜM 5

AKLİ MELEKE RAPORU

Arş. Gör. Dr. Tuba ARSLAN 67

ÖN SÖZ

Aile Hekimliği her geçen gün kendini yenileyen ve geliştiren bir disiplindir. Bu kitapta Aile Hekimliği disiplininin çeşitli çalışma alanlarına yönelik konular irdelenmiş ve Aile Hekimliği'nin zenginliği ortaya konulmuştur. Bu kapsamda bilim dünyasına, sağlık hizmet sunucularına ve sağlık politikası oluşturuculara katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Aile Hekimliği hizmet sunumunda defansif tıp oluşturan önemli bir alanı raporlar oluşturmaktadır. Bu raporlar içerisinde önemli bir tür olan Akli Meleke Raporu düzenlemenin pratikte uygulanması, değerlendirilmesi ve hukuki yönü ortaya konulan bölüm ile aydınlatılmaktadır. Durum bildirir tek hekim raporu konusunda ayrıntılı bilgi verilerek hekimlerin uygulamasına katkı sağlanmıştır.

Birinci basamakta gebe takibi Aile Hekimliği içerisinde yer alan önemli bir sağlık hizmet sunumudur. Bu bölümde gebe izlemleri, yönetimi ve değerlendirilmesi derinlemesine irdelenmiştir. Endokrin hastalıklar içerisinde yer alan tiroid hastalığı ve değerlendirilmesi birinci basamakta sık karşılaşılan bir durumdur. Birinci basamakta tiroid hastalıklarına yaklaşım ile bu durumun etkili yönetimine yönelik güncel bilgi ve yollar gösterilmektedir.

Kanser dünyada önemli bir mortalite ve morbidite sebebi olarak devam etmektedir. Kanser ile mücadelede aile hekimlerince yapılacak kanser taramaları büyük öneme sahiptir. Bu konuda güncel yaklaşımlara yer verilmiştir.

Prof. Dr. Hamit

Sırrı KETEN

Gaziantep

Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

BÖLÜM 1
AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA KANSER
TARAMALARI

Uzm. Dr. Feyza Nur ÖZBAHAR¹

¹ T.C. Sağlık Bakanlığı Samsat İlçe Devlet Hastanesi, Adıyaman, Türkiye.
feyzanurozbahar@gmail.com, Orcid ID: 0000-0002-7256-2825

GİRİŞ

Kanser, dünya genelinde önemli ve ciddiyeti giderek artan bir halk sağlığı sorunudur. Her 6 ölümden biri kanserden kaynaklanmaktadır (WHO, 2020). Birçok ülkede kanser, erken ölümlerin birinci veya ikinci nedenidir (WHO, 2020). Türkiye’de kanser, kardiyovasküler sistem hastalıklarından sonra en sık ikinci ölüm nedenidir (TÜİK, 2023).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre insidansı en yüksek kanser türleri; meme kanseri (46,8²), prostat kanseri (29,4²), akciğer kanseri (23,6²), kolorektal kanser (18,4²) ve serviks kanseridir (14,1²). Erkeklerde akciğer, prostat kanserleri; kadınlarda ise meme, akciğer kanserleri ön planda görülür (WHO/IARC, 2024).

Türkiye’de insidansı en yüksek ilk 5 kanser türü 2022 yılı verilerine göre sırasıyla meme kanseri (46,8²), akciğer kanseri (37,9²), prostat kanseri (35,3²), kolorektal kanser (19,8²) ve tiroit kanseridir (15,6²). Cinsiyete göre kanser türlerinin dağılımlarına bakıldığında kadınlarda en yaygın görülen kanser türleri meme, tiroit, rahim ve akciğer kanseri; erkeklerde ise akciğer, prostat, kolorektal, mesane ve mide kanseridir (WHO/IARC, 2024).

Etkili birincil önleme yöntemleriyle (Human Papilloma Virüs aşısı uygulanması, sigaranın bırakılması, obezitenin önlenmesi, iyonlaştırıcı radyasyon veya kimyasal mesleki maruziyetler için önlemler alınması, alkol kullanımının sınırlandırılması vb.) kanserlerin 1/3-1/2’si önlenebilir. (T.C. SB HSGM), 2021; WHO,2020). Henüz önlenemeyen ve önlem alınmasına rağmen ortaya çıkan birçok kanser için erken teşhis en iyi alternatiftir (WHO,2020).

Bir hastalığın tarama programına alınması için toplumda sık görülen, önemli bir halk sağlığı problemi olması, latent veya

² 100.000 nüfusta görülme oranı

asemptomatik döneminin bulunması, patogenezinin iyi anlaşılması olması, tedavi edilebilir olması gereklidir. Tarama için seçilen yöntem toplum tarafından kabul edilebilir, pratik, seçiciliği ve hassasiyeti yüksek olmalıdır (Gupta, 2022; T.C. SB HSGM, 2021).

Kanser taraması, belirli bir kanseri veya prekanseröz belirtileri düşündürülen bulgulara sahip kişileri, semptomlar gelişmeden önce tanımlamayı amaçlamaktadır (WHO, 2022). Hedef popülasyondaki asemptomatik bireylerin taranması; kanser belirtileri konusunda farkındalığın artırılmasını ve kanserin etkili tedavi verilebilecek dönemde iken saptanmasını sağlar (WHO, 2020).

Aile hekimleri, kendine kayıtlı kişilerin izlem ve taramaları yapmakla yükümlüdür. Bu kapsamda aile hekimleri tarafından sağlıklı çocuk izlemleri, erişkin taramaları, kronik hastalık tarama ve takipleri, gebe ve lohusa izlemleri, kanser taramaları gerçekleştirilir (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2013).

Aile hekimlerinin kanser taramasındaki başlıca görevleri; bireylere kanser taramasıyla ilgili bilgilendirme yapmak, kanser risk grubundaki bireyleri saptamak, tarama kapsamında muayene ve tetkikleri gerçekleştirmek, tarama sonuçları pozitif veya şüpheli çıkanları üst basamak sağlık kuruluşlarına yönlendirmek ve bu süreçlerde hastaların takibini yapmaktır (T.C. SB HSGM, 2021). Aile hekimleri, bireylerin sağlık sistemiyle ilk temas noktasıdır. Bu sebeple kanser taramaları ile erken teşhiste aile hekimleri önemli rol oynar (Altun, 2020).

1. TÜRKİYE ULUSAL KANSER TARAMA PROGRAMI

Ulusal kanser taramaları aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezleri bünyesindeki Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) tarafından yürütülür (T.C. SB HSGM, t.y.). Meme kanseri, kolorektal kanser ve serviks kanseri taramaları yapılır (T.C. SB HSGM, 2021).

Bireylerin kanser taramaları hakkında bilgilendirildikleri halde tarama testlerini kabul etmemesi durumunda kişilerin imzalı beyanları alınarak bu durum kişilerin aile hekimliğindeki veya toplum sağlığı merkezlerindeki sistemlerine, dosyalarına kaydedilir. Taramayı reddedenler 1 yıl sonra taramaya tekrar davet edilir (T.C. SB HSGM, 2012a).

1.1. Meme Kanseri Taraması

Meme kanseri taramasının amacı kanser gelişimini henüz klinik belirtiler ortaya çıkmadan, ileri evrelere ulaşmadan tespit etmek ve meme kanserine bağlı ölüm hızını azaltmaktır (T.C. SB HSGM, 2012a).

Meme kanseri taraması; 20 yaşından sonra aylık kişinin kendi meme muayenesi, yıllık klinik muayene ve 40-69 yaşlarında 2 yılda bir mamografi çekimi şeklinde gerçekleştirilir (T.C. SB HSGM, 2021).

Mortaliteyi azaltan esas yöntem mamografiyle tarama iken kişinin kendi meme muayenesi ve klinik muayene ile meme kanseri farkındalığı artırılır (T.C. SB HSGM, 2021).

Kendi kendine meme muayenesinin düzenli yapılması ile kadınlar yeni gelişen kitleleri, memedeki renk değişikliği, asimetri, çekinti gibi diğer değişiklikleri kolayca ayırt edebilir. Kendi kendine meme muayenesi ayna karşısında yapılır. Muayenede görüntünün simetrikliği, görsel bir değişiklik olup olmadığı değerlendirilir. Ardından memenin tüm kadransları dairesel hareketlerle palpe edilerek kitle varlığı araştırılır ve koltuk altlarına bastırılarak lenf nodları muayene edilir (T.C. SB HSGM, 2021).

Klinik meme muayenesinde öncelikle meme kanseri risk faktörlerini (ailede meme kanseri öyküsü, menarş yaşı, menapoz yaşı, emzirme öyküsü, oral kontraseptif kullanımı, sigara kullanımı vb...) de içeren anamnez alınır, ardından inspeksiyon yapılarak memelerin simetrisi ve görünümündeki patolojik değişiklikler değerlendirilir.

Aşağıdan yukarıya, yukarıdan aşağıya ve meme başından periferik doğru olmak üzere tüm kadranslar dairesel hareketlerle palpe edilir. Aksiller, supraklavikular, infraklavikular lenf nodları muayene edilir (T.C. SB HSGM, 2021).

Mamografi raporu BIRADS 1-2 ve muayene sonuçları normal olanlar 2 yıl sonra tekrar mamografiye çağırılarak tarama programına devam edilirken, mamografi sonucu BIRADS 0-4-5 gelenler genel cerrahi uzmanı olan üst basamak sağlık kuruluşlarına yönlendirilir (T.C. Sağlık Bakanlığı Afyonkarahisar İl Sağlık Müdürlüğü, 2020).

1.2. Kolorektal Kanser Taraması

Kolorektal kanser taramasının amacı asemptomatik bireylerde kolon ve/veya rektumdaki patolojileri henüz premalign veya erken evre kanser iken, invaziv kanser gelişmeden saptamaktır. Patolojilerin invaziv kolorektal kanser gelişmeden tespit edilmesi etkin ve basit yöntemlerle tedavi imkânı sunarak hem kolorektal kanserlere bağlı mortalite ve morbiditeyi azaltır hem de maliyeti düşürür (T.C. SB HSGM, 2021; T.C. SB HSGM, t.y.)

Poliplerin ve kanserin gelişmesi için uzun süreler gereklidir. Birçok kişide erken evre kanserler asemptomatik olma eğilimindedir, bu yüzden taramalar polipektomi ve kanserlerin önlenmesi için önemli bir fırsattır (Gupta, 2022).

Adenomlar, sesil serrated polipler ve kolorektal kanserler kanama eğilimine sahiptir, bu durum gaita tetkikleri yoluyla tespit edilebilmelerine olanak sağlar (Gupta, 2022). Kolonoskopi; kolon mukozasının direk görüntülenmesine imkân sağlamanın yanında biyopsi alma, polipektomi ve lokal tümörlerin çıkarılabilmesini sağladığı için avantajlı bir yöntemdir (T.C. SB HSGM, 2021).

Kolorektal kanser riskini artıran başlıca faktörler; ailede veya kişide kolorektal kanser/ adenom öyküsü, inflamatuvar bağırsak hastalığı

varlığıdır (T.C. SB HSGM, 2021). Alkol, sigara, obezite, kolesistektomi öyküsü, diyabet, işlenmiş et tüketimi ise kolorektal kanser gelişimiyle ilişkisi daha az olan faktörlerdir (T.C. SB HSGM, 2021).

Kolorektal kanser taraması kapsamında 50-70 yaşlarındaki bireylere 2 yılda bir gaitada gizli kan testi ve 10 yılda bir kolonoskopi yapılır. Kolorektal kanser gelişim riski yüksek bireylerde (birinci derece akrabalarında kolorektal kanser, crohn, ülseratif kolit, kalıtsal polipozis/ non-polipozis gibi sendromu olanlarda) taramaya 40 yaşında başlanır (T.C. SB HSGM, t.y.). Kişilerin birinci derece akrabalarında kolorektal kanserin ortaya çıkışı erken yaştaysa, bireyler akrabalarında kanserin ortaya çıkış yaşından 5 yıl önce tarama programına dahil edilir (T.C. SB HSGM, 2021).

Gaitada gizli kan testi negatif olanlarda normal aralıklarla taramaya devam edilir, pozitif çıkanlar kolonoskopi ile ayrıntılı değerlendirme için genel cerrahi uzmanı olan üst merkeze yönlendirilir (T.C. SB HSGM, t.y.). Gaitada gizli kan testi belirsiz olarak sonuçlananlara 2-3 gün aralıklarla en fazla 2 kere daha gaitada gizli kan testi yapılır (T.C. Sağlık Bakanlığı Afyonkarahisar İl Sağlık Müdürlüğü, 2020).

1.3. Serviks Kanseri Taraması

Serviks kanseri taramasının amacı bireylerde servikal patolojileri henüz prekanseröz iken veya kanser gelişmişse evresi ilerlemeden, invaziv kanser gelişmeden tespit etmektir. Preinvaziv lezyonlarının bulunması ve erişimi kolay bir organ olması nedeniyle serviks kanseri taramaya uygundur (T.C. SB HSGM, 2012b).

Gelişmiş ülkelerde aşılama programları ve tarama programlarındaki iyileştirmelerle birlikte serviks kanserine bağlı ölümler azalmıştır. Günümüzde serviks kanserine bağlı ölümlerin %85'i gelişmemiş ve az gelişmiş ülkelerde gerçekleşmektedir. Serviks kanserlerinin tama yakınına Human Papilloma Virüs (HPV)

enfeksiyonu neden olmaktadır. Servikal displazi ve karsinomların %99'undan fazlası, yüksek riskli HPV suşlarının enfeksiyonu kaynaklıdır. (Bedell, Goldstein, L., Goldstein, A.R., ve Goldstein, A.T., 2020).

Kadınlar 30-65 yaş aralığında iken, 5 yılda bir serviks kanseri açısından taranır. Tarama, HPV DNA ve Pap smear testleri uygulanması yolu ile gerçekleştirilir (Bedell ve diğerleri, 2020).

HPV DNA testi, servikal kanser için yüksek riskli HPV suşlarının varlığını ortaya koymak amacıyla yapılır (T.C. Sağlık Bakanlığı Afyonkarahisar İl Sağlık Müdürlüğü, 2020).

Pap smear testinde fırça aracılığıyla serviksten ve servikal kanaldan hücre örneği alınarak prekanseröz hücresel değişiklik olup olmadığı araştırılır (T.C. SB HSGM, 2021).

HPV DNA negatif gelenlerde 5 yılda bir normal taramaya devam edilir. HPV DNA pozitif olanların sitoloji sonucu anormalse veya sitoloji sonucu normal olsa bile HPV 16-18 pozitifse hastalar kadın hastalıkları ve doğum uzmanına yönlendirilir. HPV 16-18 dışı tipler pozitifse 1 yıl sonra test tekrarlanır, tekrarlanan testte HPV DNA pozitif gelirse kadın hastalıkları ve doğum uzmanına sevk edilir, HPV DNA negatif gelirse 5 yılda bir normal taramaya devam edilir. Test sonuçları yetersiz numune şeklinde olursa 3 ay sonra test tekrarlanır (T.C. SB HSGM, 2021).

SONUÇ

Türkiye Ulusal Kanser Tarama Programı kapsamında meme kanseri, kolorektal kanser ve serviks kanseri taranır.

- Meme kanseri taramasında kadınlara 20 yaşından sonra aylık kişinin kendi meme muayenesi, yıllık klinik muayene önerilir ve 40-69 yaşlarında 2 yılda bir mamografi çekilir.
- Kolorektal kanser taraması kapsamında 50-70 yaşlarındaki kişilere 2 yılda bir gaitada gizli kan testi ve 10 yılda bir kolonoskopi yapılır.
- Serviks kanseri taraması; 5 yılda bir, 30-65 yaşlarındaki kadınlara HPV DNA ve Pap smear testleri uygulanması yoluyla gerçekleştirilir.

KAYNAKÇA

- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. (2013, 25 Ocak). T.C. Resmî Gazete (Sayı:28539). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17051&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- Altun Y. (2020). Kadınların Kanser Taramalarına Katılımını Etkileyen Faktörler. *TJFMPC*, 14(2), 210-215. <https://doi.org/10.21763/tjfmpe.645578>
- Bedell, S. L., Goldstein, L. S., Goldstein, A. R., & Goldstein, A. T. (2020). Cervical Cancer Screening: Past, Present, and Future. *Sexual medicine reviews*, 8(1), 28–37. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.09.005>
- Gupta S. (2022). Screening for Colorectal Cancer. *Hematology/oncology clinics of North America*, 36(3), 393–414. <https://doi.org/10.1016/j.hoc.2022.02.001>
- T.C. Sağlık Bakanlığı Afyonkarahisar İl Sağlık Müdürlüğü. (2020). Kanser Taramaları Algoritmaları. Erişim adresi: <https://afyonism.saglik.gov.tr/TR-102100/kanser-taramalari-algoritmaları.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2012a). Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Mevzuat/Genel_Nitelikli_Yazi_ve_Gorusler/Meme_Kanseri_Tarama_Programi_Ulusal_Standartları.pdf
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2012b). Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Mevzuat/Genel_Nitelikli_Yazi_ve_Gorusler/Serviks_Kanseri_Tarama_Programi_Ulusal_Standartları.pdf
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2021). Türkiye Kanser Kontrol Programı. Erişim adresi:

https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/Dokumanlar/Raporlar/17.Agustos_2021_Kanser_Kontrol_Programi_versiyon-1.pdf

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (t.y.). Kolorektal Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları. Erişim adresi: <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/58696/0/kolorektal-kanser-tarama-programi-ulusal-standartlaripdf.pdf>

TÜİK. (2023). Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2022. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022-49679>

WHO. (2020). WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240001299>

WHO. (2022). Cancer. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

WHO/IARC. (2024). Cancer today. Erişim adresi: <https://gco.iarc.fr/en>

BÖLÜM 2
BİRİNCİ BASAMAKTA TİROİD
HASTALIKLARINA YAKLAŞIM

Uzm. Dr. Numan GÜVENÇ¹

¹ Kahramanmaraş Kültür Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği, Kahramanmaraş, Türkiye.
numanguvenc@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-6329-3731>

GİRİŞ

Tiroid hastalıkları ülkemizde ve dünyada yaygın olarak görülmekte olup, birinci basamakta sık başvuru nedenlerindedir (TEMD, 2023; Wang & Crapo, 1997). Tiroid fonksiyon testleri (TFT) tiroid hastalıklarının tanısı ve tedavisinde kullanılmasının yanında gebelik taramasında ve gebelik planlayan kadınlarda kliniklerimizde sıkça istenmektedir. Halsizlik, yorgunluk, kilo artışı, kilo verme istemi, saç dökülmesi, kabızlık, çarpıntı, terleme gibi sık karşılaşılan şikâyet nedeniyle yapılan poliklinik başvurularında TFT istemi yapılmaktadır. Aile sağlığı merkezinde hali hazırda bakılabilen TSH, fT4 ve fT3 ile ötiroidizm, hipotiroidi, hipertiroidi ve gebelik ve gebelik planlayanlarda tiroid tarama ve izlemleri yapılabilmektedir (Egthedari & Correa, 2024; Papadakis et al., 2016; TEMD, 2023).

1. HİPOTİROİDİ

Hipotiroidi, batı toplumlarında en sık görülen hastalıklardan biri olup kadınlarda ve yaşlılarda görülme sıklığı daha fazladır (Chaker et al., 2017; Ingoe et al., 2017). Hipotiroidi, tiroid bezi yetmezliği, hipotalo-hipofizer aksın tiroid bezini uyaramaması veya tiroidektomi nedeniyle oluşur. Tedavide 1,5-1,8 mcg/gün oral levotiroksin başlanır, tedavi yaşam boyu devam edebilir. Ek hastalığı olmayan yetişkinlerde 25-75 mcg/gün başlanır, TSH 0,4-2,0 mU/L arasında hedeflenir. 3-4 haftalık kontrollerle TSH ve klinik durumuna göre değiştirilebilir (Chaker et al., 2017; Papadakis et al., 2016; Vaidya & Pearce, 2008). Tedavi edilmeyen durumlarda kognitif bozukluklar, dislipidemi, infertilite, hipertansiyon, nöromusküler disfonksiyon ve miksödem koması görülebilir (Gaitonde et al., 2012). Miksödem koması, hiperkapni, tedaviye rağmen TSH normal sınırlara dönmezse veya hasta klinik yönden ötiroid değilse sevk edilmelidir (Papadakis et al., 2016).

1.1. Gebelerde Hipotiroidi

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneğinin (TEMD) 2023 yılında yayınlanan Tiroid Hastalıkları Tanı Ve Tedavi Kılavuzu'na göre yaşlılar, gebeler, gebelik planlayan kadınlar, tip 1 DM ve kalp yetmezliği tanılı kişiler hipotiroidizm açısından riskli gruptadır. 60 yaş üstü aşikâr hipotiroidi kliniği olan hastalara; kalp hastalığı öyküsü yoksa levotiroksin başlangıç dozu 50 µg/gün, kalp hastalığı öyküsü varsa 12,5-25 µg/gün

olmalıdır. Uygun başlangıç dozu başlandıktan sonra hasta 4-8 hafta sonra TFT bakılmak üzere kontrole çağrılmalıdır. 80 yaş üstü hastalarda hedef TSH düzeyi üst sınırı 6-8 mU/L olmalıdır (TEMD, 2023).

Gebelik planlayan kadınlarda ve gebeliğin ilk trimesterinde hedeflenen TSH < 2,5 mU/L, gebeliğin 2. ve 3. Trimesterinde hedeflenen TSH < 3 mU/L değeri olmalıdır. Gebelerde ilk karşılaşmada TFT istenmelidir. Levotiroksin başlanan gebeler 4-6 hafta arayla TFT planlanmalıdır (TEMD, 2023).

1.2. Çocuklarda Hipotiroidi

Yenidoğanlarda tarama testlerinin yaygınlaşmasıyla konjenital hipotiroidizm insidansı (1/2000 doğum) giderek artmaktadır (Ford & LaFranchi, 2014; Wassner, 2017). Konjenital hipotiroidizm en sık prematürelde, düşük doğum ağırlıklı bebeklerde ve down sendromlu bebeklerde görülmektedir (van Trotsenburg et al., 2003). Konjenital hipotiroidizm genellikle sporadik (ailesel olmayan) vakalardan oluşmaktadır. Etiyolojide iyot eksikliği, iyot fazlalığı, topikal iyot bazlı antiseptik kullanımı vs. düşünülmektedir (Ahmet et al., 2009; Belfort et al., 2012; Linder et al., 1997; Perry et al., 2002; Williams et al., 2017). Yenidoğan tarama programında hipotiroidi taraması yer almayan bölgelerde önlenemez mental yetersizliğin en sık nedenidir (Ford et al., 2016; LaFranchi et al., 1985).

En sık görülen belirti ve bulguları; guatr, kabızlık, bradikardi, büyük fontanel, gelişimsel gecikme, yorgunluk, uzamış sarılık, makroglossi, anormal menstruasyondur. Tanıda TFT istenmelidir, genellikle TSH seviyesi yüksek, fT4 normal veya düşük olarak görülür (Wassner, 2017). Tedavide belirti ve semptomları iyileştirmek ve hastalığın olumsuz sonuçlarının engellemek için tiroid hormon replasmanı (levotiroksin) başlanmalıdır (Jonklaas et al., 2014).

2. HİPERTİROİDİ

Tirotoksikoz, tiroid hormon (t3, t4) düzeylerinin yükseklik etkisine bağlı olarak dokularda oluşan klinik durumu ifade ederken; hipertiroidi, tiroid bezinden tiroid hormonlarının yüksek düzeyde sentezlenmesini ve salınmasından kaynaklanan tirotoksikoz durumunu ifade eder. Subklinik ya da aşikâr tirotoksikoz görülebilir (Bahn Chair et al., 2011). Tirotoksikozda

başlıca şikâyetler; taşikardi, aritmiler, terleme, sıcak intoleransı, kilo kaybı, sinirlilik ve ince tremordur (TEMD, 2023).

Başlıca tirotoksikoz nedenleri başlıca; graves hastalığı, toksik multinodüler guatr, tiroid adenomu, tiroditler (subakut, postpartum ve sessiz), ilaç kaynaklı hipertiroidi ile gebelik ve hCG salgılayan trofoblastik tümörlerdir (Papadakis et al., 2016). Hipertirodinin görülme sıklığı Avrupa'da % 0,8 iken ABD'de % 1,3'tür (Garmendia Madariaga et al., 2014; Hollowell et al., 2002).

Kliniğe başvuran hastanın şikâyetleri ve fizik muayenesi (FM) tirotoksikoz düşündürüyorsa TSH, fT4 ve fT3 tetkikleri istenmelidir. TSH düşüklüğü ile fT4 ve fT3 seviyesi yüksekse aşikâr hipertiroidi, TSH düşük iken fT3 ve fT4 normalse subklinik tirotoksikoz olarak isimlendirilir. TSH normal veya yüksek iken fT3 ve fT4 seviyeleri yüksek ise ön planda tiroid hormon direnci ya da tiroid salgılayan adenom düşünülmelidir (TEMD, 2023).

Tirotoksikoz, tanısı istenen laboratuvar sonuçlarıyla konduktan sonra radyoaktif iyot uptake (RAIU) testi istenir. RAIU normal ve artmışsa artmış hormon üretimi; RAIU düşükse eksojen tiroid hormon kaynağı ya da yıkıma bağlı önceden üretilmiş hormonların salınımı düşünülür (TEMD, 2023).

Tirotoksikozun tedavisi antiroid ilaçlar, radyoaktif iyot ve tiroidektomiden oluşur. Başlıca antiroid ilaçlar propranolol, metimazol, propiltiourasil ve iyotlu kontrast iyotlardır. Tedavi seçimi tanıya, olası kontrendikasyon varlığına, hastanın kliniğine ve hastanın tercihine göre belirlenir. Genellikle graves hastalığının tedavisinde antiroid ilaçlar, radyoaktif iyot ve tiroidektomiden herhangi biri kullanılır. Toksik multinodüler guatr ve toksik adenomda radyoaktif iyot ve tiroidektomi tedavisi verilir (kesin tedavi cerrahidir) (Jamaluddin et al., 2023; Papadakis et al., 2016).

2.1. Gebelerde Hipertiroidi

Hiperemezis gravidarum/gestasyonel hipertiroidili gebelerin tedavisinde antiemetikler ve hidrasyon tedavisi önerilirken antitiroid ilaçlar başlanmamalıdır. Gebede tirotoksikoz varlığında gerekirse antitiroid

verilebilir, 1. Trimesterde propiltiurasil, 16. Haftadan sonra metimazol başlanması önerilmektedir (TEMD, 2023).

2.2. Çocuklarda Hipertiroidi

Graves hastalığı çocuklarda en sık görülen hipertiroidi nedenidir. Kızlarda daha sık oranda gözlenir. 4 yaş altı çocuklarda dağılım benzerdir. Pediatrik yaştaki hastalar; taşikardi, guatr, çarpıntı, kilo kaybı, baş ağrısı, anksiyete, uyku bozukluğu ve ısı intoleransı belirti ve semptomları ile başvurabilir. Laboratuvarda TSH baskılı, fT4 seviyesi yüksek gözlenebilir. Kesin tanı için RAIU (radyoaktif iyot tutulumu) ve ultrasonografi istenir. Tedavide anti-tiroid medikal tedavi, cerrahi ve RAI (radyoaktif iyot) yer alır. Pediatrik yaşta anti-tiroid ilaçlardan metimazol kullanılabilir, propiltiurasil kullanılmaz (Dimachkieh et al., 2019; Okawa et al., 2015; Rabon et al., 2016).

3. TİROİDİTLER

3.1. Hashimoto Tiroiditi

İyot eksikliği olmayan bölgelerde en sık görülen hipotiroidi nedenidir. Sıklığı kadınlarda ve yaşla birlikte artmaktadır. Otoimmün kaynaklı olan hipotiroidinin etyolojisinde enfeksiyonlar, genetik ve çevresel faktörler, iyot maruziyeti, ilaçlar ve radyasyon olduğu düşünülmektedir (Papadakis et al., 2016; TEMD, 2023). Hashimoto tiroidite tip 1 DM, sjögren, romatoid artrit, intestinal barsak hastalıkları, çölyak ve vitiligo, myastenia gravis gibi otoimmün hastalıklar eşlik edebilir (Cardenas-Roldan et al., 2013). Fizik muayenesinde düzensiz ve sert guatr palpe edilebilir, ağrı ve hassasiyet olmaz, yorgunluk ve depresyon şikâyetleriyle başvurabilir (Papadakis et al., 2016; TEMD, 2023). TFT ve kliniğine göre ötiroidi, hipotiroidi, subklinik hipotiroidi ve tirotoksikoz (hashitoksikoz) gözlenebilir, tiroid peroksidaz ve anti-tiroglobulin antikorları düzeyi artmış olabilir (Martinez Quintero et al., 2021).

Hashimoto hastaları asemptomatik olsa bile guatrın gerilemesi, şikâyetleri ve TSH değerinin optimal düzeye (0,5-4,0 mIU per L) gelmesi için 1,6 mcg/kg/gün levotiroksin başlanmalıdır, hastanın kliniği, TSH düzeyleri ve tiroid glandının boyutu için hasta düzenli kontrolleri yapılmalıdır (Martinez Quintero et al., 2021).

3.2. Ağrısız Postpartum Tiroidit

Ağrısız postpartum tiroiditin toplumda görülme sıklığı % 5,4'tür. Otoimmün hastalık öyküsü veya ailede tiroid hastalık öyküsü olanlarda ve kadınlarda görülme sıklığı artar (Martinez Quintero et al., 2021; Samuels, 2012; Stagnaro-Green, 2012). Öyküsünde ağrısız postpartum olan kadınların sonraki gebeliklerinde rekürrens oranı % 70'tir (Samuels, 2012). Hastaların % 40'ında hipotirodi görülür. % 24-40'ında tirotoksikoz, daha sonra hipotiroidi, daha sonra ötiroidi görülür. Tirotoksikoz genellikle doğumda 2-6 ay sonra başlar, 2-3 ay sürer. Hipotiroidi durumu genellikle 3-12 ay sonra başlayıp sıklıkla semptomatiktir (Samuels, 2012).

Postpartum tiroiditin tirotoksikoz fazında ayırıcı tanıda graves hastalığı ile karışabilir. Graves hastalığında ekzoftalmus gibi muayene bulguları yoktur, daha hafif seyirlidir. Tirotoksikoz, hipotiroidi, ötiroidi trifazı geçici olduğundan ve kendini sınırlayan hastalık olduğundan genellikle tedavi gerekmez. Şiddetli tirotoksikoz fazında klinik durumu değerlendirilerek hastaya propranolol başlanabilir. Hipotiroidi fazında şikâyetleri şiddetliyse levotiroksin başlanabilir. Gebelik ve laktasyon döneminde olan kadınların tanısında ve tedavisinde RAIU, sintigrafi ve antitiroid ilaçlar verilmemelidir (Martinez Quintero et al., 2021; TEMD, 2023).

3.3. Subakut Tiroidit

Quervain tiroidit, dev hücreli tiroidit ve subakut granülatöz tiroidit olarak da isimlendirilir. İnsidansı her yıl 100 bin kişide 5 vakadır. Viral enfeksiyonlara (koksaki, EBV, adenovirüs, influenza, SARS-CoV-2) bağlı gelişen üst solunum yolu enfeksiyonu sonrası tiroid glandının inflamasyonu sonucu oluşur. Kendini sınırlayan bir hastalıktır. Kadınlarda ve genç-orta yaş daha sık olup, yaz aylarında daha sık gözlenir (Boelaert et al., 2010; Mattar et al., 2020; Papadakis et al., 2016; Samuels, 2012).

En sık ağrı, ateş, tiroid glandının ağrılı büyümesi, kulağa vuran ağrıyla başvurur. Akut gelişir, şikâyetler aylar sürebilir. Tirotoksikoz tablosu, ardından hipotiroidi, ardından ötiroidi gözlenebilir, 12 aya kadar hasta normale dönebilir, hastaların % 10'unda hipotiroidi kalıcı olabilir (2023).

Subakut tiroidin tanısı genellikle anamnez ve FM ile konur. Tirotoksikoz fazında ön boyun ağrısı, tiroid bezinin ağrılı palpasyonu ve tirotoksikozun belirti ve semptomları gözlenebilir. Eritrosit sedimentasyon hızı, lökositoz, C-reaktif protein gibi akut faz reaktan seviyesi yükselir. Tirotoksik fazda TSH düşük, fT3 ve fT4 yüksektir. Antitiroid antikor düzeyleri düşüktür (Papadakis et al., 2016; Samuels, 2012).

Subakut tiroidit tedavide amaç ağrıyı gidermek, tirotoksikozla ilgi olan semptomları azaltmaktır. İnflamasyonun giderilmesinde antibiyoterapinin yeri yoktur. Tirotoksikoz fazda antitiroid ilaçlar kullanılmaz. Tirotoksikoz fazında ilgili semptomları gidermek yüksek doz asetilsalik asit (aspirin), non-steroid antiinflatuar ilaçlar (ibuprofen vs.), kortikosteroidler (prednisolon vs.) ve propranolol kullanılabilir (Papadakis et al., 2016; Volpe, 1993). Hipotiroidi fazında şiddetli hipotiroidi belirti ve semptomları varsa veya gebe kalmak isteyen kadınsa 12 ay süreyle levotiroksin kullanılabilir (Papadakis et al., 2016; Samuels, 2012).

3.4. Süpüratif Tiroidit

Tiroid glandının viral olmayan enfeksiyonlara (bakteriyel, fungal, mikobakteriyel, paraziter ajanlar) maruziyetiyle oluşan inflamasyondur. Daha çok immunsupresif bireylerde veya tiroid hastalık öyküsü olanlarda görülen nadir ama klinik olarak gürültülü bir durumdur. Konjenital priform sinüs fistülleri tekrarlayan enfeksiyöz tiroiditin en sık sebebidir. Akut tiroidit, akut süpüratif tiroidit ve enfeksiyöz tiroidit olarak da isimlendirilir. Etyolojisinde başlıca streptokoklar ve stafilokoklar yer alır. Diğer etkenler salmonella, klebsiella, esherica, nokardia vs. (Lafontaine et al., 2021; Papadakis et al., 2016; TEMD, 2023).

Süpüratif tiroiditin klinik bulguları sıklıkla ateş, ön boyun ağrısı, şişlik, hassasiyet, disfaji, lenfadenopati ve titremedir. Akut başlangıçlıdır, lokal lenfadenopati ve tiroid bezinde tek taraflı fluaktasyon gösteren kitle gözlenir (Martinez Quintero et al., 2021; TEMD, 2023).

Çoğunlukla kliniği ötiroid olup, tiroid glandının tahribatına bağlı tirotoksikoz tablosu gelişebilir. Laboratuvar bulgularında eritrosit sedimentasyon hızı ve lökositoz (özellikle bakteriyel enfeksiyonlarda daha

sık) gözlenebilir. TFT % 54 ötiroidi, % 42 hipertiroidi gözlenir. Tedavide etkene yönelik genellikle sistemik parenteral antibiyoterapi verilir. Tedavide absenin insizyonu, drenajı ve gerekirse tiroidektomi yapılır. Aspirasyon ve drenajla hem tedavi sağlanır hem de materyalin kültür ve analiziyle enfektif ajan saptanır ve etkene yönelik uygun antibiyoterapi başlanır (Lafontaine et al., 2021; Martinez Quintero et al., 2021; TEMD, 2023).

3.5. Riedel Tiroiditi

Riedel struma, invaziv fibröz tiroidit, ağaçsı tiroidit, odunsu tiroidit, kronik sklerozan tiroidit ve invaziv tiroidit olarak da isimlendirilir. Riedel tiroiditi nadir görülen bir hastalıktır, 30-50 yaş, kadınlarda sıklığı artar. Etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte otoimmunité ve immunoglobulin G ile ilişkili olduğu düşünölmektedir. Tiroid ve paratiroid bezinin yanı sıra komşuluğundaki kan damarları, sinirler, kas ve trakeanın fibrozisiyle karakterize bir hastalıktır. Klinik prezentasyonu ve tanısı karmaşıktır. Hastalar sıklıkla ağrısız, büyümüş, sert bir kitle şikâyetiyle başvurur, disfoni, disfaji, dispne, ses kısıklığı gibi semptomlar eşlik edebilir (Hay, 1985; Li et al., 2009; Papadakis et al., 2016; Pearce et al., 2003; Zala et al., 2020).

Tedavide spesifik bir yöntem yoktur. Günde 2 kez 20 mg/gün tamoksifen başlanabilir, ağrı ve basıya ait semptomlar varsa kortikosteroidler (prednisolon 100 mg/gün) kısmi fayda sağlanabilir. Ağrı ve bası semptomlarının giderilmesinde ve malignitenin dışlanmasında cerrahi tedavi yapılabilir (Papadakis et al., 2016; TEMD, 2023).

4. TİROİD NODÜLLERİ

Tiroid nodüllerine erişkin popölyasyonda sıklıkça rastlanmaktadır. Yapılan bir çalışmada tiroid nodülü görölme oranı erkeklerde % 1.5, kadınlarda % 6,4 olduğu gösterilmiş. Yapılan diğér çalışmada 1000 postmortem mikroskopik ve gross incelemede 66 vakada tiroid nodülü saptanmıştır (Mortensen et al., 1955; Vander et al., 1968). Görüntöleme yöntemlerinin gelişmesi ve yaygınlaşmasıyla asemptomatik hastalarda rastlantısal nodüllerin sayısı artmaktadır, yapılan bir çalışmada ultrasonografiyle % 20, kontrastlı göğüs BT ile % 25, boyun MR ile % 15, PET-BT ile % 30 oranında nodül tespit edilmiştir (Russ et al., 2014)

Tiroid nodüllerine yaklaşımda hastadan detaylı anamnez alınmalı, FM yapılmalıdır. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde tiroid hastalığı öyküsü detaylı sorgulanmalıdır. Anamnez ve FM’de stridor varsa aynı gün KBB sevki gerçekleştirilmelidir. Servikal veya supraklavikular lenfadenopati palpe edildiyse veya açıklanamayan ses kısıklığı veya ses değişikliği şikâyeti varsa veya hızla gelişen ani başlangıçlı (günler/haftalar içinde) tiroid bezinde ağrı ve belirgin ağrı tarifliyorsa kanser şüphesiyle sevk edilmelidir. 16 yaş altı tiroid bezinde yumru palpe edilen tüm çocuklar, öyküsünde boyuna maruziyeti olanlar, soygeçmiş sorgusunda tiroid kanseri hikâyesi olanlar sevk edilmelidir (Walker et al., 2019).

Anamnez ve FM’de acil sevk gerektiren durumlar yoksa bası semptomları yoksa tiroid glandında tespit edilen yumrunun ne zaman fark edildiği, önceden olan bir yumruysa boyutunda değişiklik olup olmadığı, ağrı durumu sorgulanmalıdır. Aniden başlayan ağrılı bir büyüme tarifliyorsa ve hasta yaşlı ve ağrısız kitle tarifliyorsa sevk edilmelidir. Tiroid bezinde kitle tespit edilenlerde bası semptomları da detaylıca sorgulanmalıdır. Geceleri kuru öksürük şikâyeti, globus (boğazda yumru hissi), disfaji, ses değişikliği varsa sevk edilmelidir (Walker et al., 2019).

Tiroid glandında büyük yumru olan kişilerde kozmetik rahatsızlık oluşturuyorsa üst basamağa yönlendirilmelidir. Tiroid nodüllerinin çoğu asemptomatik olsa da TFT istenmeli, hipotiroidi kliniği varsa levotiroksin başlanmalı, TSH baskılı ve tirotoksikoz hastalar antitiroid ilaçlar veya cerrahi tedavi için sevk edilmelidir (Papadakis et al., 2016).

İkinci basamağa sevk edilen hastalara tanısında ince iğne aspirasyon biyopsisi, ultrasonografi veya cerrahi planlanabileceği anlatılmalıdır. Gerekirse tedavide radyoilyot kalıntı ablasyonu ve cerrahi tedavi yapılabileceği bilgisi verilmelidir. Üst basamağa yönlendirilen hastalara kaygısını azaltmak için nodüllerin tiroid kanseri ihtimalinin az olduğunu, araştırılması gerektiği, tiroid kanseri tanısı kalsa bile diğer kanser türlerine göre prognozun daha iyi olduğu ifade edilmelidir (Walker et al., 2019).

5. TİROİD KANSERLERİ

Tiroid kanserleri MR, BT, PET-CT ve USG gibi görüntüleme yöntemlerinin gelişmesi ve yaygınlaşmasıyla asemptomatik hastalarda insidental tiroid kanseri tanısı artmıştır. Tiroid kanseri görülme sıklığı yaşla birlikte artar, kadınlarda 3 kat daha sık gözlenir. En sık görülen endokrin malignite tiroid kanseridir, ABD'deki 970 binden fazla tiroid tanısı almış kişi yaşamaktadır. 2024 yılında tiroid kanseri yeni vaka sayısının 44,020, ölüm sayısının 2170 kişi olacağı öngörülmektedir. Tiroid kanserlerinin çoğunun mortalitesi düşüktür (American Cancer Society, 2024; National Cancer Institute Surveillance Epidemiology and End Results Program, 2024; Papadakis et al., 2016). Tiroid kanserleri köken aldıkları hücre yapısına göre başlıca papiller tiroid karsinomu, foliküler tiroid karsinomu, medüller tiroid karsinomu, anaplastik tiroid karsinomu ve diğer tiroid maligniteleri olarak sınıflandırılabilir (Fagin & Wells, 2016; Papadakis et al., 2016).

5.1.Papiller Tiroid Karsinomu (PTC)

Tiroid karsinomlarının büyük çoğunluğunu papiller tiroid karsinomu oluşturmaktadır (Araque et al., 2020; Fagin & Wells, 2016). Görüntüleme yöntemlerinin gelişmesi ve yaygınlaşması sayesinde PTC insidansı her geçen gün artmasına karşın mortalite oranı sabit kalmaktadır (Davies & Welch, 2014). İnsidental PTC tanısı konulan hastaların uzak metastaz ve nüks oranlarının düşük olduğu bildirilmiştir (Mehanna et al., 2014). 40-50 yaş sonrasında PTC'nun progresyonunun daha iyi, nüks ve uzak metastaz oranlarının daha düşük olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Ito et al., 2014; Tuttle et al., 2017).

PTC, sıklıkla bir tiroid nodülünde gözlenirken, multinodüler de gözlenebilir. Uzak metastaz oranı düşük olup, en sık uzak metastaz palpabl servikal lenf nodlarında gözlenir. Uzak metastazların çok az bir kısmı akciğer gizli metastazlarıdır. Genellikle prognozu iyi seyirlidir, yavaş büyüme gösterir. PTC prognozu en iyi kanserlerin başında gelmektedir. Tiroid glandında ve bölgesel lenf nodlarında uzun süre sınırlı kalır. Bir dönem baş-boyun bölgesine radyasyona maruz kalan çocuklarda yaşam boyu PTC'ye yakalanma riski artmaktadır. Ailesel geçişli otozomal dominant geçişli sendromlarla birliktelik gösterebilir. Hastanın kliniği, yaşı, hastalığın

prognozu ve boyutuna göre cerrahi tedavi gerekebilir. Cerrahi sonrası TSH baskılamak için levotiroksin başlanabilir. Hastaların yıllık muayene ile poliklinik kontrolü önerilir (Papadakis et al., 2016).

5.2. Foliküler Tiroid Karsinomu (FTC)

Foliküler tiroid karsinomu ve anaplastik tiroid karsinomu, otozomal dominant geçiş gösteren cowden sendromuyla birliktelik gösterebilir (Ngeow et al., 2014). FTC, PTC ile kıyaslandığında daha az rastlanır (% 14) boyutu genellikle daha büyük, prognozu daha kötü ve mortalite riski daha çoktur (Kuo et al., 2013; Papadakis et al., 2016; Zaydfudim et al., 2008). FTC sıklıkla mikroinvazivdir (% 85). PTC göre daha düşük oranda lenf nodu metastazı ve uzak metastaz yapmaktadır (Daniels, 2018; Nguyen et al., 2018; Papadakis et al., 2016; Zaydfudim et al., 2008). PTC'nun aksine FTC'nda rekkürren uzak metastazı sıklıkla görülür, rekkürren lenf nodu metastazı az rastlanır. Uzak metastaz sıklıkla akciğer, kemik, karaciğer ve beyinde gözlenir (Sabra et al., 2013; Sabra et al., 2016; Vogrin et al., 2016).

FTC'nda iyot absorbe edilir. İyot, tanı ve tedavide kullanılabilir. Tiroid glandından fT4 salınımına bağlı tirotoksikoz kliniği görülebilir. Serum tiroglobulin düzeyi yüksektir. Tiroidektomi tedavisi sonrası levotiroksin tedavisi gerekebilir (Papadakis et al., 2016).

5.3. Medüller Tiroid Karsinomu

ACTH, kalsitonin, CRH ve prostaglandin gibi parafoliküler C tiroid hücrelerinden köken alan az rastlanan bir tiroid karsinomudur. Medüller tiroid karsinomunun çoğunluğu sporadik (ailesel olmayan) gözlenir, tiroid karsinomlarının % 3-5'ini oluşturur (Chernock & Hagemann, 2015; Elisei et al., 2019; Papadakis et al., 2016). MEN-tip 2 ile ilişkili medüller tiroid karsinomunda ret onkogenin gen mutasyonu aktivasyonuyla gelişir. Hastada medüller tiroid karsinomu tanısı konulduysa genetik analizle DNA gen defekt araştırılması gerekmektedir. Gen defekti saptanan kişilerin diğer aile bireylerinin de genetik analiz taraması yapılması gerekir (Elisei et al., 2019; Papadakis et al., 2016).

PTC ve FTC'ye göre prognozu daha agresiftir, daha sık oranda uzak metastaz gözlenir (Machens et al., 2020). İntratiroidial sınırlı olan hastaların

10 yıllık sağkalım oranı % 95 iken, loko regional metastazı olanların % 75,uzak metastazı olanların % 40 sağkalım oranı gösterilmiştir (Roman et al., 2006). En sık erken metastaz trakeaya yakın mediastinal ve lokal lenf nodları, ve kas iken, ileri zamanlarda akciğer, karaciğer, kemik veya adrenal geç metastazlar gözlenebilir. Ailesel olmayanlarda sıklıkla tanı anında lenf nodu tutulumu saptanabilir, uzak metastaz gözlenmeyebilir (Papadakis et al., 2016).

Medüller tiroid karsinomunda iyot tutulumuz gözlenmez. Persistan diyare, cushing sendromu, flushing, bası ya da çevre dokulara invazyona bağlı belirti ve bulgular gözlenebilir (Papadakis et al., 2016).

Medüller tiroid karsinomunda hastanın kliniği, yaş ve metastaz durumuna bağlı olarak cerrahi tedavi gerekir. İlerlemiş yaşı olanlara veya uzak metastaz mevcut hastalara sistemik ret inhibitörleri kullanılabilir. Ret onkogen mutasyon defekti saptanmış çocuklara profilaktik tiroidektomi uygulanabilir. İyot tutulumu olmadığından kemoterapiden fayda görülmez (Koehler et al., 2021; Papadakis et al., 2016; Schlumberger et al., 2012).

5.4. Anaplastik Tiroid Karsinomu

Anaplastik tiroid karsinomu, tüm tiroid karsinomlarının % 2'sidir.en sık klinik prezentasyonu ileri yaşta hızlı büyüyen yumru şikâyetiyle başvuru gözlenir. Anaplastik tiroid karsinomunda iyot tutulumu gözlenmez. Vokal bası semptomları (vokal kord paralizi, disfaji, ses kısıklığı) şikâyeti ile gözlenebilir. Tiroid glandı multinodülerdir, tanı konduğunda çevre lenf nodu metastazı ve uzak metastaz (akciğer) gözlenir. Tedavide çoğunlukla cerrahi ve radyoterapi uygulanır, iyot tedavisi ve kemoterapinin tedavide yeri yoktur (Papadakis et al., 2016).

Tiroid kanseri tanısı almış gebelerde cerrahi tedavi, doğum sonrası planlanabilir. Gebelik sırasında yapılan cerrahi tedavinin komplikasyonları daha yüksektir. Klinik durumu ve prognozuna göre gerekiyorsa 24. Haftada cerrahi tedavi planlanabilir (Papadakis et al., 2016).

KAYNAKLAR

- Ahmet, A., Lawson, M. L., Babyn, P., & Tricco, A. C. (2009). Hypothyroidism in neonates post-iodinated contrast media: a systematic review. *Acta Paediatr*, 98(10), 1568-1574. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2009.01412.x>
- American Cancer Society. (2024). *Key Statistics for Thyroid Cancer*. Retrieved May from <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8853.00.pdf>
- Araque, K. A., Gubbi, S., & Klubo-Gwiedzinska, J. (2020). Updates on the Management of Thyroid Cancer. *Horm Metab Res*, 52(8), 562-577. <https://doi.org/10.1055/a-1089-7870>
- Bahn Chair, R. S., Burch, H. B., Cooper, D. S., Garber, J. R., Greenlee, M. C., Klein, I., Laurberg, P., McDougall, I. R., Montori, V. M., Rivkees, S. A., Ross, D. S., Sosa, J. A., Stan, M. N., American Thyroid, A., & American Association of Clinical, E. (2011). Hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis: management guidelines of the American Thyroid Association and American Association of Clinical Endocrinologists. *Thyroid*, 21(6), 593-646. <https://doi.org/10.1089/thy.2010.0417>
- Belfort, M. B., Pearce, E. N., Braverman, L. E., He, X., & Brown, R. S. (2012). Low iodine content in the diets of hospitalized preterm infants. *J Clin Endocrinol Metab*, 97(4), E632-636. <https://doi.org/10.1210/jc.2011-3369>
- Boelaert, K., Newby, P. R., Simmonds, M. J., Holder, R. L., Carr-Smith, J. D., Heward, J. M., Manji, N., Allahabadia, A., Armitage, M., Chatterjee, K. V., Lazarus, J. H., Pearce, S. H., Vaidya, B., Gough, S. C., & Franklyn, J. A. (2010). Prevalence and relative risk of other autoimmune diseases in subjects with autoimmune thyroid disease. *Am J Med*, 123(2), 183 e181-189. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2009.06.030>
- Cardenas-Roldan, J., Rojas-Villarraga, A., & Anaya, J. M. (2013). How do autoimmune diseases cluster in families? A systematic review and meta-analysis. *BMC Med*, 11(1), 73. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-73>

- Chaker, L., Bianco, A. C., Jonklaas, J., & Peeters, R. P. (2017). Hypothyroidism. *Lancet*, 390(10101), 1550-1562. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30703-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30703-1)
- Chernock, R. D., & Hagemann, I. S. (2015). Molecular pathology of hereditary and sporadic medullary thyroid carcinomas. *Am J Clin Pathol*, 143(6), 768-777. <https://doi.org/10.1309/AJCPHWACTTUYJ7DD>
- Daniels, G. H. (2018). Follicular Thyroid Carcinoma: A Perspective. *Thyroid*, 28(10), 1229-1242. <https://doi.org/10.1089/thy.2018.0306>
- Davies, L., & Welch, H. G. (2014). Current thyroid cancer trends in the United States. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*, 140(4), 317-322. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2014.1>
- Dimachkieh, A. L., Kazahaya, K., & Chelius, D. C., Jr. (2019). Assessment and Management of Thyroid Disease in Children. *Otolaryngol Clin North Am*, 52(5), 957-967. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2019.06.009>
- Eghtedari, B., & Correa, R. (2024). Levothyroxine. In *StatPearls*. StatPearls Publishing
Copyright © 2024, StatPearls Publishing LLC. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30969630>
- Elisei, R., Tacito, A., Ramone, T., Ciampi, R., Bottici, V., Cappagli, V., Viola, D., Matrone, A., Lorusso, L., Valerio, L., Giani, C., Campopiano, C., Prete, A., Agate, L., Molinaro, E., & Romei, C. (2019). Twenty-Five Years Experience on RET Genetic Screening on Hereditary MTC: An Update on The Prevalence of Germline RET Mutations. *Genes (Basel)*, 10(9), 698. <https://doi.org/10.3390/genes10090698>
- Fagin, J. A., & Wells, S. A., Jr. (2016). Biologic and Clinical Perspectives on Thyroid Cancer. *N Engl J Med*, 375(11), 1054-1067. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1501993>
- Ford, G., & LaFranchi, S. H. (2014). Screening for congenital hypothyroidism: a worldwide view of strategies. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*, 28(2), 175-187. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2013.05.008>
- Ford, G. A., Denniston, S., Sesser, D., Skeels, M. R., & LaFranchi, S. H. (2016). Transient versus Permanent Congenital Hypothyroidism after

- the Age of 3 Years in Infants Detected on the First versus Second Newborn Screening Test in Oregon, USA. *Horm Res Paediatr*, 86(3), 169-177. <https://doi.org/10.1159/000448658>
- Gaitonde, D. Y., Rowley, K. D., & Sweeney, L. B. (2012). Hypothyroidism: an update. *Am Fam Physician*, 86(3), 244-251. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22962987>
- Garmendia Madariaga, A., Santos Palacios, S., Guillen-Grima, F., & Galofre, J. C. (2014). The incidence and prevalence of thyroid dysfunction in Europe: a meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab*, 99(3), 923-931. <https://doi.org/10.1210/jc.2013-2409>
- Hay, I. D. (1985). Thyroiditis: a clinical update. *Mayo Clinic Proceedings*, 60(1), 1-10.
- Hollowell, J. G., Staehling, N. W., Flanders, W. D., Hannon, W. H., Gunter, E. W., Spencer, C. A., & Braverman, L. E. (2002). Serum TSH, T(4), and thyroid antibodies in the United States population (1988 to 1994): National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). *J Clin Endocrinol Metab*, 87(2), 489-499. <https://doi.org/10.1210/jcem.87.2.8182>
- Ingoe, L., Phipps, N., Armstrong, G., Rajagopal, A., Kamali, F., & Razvi, S. (2017). Prevalence of treated hypothyroidism in the community: Analysis from general practices in North-East England with implications for the United Kingdom. *Clin Endocrinol (Oxf)*, 87(6), 860-864. <https://doi.org/10.1111/cen.13440>
- Ito, Y., Miyauchi, A., Kihara, M., Higashiyama, T., Kobayashi, K., & Miya, A. (2014). Patient age is significantly related to the progression of papillary microcarcinoma of the thyroid under observation. *Thyroid*, 24(1), 27-34.
- Jamaluddin, J., Zainal Abidin, S., Kathitasapathy, G., Mohamad Isa, M. Z., Mohamed Kamel, M. A., Kaur, P., & Palaniyappan, T. (2023). ABC approach for the management of adults with hyperthyroidism: A practical strategy in primary care. *Malays Fam Physician*, 18, 57. <https://doi.org/10.51866/rv.303>
- Jonklaas, J., Bianco, A. C., Bauer, A. J., Burman, K. D., Cappola, A. R., Celi, F. S., Cooper, D. S., Kim, B. W., Peeters, R. P., Rosenthal, M. S., Sawka, A. M., & American Thyroid Association Task Force on Thyroid Hormone, R. (2014). Guidelines for the treatment of

- hypothyroidism: prepared by the american thyroid association task force on thyroid hormone replacement. *Thyroid*, 24(12), 1670-1751. <https://doi.org/10.1089/thy.2014.0028>
- Koehler, V. F., Adam, P., Frank-Raue, K., Raue, F., Berg, E., Hoster, E., Allelein, S., Schott, M., Kroiss, M., & Spitzweg, C. (2021). Real-World Efficacy and Safety of Cabozantinib and Vandetanib in Advanced Medullary Thyroid Cancer. *Thyroid*, 31(3), 459-469. <https://doi.org/10.1089/thy.2020.0206>
- Kuo, E. J., Roman, S. A., & Sosa, J. A. (2013). Patients with follicular and Hurthle cell microcarcinomas have compromised survival: a population level study of 22,738 patients. *Surgery*, 154(6), 1246-1254.
- Lafontaine, N., Learoyd, D., Farrel, S., & Wong, R. (2021). Suppurative thyroiditis: Systematic review and clinical guidance. *Clin Endocrinol (Oxf)*, 95(2), 253-264. <https://doi.org/10.1111/cen.14440>
- LaFranchi, S. H., Hanna, C. E., Krainz, P. L., Skeels, M. R., Miyahira, R. S., & Sesser, D. E. (1985). Screening for congenital hypothyroidism with specimen collection at two time periods: results of the Northwest Regional Screening Program. *Pediatrics*, 76(5), 734-740.
- Li, Y., Bai, Y., Liu, Z., Ozaki, T., Taniguchi, E., Mori, I., Nagayama, K., Nakamura, H., & Kakudo, K. (2009). Immunohistochemistry of IgG4 can help subclassify Hashimoto's autoimmune thyroiditis. *Pathology international*, 59(9), 636-641.
- Linder, N., Davidovitch, N., Reichman, B., Kuint, J., Lubin, D., Meyerovitch, J., Sela, B. A., Dolfín, Z., & Sack, J. (1997). Topical iodine-containing antiseptics and subclinical hypothyroidism in preterm infants. *J Pediatr*, 131(3), 434-439. [https://doi.org/10.1016/s0022-3476\(97\)80071-6](https://doi.org/10.1016/s0022-3476(97)80071-6)
- Machens, A., Lorenz, K., & Dralle, H. (2020). Prediction of biochemical cure in patients with medullary thyroid cancer. *Br J Surg*, 107(6), 695-704. <https://doi.org/10.1002/bjs.11444>
- Martinez Quintero, B., Yazbeck, C., & Sweeney, L. B. (2021). Thyroiditis: Evaluation and Treatment. *Am Fam Physician*, 104(6), 609-617. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34913664>

- Mattar, S. A. M., Koh, S. J. Q., Rama Chandran, S., & Cherng, B. P. Z. (2020). Subacute thyroiditis associated with COVID-19. *BMJ Case Rep*, 13(8), e237336. <https://doi.org/10.1136/bcr-2020-237336>
- Mehanna, H., Al-Maqbili, T., Carter, B., Martin, E., Campain, N., Watkinson, J., McCabe, C., Boelaert, K., & Franklyn, J. A. (2014). Differences in the recurrence and mortality outcomes rates of incidental and nonincidental papillary thyroid microcarcinoma: a systematic review and meta-analysis of 21 329 person-years of follow-up. *J Clin Endocrinol Metab*, 99(8), 2834-2843. <https://doi.org/10.1210/jc.2013-2118>
- Mortensen, J. D., Woolner, L. B., & Bennett, W. A. (1955). Gross and microscopic findings in clinically normal thyroid glands. *J Clin Endocrinol Metab*, 15(10), 1270-1280. <https://doi.org/10.1210/jcem-15-10-1270>
- National Cancer Institute Surveillance Epidemiology and End Results Program. (2024). *Cancer stat facts: Thyroid cancer*. Retrieved May from <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/thyro.html>
- Ngeow, J., Ni, Y., Tohme, R., Song Chen, F., Bebek, G., & Eng, C. (2014). Germline alterations in RASAL1 in Cowden syndrome patients presenting with follicular thyroid cancer and in individuals with apparently sporadic epithelial thyroid cancer. *J Clin Endocrinol Metab*, 99(7), E1316-1321. <https://doi.org/10.1210/jc.2014-1225>
- Nguyen, X. V., Roy Choudhury, K., Tessler, F. N., & Hoang, J. K. (2018). Effect of Tumor Size on Risk of Metastatic Disease and Survival for Thyroid Cancer: Implications for Biopsy Guidelines. *Thyroid*, 28(3), 295-300. <https://doi.org/10.1089/thy.2017.0526>
- Okawa, E. R., Grant, F. D., & Smith, J. R. (2015). Pediatric Graves' disease: decisions regarding therapy. *Current opinion in pediatrics*, 27(4), 442-447.
- Papadakis, M. A., McPhee, S. J., & Rabow, M. W. (2016). *LANGE Guncel Tibbi Tani ve Tedavi*. Akademisyen Tip Kitapevi. (Lange Current Medical Diagnosis and Treatment)
- Pearce, E. N., Farwell, A. P., & Braverman, L. E. (2003). Thyroiditis. *N Engl J Med*, 348(26), 2646-2655. <https://doi.org/10.1056/NEJMra021194>

- Perry, R., Heinrichs, C., Bourdoux, P., Khoury, K., Szots, F., Dussault, J. H., Vassart, G., & Van Vliet, G. (2002). Discordance of monozygotic twins for thyroid dysgenesis: implications for screening and for molecular pathophysiology. *J Clin Endocrinol Metab*, *87*(9), 4072-4077. <https://doi.org/10.1210/jc.2001-011995>
- Rabon, S., Burton, A. M., & White, P. C. (2016). Graves' disease in children: long-term outcomes of medical therapy. *Clin Endocrinol (Oxf)*, *85*(4), 632-635. <https://doi.org/10.1111/cen.13099>
- Roman, S., Lin, R., & Sosa, J. A. (2006). Prognosis of medullary thyroid carcinoma: demographic, clinical, and pathologic predictors of survival in 1252 cases. *Cancer*, *107*(9), 2134-2142. <https://doi.org/10.1002/cncr.22244>
- Russ, G., Leboulleux, S., Leenhardt, L., & Hegedus, L. (2014). Thyroid incidentalomas: epidemiology, risk stratification with ultrasound and workup. *Eur Thyroid J*, *3*(3), 154-163. <https://doi.org/10.1159/000365289>
- Sabra, M. M., Dominguez, J. M., Grewal, R. K., Larson, S. M., Ghossein, R. A., Tuttle, R. M., & Fagin, J. A. (2013). Clinical outcomes and molecular profile of differentiated thyroid cancers with radioiodine-avid distant metastases. *J Clin Endocrinol Metab*, *98*(5), E829-836. <https://doi.org/10.1210/jc.2012-3933>
- Sabra, M. M., Ghossein, R., & Tuttle, R. M. (2016). Time Course and Predictors of Structural Disease Progression in Pulmonary Metastases Arising from Follicular Cell-Derived Thyroid Cancer. *Thyroid*, *26*(4), 518-524. <https://doi.org/10.1089/thy.2015.0395>
- Samuels, M. H. (2012). Subacute, silent, and postpartum thyroiditis. *Med Clin North Am*, *96*(2), 223-233. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2012.01.003>
- Schlumberger, M., Bastholt, L., Dralle, H., Jarzab, B., Pacini, F., Smit, J. W., & European Thyroid Association Task, F. (2012). 2012 European thyroid association guidelines for metastatic medullary thyroid cancer. *Eur Thyroid J*, *1*(1), 5-14. <https://doi.org/10.1159/000336977>
- Stagnaro-Green, A. (2012). Approach to the patient with postpartum thyroiditis. *J Clin Endocrinol Metab*, *97*(2), 334-342. <https://doi.org/10.1210/jc.2011-2576>

- TEMD. (2023). Tiroid Hastalıkları Tani ve Tedavi Kilavuzu. https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/202305120904-2023tbl_kilavuz.pdf
- Tuttle, R. M., Fagin, J. A., Minkowitz, G., Wong, R. J., Roman, B., Patel, S., Untch, B., Ganly, I., Shaha, A. R., Shah, J. P., Pace, M., Li, D., Bach, A., Lin, O., Whiting, A., Ghossein, R., Landa, I., Sabra, M., Boucai, L., . . . Morris, L. G. T. (2017). Natural History and Tumor Volume Kinetics of Papillary Thyroid Cancers During Active Surveillance. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*, *143*(10), 1015-1020. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2017.1442>
- Vaidya, B., & Pearce, S. H. (2008). Management of hypothyroidism in adults. *Bmj*, *337*, a801. <https://doi.org/10.1136/bmj.a801>
- van Trotsenburg, A. S., Vulsma, T., van Santen, H. M., Cheung, W., & de Vijlder, J. J. (2003). Lower neonatal screening thyroxine concentrations in down syndrome newborns. *J Clin Endocrinol Metab*, *88*(4), 1512-1515. <https://doi.org/10.1210/jc.2002-021303>
- Vander, J. B., Gaston, E. A., & Dawber, T. R. (1968). The significance of nontoxic thyroid nodules. Final report of a 15-year study of the incidence of thyroid malignancy. *Ann Intern Med*, *69*(3), 537-540. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-69-3-537>
- Vogrin, A., Besic, H., Besic, N., & Music, M. M. (2016). Recurrence rate in regional lymph nodes in 737 patients with follicular or Hurthle cell neoplasms. *Radiol Oncol*, *50*(3), 269-273. <https://doi.org/10.1515/raon-2016-0025>
- Volpe, R. (1993). The management of subacute (DeQuervain's) thyroiditis. *Thyroid*, *3*(3), 253-255. <https://doi.org/10.1089/thy.1993.3.253>
- Walker, A., Morrison, D., & Ofo, E. (2019). Thyroid nodules: a clinical update for primary care. *Br J Gen Pract*, *69*(686), 462-463. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X705437>
- Wang, C., & Crapo, L. M. (1997). The epidemiology of thyroid disease and implications for screening. *Endocrinol Metab Clin North Am*, *26*(1), 189-218. [https://doi.org/10.1016/s0889-8529\(05\)70240-1](https://doi.org/10.1016/s0889-8529(05)70240-1)
- Wassner, A. J. (2017). Pediatric Hypothyroidism: Diagnosis and Treatment. *Paediatr Drugs*, *19*(4), 291-301. <https://doi.org/10.1007/s40272-017-0238-0>

- Williams, F. L., Watson, J., Day, C., Soe, A., Somisetty, S. K., Jackson, L., Velten, E., & Boelen, A. (2017). Thyroid dysfunction in preterm neonates exposed to iodine. *J Perinat Med*, *45*(1), 135-143. <https://doi.org/10.1515/jpm-2016-0141>
- Zala, A., Berhane, T., Juhlin, C. C., Calissendorff, J., & Falhammar, H. (2020). Riedel Thyroiditis. *J Clin Endocrinol Metab*, *105*(9), e3469-e3481. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa468>
- Zaydfudim, V., Feurer, I. D., Griffin, M. R., & Phay, J. E. (2008). The impact of lymph node involvement on survival in patients with papillary and follicular thyroid carcinoma. *Surgery*, *144*(6), 1070-1077; discussion 1077-1078. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2008.08.034>

BÖLÜM 3

BİRİNCİ BASAMAKTA GEBE TAKİBİ

Arş. Gör. Dr. Aslıhan ÇELİK ÇOBAN¹

¹ Gaziantep Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
aslihancelikcoban@gmail.com, Orcid ID:0009-0009-8808-5224

1.BİRİNCİ BASAMAKTA GEBE TAKİBİ

Dünya çapında sağlık hizmetlerinin kalitesini, önemli ölçüde anne ve bebek ölümleri gösterir. Anne ölümü hastanın hamileyken veya gebeliğin sona ermesinden sonraki 42 gün içerisinde, hamileliğin ne kadar sürdüğüne ve yerine bakılmaksızın, hamilelik veya yönetimi ile ilgili veya ağırlaştırılmış herhangi bir nedenden kaynaklanması (kazara veya tesadüfi nedenler hariç) olarak tanımlanır (*Maternal Mortality in 2000, 2004*).

Verilere göre her yıl 300.000' e yakın anne ölümü olduğu bilinmektedir. Tüm anne ölümlerinin yaklaşık %95'i düşük ve düşük orta gelirli ülkelerde meydana gelmiştir (*Maternal Mortality, n.d.*).Türkiye Sağlık İstatistiği. (2022) verilerine göre anne ölümü ülkemizde her 100.000 canlı doğumda 2002 yılında 64, 2016 yılında 14,7, 2022 yılında 12,6 olarak bulunmuştur (*Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Yayınlanmıştır, n.d.*)

DSÖ göre 'Güvenlik Annelik' anne ve bebeğin doğum öncesinde başlayarak tüm gebelik boyunca düzenli bir şekilde takip edilmesi olarak tanımlanmıştır (Say et al., 2014). Türkiye'de Ana ve Çocuk Sağlığı Hizmetleri 1952 yılında planlanmaya başlanmıştır.1961 yılında koruyucu sağlık hizmetleri hayata geçirilmiştir. Bu hizmetler doğrultusunda gebelik risklerinin erken bilinmesiyle anne ve bebek ölümlerini azaltmayı hedeflemektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA 2018) verilerine göre gebelik sırasında sağlık personelinin alınan doğum öncesi bakım oranı 2003 yılında %81, 2008'de %92,2013'te %97, 2018'de %96 olarak bulunmuştur (*Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, n.d.*).Ülkemizde anne ölüm oranının düşmesini düzenli izlemler, sağlık personeli sayısının zamanla artması, hastane doğum ve yenidoğan kliniklerinin güçlendirilmesi, doğumların hastanede yapılması zorunluluğunun getirilmesi, acil hizmetlerin getirilmesi gibi sebeplere bağlayabiliriz.

Klinik rehberlere göre gebelik döneminde dört, lohusa döneminde altı kez izlem yapılması, gerekli durumlarda ise ilgili departmanlara sevklerinin yapılması önerilir (Sağlığı & Müdürlüğü, n.d.).

DSÖ'ye göre birincisi izlemi ilk 14 hafta içinde, ikinci izlemi 18-24 haftada, üçüncü izlemi 28-32 haftada ve dördüncü izlemi 36-38 haftada yapılması gerekmektedir (Sağlığı & Müdürlüğü, n.d.).

İzlemlerde yapılan her şeyin kayıt altında tutulması önemli bir husustur.

1.1.İlk İzlem

Öncelikle izlem, gebe ve varsa yakınları ile uygun iletişim kurmak için doktorun kendini tanıtır uygun beden dilini kullanarak gebe ile yüz yüze konuşmak, gebenin her aşamada soru sorabileceğini belirtmek ve gerekli mahremiyeti sağlayarak başlanmalıdır.

İlk aşamada gebenin tıbbi ve obstetrik öyküsü alınmalıdır (Sağlığı & Müdürlüğü, n.d.).Detaylı kronik hastalık öyküsü alınmalı ve geçirilmiş operasyonlar sorgulanmalıdır.

Soy geçmiş, akraba evliliği, sosyoekonomik durum hakkında bilgi alınmalı, ilaç kullanımı, zararlı madde bağımlılığı ve diğer alışkanlıklar (pika yeme) sorgulanmalıdır.

Obstetrik öykünün de detaylı bir şekilde sorgulanması gerekmektedir (Kaan Kurt et al., 2019). Kişinin geçmiş olduğu kadın hastalıkları, ameliyatlar, gebelik öyküleri ve sonuçları, gördüğü tedaviler sorgulanmalıdır (Sağlığı & Müdürlüğü, n.d.).

Mevcut olan gebelikte 18 yaş altı veya 35 yaş üstü gebe, iki yıldan sık gebelik, yatış gerektiren hiperemesis gravidarum, infertilite sonrası gebelik, anormal pap smear sonucunun olması değerlendirilmesi gerekli olan ve mutlaka kaydedilmesi gereken durumlardır.

Öngörülen doğum tarihi, son adet tarihinin (SAT) ilk gününe bağlı olarak bulunur. Tahmini Doğum Tarihi = SAT -3 ay + 7 (Naegle formülü) gün şeklinde hesaplanmaktadır. Naegle formülü adetleri düzensiz hastalarda doğru sonuç vermeyebilir. Gebe düzenli adet görmesine rağmen SAT bilinmiyorsa gebelik testinin pozitif çıktığı tarih, gebenin gebelikten ilk şüphelendiği tarih, ilk hissedilen fetüs hareketi tarihi, üremeye yardımcı teknikler (ÜYT) kullanılarak gebe kaldıysa embriyo transfer zamanı

kullanılabilir. Ayrıca gebeliğin erken dönemlerinde yapılan ultrasonografi görüntülemesinde yapılan ölçümlerle tahmini gebelik haftası hesaplanabilir (Kaan Kurt et al., 2019).

Gebelikte meydana gelebilen yakınmalardan bazıları; bulantı, kusma, pika, idrara çıkma sıklığında artma, memede hassasiyeti, gastrointestinal yakınmalar, nefes darlığı, bacaklarda kramplar, halsizliktir. Gebelik sürecinde değerlendirilmesi gereken hususlar: vajinal kanama, şiddetli bulantı ve kusma, konvülsiyon, görmede azalma, ateş yükselmesi, karın ağrısı, şiddetli baş ağrısı, solunum güçlüğü, günlük aktivitelerde zorluk, vücutta şişme, bebek hareketlerinde azalma ve su gelmesi şeklinde sıralandırabiliriz (Sağlığı & Müdürlüğü, n.d.).

Ayrıntılı anamnez aldıktan sonra fizik muayeneye geçilir. Fizik muayene esnasında mutlaka gebelik başında gebenin ağırlık ve uzunluğu ölçülmelidir. Vücut kitle indeksi (VKİ) zayıf ve obez olanların diyetisyene başvurması önerilmelidir (Baysoy & Özkan, 2012; Ö et al., 2021).

Tablo 1: Gebelikte VKİ'ne Göre İdeal Kilo Alımı (Sağlığı & Müdürlüğü, n.d.)

Gebelik Öncesi VKİ Vücut Ağırlığı (kg) / Boy ² (m ²)	2.ve 3.Trimesterde Haftada Alınabilecek Kilo	Gebelik Boyunca Alınabilecek Toplam Kilo
Zayıf (<18.5 kg/ m ²)	0.51 (0.44-0.58)	12.5-18
Normal (18.5-24.9 kg/ m ²)	0.42 (0.35-0.50)	11.5-16
Kilolu (25.0-29.9 kg/ m ²)	0.28 (0.23-0.33)	7-11.5
Obez (≥30 kg/ m ²)	0.22 (0.17-0.27)	5-9

Gebenin tansiyonu ölçülmeli, sistolik 140 mmHg ve/veya diastolik 90 mmHg ve üzeri ise gebelikte yüksek tansiyon olarak kabul edilmektedir ve gebe kadın hastalıkları ve doğum uzmanına yönlendirilmelidir. Nabız dakikada 60 atımdan düşük veya dakikada 100 atımdan yüksek olmamalıdır.

Fizik muayene esnasında aneminin değerlendirilmesi için gebenin el tırnakları, konjonktiva ve ağız mukozası kontrol edilmelidir. Belirtilen yerlerde solukluk ile nefes almakta güçlük çekme, hızlı soluk alıp verme, öksürük, yüksek ateş gibi şikayetler ciddi anemi bulguları olabildiği gibi

başka bir hastalığın belirtileri olabilir. Bu durumda gebede göğüs, kalp okültasyonu muayenesi yapılmalı, pretibial ödem bakılmalıdır.

Gebelik haftası ile uterus büyüklüğünün uygumu vajinal muayene ile değerlendirilebilir. Muayene sonrası uterus büyüklüğü ile gestasyonel hafta arasında uyumsuzluk görülürse kadın hastalıkları ve doğum uzmanına sevk edilmelidir. Fetüsün kalp seslerini fetal stetoskop ile 16-20. haftalar arasında, el Doppleri ile ise 10-12. haftalar arasında dinlemek mümkündür. Genellikle 16-20. haftalar arasında fetüsün ilk hareketleri hissedilmeye başlanır. Gebeye bebeğini ilk hissetme zamanını kaydetmesi konusunda bilgi vermek önemlidir. Gebenin 20. haftadan sonra fetüs hareketlerini hissetmemesi tehlikelidir (Sağlığı & Müdürlüğü, n.d.).

Laboratuarda ilk izlemde gebeden tam idrar, tam kan sayımı ve TSH hormon tahlillerine bakılmalıdır. Gebenin kan grubuna bakılmalı, olası Rh uygunsuzluğu açısından araştırılmalıdır (Sağlığı & Müdürlüğü, n.d.).

İdrar tahlili yapılmalı, bakteriüri ve proteinüri açısından değerlendirilmelidir. İlk ve sonraki bütün izlemlerde tam kan sayımına bakılmalıdır. Hemoglobün değeri 11 g/dl altında ise anemi, 9 g/ dl' den düşük ise şiddetli anemi olarak değerlendirilir. Enfeksiyon değerlendirmesi açısından lökosit değeri önemlidir. Gebelikte beyaz küre sayısının 16 bin üzerinde olması, trombosit sayısının 100 binin altında olması durumunda mutlaka nedeni araştırılmalıdır (Sağlığı & Müdürlüğü, n.d.).

Gebenin ilk hamileliği ise gebeden HBsAg, anti-HBc ve anti-HBs test edilmelidir. Sonraki gebelikler için HBsAg bakılması tek başına yeterlidir. Ayrıca gebeden Rubella, HCV, HIV, HSV, Toksoplazma, CMV, klamidya enfeksiyonu testlerine bakılmalıdır (Conners et al., 2023).

Hipertiroidizm ve hipotiroidizminin hamilelik esnasında anne ve çocuk üzerinde olumsuz etkileri vardır. Bu nedenle İlk izlemde mutlaka tiroid fonksiyonlarına bakılmalıdır. TSH değeri ilk trimesterde 0.1-2.5 mIU/L, ikinci trimesterde 0.2-3 mIU/L, son trimesterde 0.3-3 mIU/L aralığında olmalıdır (Luewan et al., 2011).

Pregestasyonel diyabet ve gestasyonel diyabeti olan hamilelerin bebeklerinde malformasyon riski üç ila dört kat artmıştır (Sheffield et al.,

2002). Diyabet riski yüksek olan gebede açlık ve gerekirse tokluk kan şekeri ölçümü yapılmalıdır (Caughey & Turrentine, 2018).İlk izlemde gestasyonel diyabet açısından risk değerlendirmesi yapılmalı ve risk varsa açlık plazma glukozu (APG) ölçülmelidir. APG >126 mg/dl olan gebelerde HbA1c bakılmalıdır. APG değeri 100-125 mg/dl aralığındaysa oral glukoz tolerans testi yapılmalı sonuç negatif ise test bir sonraki trimesterde tekrarlanmalıdır (Çelik, 2019).

Gebeden alınan anamnez ve fizik muayene sonucunda gerekli görülen diğer testler sağlık kuruluşunda yapılamıyorsa gebe bir üst merkeze yönlendirilmelidir.

Gebeler 11.-14. hafta arası ultrasonografi ile ense kalınlığı ölçümü ile kombine test, 16-20. haftalar arası maternal serum alfafetoprotein ile kombine test yapılmamışsa üçlü/ dördlü test, 18-22 haftalar arasında ayrıntılı organ taraması ve anomali taraması için ultrasonografi taramalarına yönlendirilmelidir (Sağlığı & Müdürlüğü, n.d.).

Folik asit perikonseptiyel kullanımda fetal nöral tüp defektlerinin oluşumunu ve nüksünü azaltmaktadır. Folik asit takviyesi, özellikle gebe kalmayı planlayan tüm kadınlar için önerilmektedir. Nöral tüp defektinin önlenmesi amacıyla nöral tüp defekti açısından yüksek riskli gruplarda gebelikten 3 ay evvel yüksek doz (4mg/gün) folik asit başlanır ve gebeliğin 12. haftasına kadar devam edilir (Mills, 2017; Youngblood et al., 2013).Riski bulunmayan gebelerde folik asit dozu 400 mcg olarak ayarlanmalıdır.

Gebede anemi yoksa, gebe 16. gebelik haftasından sonra doğuma kadarki sürede her gün 40-60 mg/gün elementer demir takviyesi kullanılmalıdır. Gebede anemi varsa demir tedavi dozunda başlanmalıdır(Sağlığı & Müdürlüğü, n.d.).

Hamilelik süresince, ciddi D vitamini eksikliği bebeğin sağlığı üzerinde olumsuz etkiler oluşturmaktadır. Özellikle bebeğin iskelet homeostazı etkileyerek konjenital raşitizm ve yenidoğan kırıklarına sebep olduğu bilinmektedir (“ACOG Committee Opinion No. 495: Vitamin D: Screening and Supplementation during Pregnancy,” 2011). Gebeye 12. Haftadan itibaren

günde 1.200 IU (9 damla) D vitamini başlanmalı, D vitaminin önemi ve D vitamini kaynakları anlatılmalıdır.

Gebelikte yapılan aşilar hem anne hem bebeği infeksiyondan korur ve bebeğe ve anneye doğumdan sonrada pasif koruma sağlar. Gebelikte güvenli aşilar, Tetanos (Td), Enflüanza, Hepatit B, Kuduz aşilarıdır. Gebenin Td bağışıklanması sorgulanmalıdır. Bağışıklaması eksik yada yetersiz olan gebelere Td aşı takvimine göre aşiları yapılmalıdır. Geç tespit edilen gebelikte Td ilk dozunu 4.ayda veya ilk izlemde yapılmalı sonraki dozları takvime uygun olarak devam edilmelidir. Gebelikte canlı aşiların fetüsü infekte etme potansiyelinden dolayı kızamık, kızamıkçık, kabakulak, suçiçeği, BCG aşiları önermez. HbsAg negatif olan gebelere Hepatit B aşısı gebelik esnasında yada isteğe bağlı gebelik sonrasında uygulanabilir (Sağlığı & Müdürlüğü, n.d.).

Gebede idrar yolu enfeksiyonu varsa tedavi edilmelidir ve kontrolde hala enfeksiyon varsa bir üst basamağa sevk edilmelidir (Kalineri et al., 2018). Yapılan çalışmalarda gebede tedavi edilmeyen bakteriürinin erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve perinatal mortalite riskini arttırdığı ortaya konmuştur (Kass, 1960; Patterson & Andriole, 1997; Romero et al., 1989; Smaill & Vazquez, 2019). Gebede başka enfeksiyon varsa tedavi edilmeli gerekli durumlarda sevk edilmelidir.

Gebelik sürecinde günlük hayatta fiziksel aktivasyonu, çalışma koşulları, beslenme ve diyeti, ağız diş sağlığı, vücut bakımı, cinsel hayatı nasıl olması gerektiği hakkında bilgi verilmeli, gebelikte bağışıklama, ilaç kullanımı, sigara alışkanlığı, alkol alışkanlığı ve madde bağımlılığı gibi konularda danışmalık yapılmalıdır. Erken müdahale için önemli olan gebelikteki tehlike işaretileri hastaya anlatılmalıdır.

1.2. İkinci İzlem

Gebelikte ikinci izlem 18-24.haftalar (ideal olan 20-22.haftalar) arasında yapılmalıdır. Birinci izlemde kaydedilen bilgiler gözden geçirilmelidir. Sonradan gelişen değişiklikler, şikayetler, yeni hastalık ve yeni tedavi, tehlike işaretileri varsa kaydedilmelidir. Gebeye başlanan demir, D vitamini ve kullandığı diğer ilaçlar, beslenme ve alışkanlıklar sorgulanmalıdır.

Gebeye ilk izlemde yapılan Fizik Muayene tekrarlanmalıdır. Gebenin kilosu, kan basıncı, nabız sayısı ölçülüp kaydedilir. Gebede ödem kontrolü yapılmalıdır. Özellikle yüz ve göz çevresinde ödem varlığı tehlikelidir. Ancak son aylarda hidrostatik basınca bağlı ödem olabileceği bilgilendirmesi yapılmalıdır. Gebeliğin 3. ayından sonra bir mezura yardımıyla simfisis pubisten fundusun tepe noktasına kadar olan kısmının uzunluğu ölçülmelidir. Gebeliğin 16. haftasından sonra ölçülen değer gebelik haftası ile uyumludur. Ölçüm sonucu gebelik haftasına göre 4 cm ve üzeri kadar uyumsuzluk varsa gebe bir üst basamağa sevk edilmelidir. Dolu mesane ve annenin pozisyonu fundus yüksekliğini etkileyebilir. Güvenirliği yüksek olmayan bir yöntemdir ama fikir verebilir. El doppleri veya stetoskopla fetüs kalp sesleri dinlenmelidir. Gebelik haftasına göre olması gereken değer aralığı 120-160/dakika atımdır (Ancel et al., 2019).

Laboratuarda ilk izlemde idrar kültürü alınmadıysa alınmalı, idrar tetkiği ve tam kan sayımı tekrarlanmalıdır. Yine bakılmadıysa gebenin ve eşinin Rh uygunluğuna bakılmalıdır. Eğer anne Rh(-), baba Rh (+) ise gebeden indirekt Coombs testi yapılmalıdır. İndirekt Coombs testi negatif olanlar birinci basamak pozitif olanlar bir üst basamakta takip edilmelidir (*RhD Alloimmunization in Pregnancy: Overview*, n.d.).

18-22. haftalarda fetal anomali taraması, fetal kalp atımı, fetal biyometrik ölçüm, plenta ve amniyon sıvısı değerlendirilmesi için mutlaka obstetrik ultrasonografi önerilmelidir (*Overview of Ultrasound Examination in Obstetrics and Gynecology - UpToDate*, n.d.).14-18. gebelik haftasında üçlü test yapılabilir.

Gestasyonel diyabet (GD) risk grubuna girsin ya da girmesin tüm gebelere 24-28. Gebelik haftasında 75 gram OGTT ile GD açısından taranmalıdır (Çelik, 2019).

Td aşısının birinci ve ikinci dozunun yapılma durumu kontrol edilmelidir. Gebeye danışmanlık yapılması gereken konular tekrarlanmalıdır.

1.3. Üçüncü İzlem

Gebelikte üçüncü izlem 30-32 haftalar arasında yapılmalıdır. İkinci izlemde kaydedilen bilgiler gözden geçirilmelidir. Sonradan gelişen

yakınmalar, yeni hastalık ve yeni tedavi, tehlike işaretleri varsa kaydedilmelidir. Gebeye başlanan demir, D vitamini ve diğer ilaç kullanımı ile beslenme ve alışkanlıklar sorgulanmalıdır (Sağlığı & Müdürlüğü, n.d.).

Birinci izlemdaki fiziksel muayene tekrarlanır, gebenin kilosu, kan basıncı ve nabız sayısı ölçülür ve kaydedilir. Anemi belirtileri, fundus yüksekliği, ödem, varis ve tromboflebit gibi durumlar da incelenir. Özellikle vücudun üst kısmında ödem varsa, preeklampsi açısından değerlendirme yapılmalıdır. Ayrıca meme muayenesi, fetal kalp sesi muayenesi yapılmalı, cinsel yolla bulaşan hastalık belirtileri kontrol edilmelidir.

Laboratuvarda tekrar idrar tahlili ve kan sayımı yapılır. Ayrıca, daha önce bakılmamışsa, gebenin ve eşinin kan grupları da belirlenir. Gebenin semptomlarına bağlı olarak gereken fakat sağlık kuruluşunda yapılamayan tetkikler için üst basamağa yönlendirilmelidir. Gebeye başlanan demir ve D vitamini desteği devam edilmelidir. Td aşısı sorgulanmalıdır.

Rh uygunsuzluğu olan gebeye 28-30 haftalarda 300 mikrogramlık tek bir doz anti-D immün globulin uygulanmalıdır. Eğer bebek Rh (+) olarak doğar ve annede Endirekt Coombs testi negatif ise; doğum sonrası ilk 72 saat içinde doz tekrarlanır (Fung Kee Fung et al., 2003; Silver, 2017).

32. haftadan sonra düzenli aralıklarla non-stres test yapılması önerilir. Potansiyel idrar yolu enfeksiyonu ve diğer enfeksiyonların tedavi planları yapılmalıdır. Gebelik sürecindeki risk işaretleri her takipte vurgulanmalıdır. Gebeye fetus hareketlerinin hissedilmesinin öneminden bahsedilmeli, doğumun nasıl, nerede ve kimler tarafından yapılacağı planlanmalıdır. Sevk edilmesi gereken durumlar bilinmeli ve dikkatli olunmalıdır.

1.4. Dördüncü İzlem

Gebelikte dördüncü izlem 36-38 haftalar arasında yapılmalıdır. Önceki izlemlerde kayıt edilen bilgiler gözden geçirilmelidir. Sonradan gelişen alışkanlıklar, yakınmalar, tehlike işaretleri varsa kayıt edilmeli ve fetal hareket sorgulanmalıdır. Gebenin VKİ bakılır ve hızlı kilo alma konusunda önerilerde bulunulmalıdır.

Fizik muayenede meme ve vajinal muayene yapılır ve pelvik yapıya, servikse ve bebeğin prezante olan kısmına bakılır. Fundus yüksekliği değerlendirilir. Gebelik haftasına göre ölçülen uzunluk 4 cm ve daha fazla farklılık olması durumunda sevk edilmelidir. Leopold manevralarıyla fetüs pozisyonu değerlendirilir.

Leopold Manevraları (Davis et al., 2024);

1.Leopold Manevrası: Fundus kavrama olarak adlandırılan manevrada gebe sırt üstü yatırılır, hafif dizleri bükülür. Muayeneyi yapan kişi her iki eliyle maternal ksifoid processten başlayarak uterus fundusunu palpe eder. Fundus yüksekliği bize gebelik haftası hakkında bilgi verir.

2.Leopold Manevrası: Göbek kavrama olarak adlandırılan ikinci manevrada lateral uterus yüzeyi değerlendirilir. Gebe sırt üstü yatırılır, muayeneyi yapan kişi iki eliyle aynı anda paralel olarak uterus laterallerini palpe eder. Fetusun uzunluğu, sırt, kol ve bacaklarının konumu belirlenir.

3.Leopold Manevrası: Pelvik kavrama olarak adlandırılan manevrada fetusun baş pozisyonu değerlendirilir. Gebe sırt üstü yatırılır, muayeneyi yapan sağ elinin parmaklarını simfizis pubise yerleştirir. Alt uterus segmenti palpe edilir. Uterus sert ve yuvarlak olarak palpe edilirse baş geliş, yumuşak ve düzensiz palpe edilirse makat geliş, değerlendirilemezse yan geliş olma olasılığı vardır.

4.Leopold Manevrası: Bu manevrada alt uterus kısmında hangi mevcut parçanın olduğunu ve fetusun angaje olup olmadığı tespit edilir. Gebe sırt üstü yatırılır. Muayeneyi yapan gebenin başucuna geçer. Her iki elin parmakları uterusun kenarları boyunca pubise doğru hafifçe hareket eder. Pelvik girişte, fetüsün önde gelen kısmının ne kadar yerleştiğini belirlemeye çalışılır. Fetüsün baş kısmı sağa sola hareket ediyorsa henüz yerleşmemiş, hareket ettirilemiyorsa fetüs yerleşmiş yani angaje olmuştur.

Gebeden laboratuvarında tekrar idrar tahlili ve kan sayımı yapılır. Gebeye başlanan demir ve D vitamini desteği devam edilmelidir.

Doğumun hangi hastanede ve kimler tarafından gerçekleştirileceği dikkatlice planlanmalıdır. Anne sütünün önemi ve emzirme hakkında bilgi

verilmelidir. Ayrıca, hangi durumlarda hastanın sevk edilmesi gerektiği bilinmeli ve gerektiğinde tedbir alınmalıdır. Doğum 40 haftalık süreye kadar başlamazsa, sağlık kuruluşuna başvurulması tavsiye edilir.

Sevk edilmesi gereken durumlar (Sağlığı & Müdürlüğü, n.d.):

1. Ciddi anemi bulguları ve Hemoglobinin 7 gr/dl altında ise,
2. Vajinal lekelenme, kanama ve anormal akıntının varlığı,
3. Preeklampsi bulguları, yüksek kan basıncı (140/90 mmHg'den yüksek olması ve başlangıçtaki tansiyon değerlerine göre sistolik 30 mmHg ya da diyastolik 15 mmHg'den fazla artış göstermesi) ve/veya idrarda protein bulunması,
4. Gebenin fetusun hareketlerini algılayamaması ya da el doppleri ile fetal kalp atışlarının duyulamaması,
5. Uterus yüksekliğinin olması gereken haftayla uyumlu olmaması,
6. Tedaviye rağmen bakteriürinin varlığı,
7. İki ölçüm arasında vücut ısısı 38°C'nin üzerindeyse ya da enfeksiyonu düşündüren diğer belirtilerin ve bulguların varlığı,
8. Tehlike işaretlerinin birinin veya birkaçının varlığı,
9. Ciddi karın ağrısı ve/veya peritoneal irritasyon belirtilerinin varlığı,
10. Nefes darlığı, hızlı solunum veya göğüs ağrısı mevcut ise,
11. Şiddetli veya sürekli baş ağrısı, bulanık görme mevcut ise,
12. Baldırda ağrı, kızarıklık veya şişme mevcut ise,
13. Sık idrar kaçırma veya gayta inkontinans varsa,
14. Konvülsiyon mevcut ise,
15. Gebelik sırasında mevcut sistemik hastalıkların varlığı,
16. Çoğul gebelik şüphesi bulunması.

KAYNAKÇA

- ACOG Committee Opinion No. 495: Vitamin D: Screening and supplementation during pregnancy. (2011). *Obstetrics and Gynecology*, 118(1), 197–198. <https://doi.org/10.1097/AOG.0B013E318227F06B>
- Ancel, J., Rault, E., Fernandez, M. P., Huissoud, C., Savidan, A., Gaire, C., Dupont, C., & Rudigoz, R. C. (2019). When can obstetric risk be predicted? *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 48(3), 179–186. <https://doi.org/10.1016/J.JOGOH.2018.12.006>
- Baysoy, N. G., & Özkan, S. (2012). Gebelik öncesi (prekonsepsiyonel) bakım: Halk sağlığı perspektifi. In *Gazi Medical Journal* (Vol. 23, Issue 3, pp. 77–90). <https://doi.org/10.5152/gmj.2012.25>
- Caughey, A. B., & Turrentine, M. (2018). ACOG Practice Bulletin No. 190: Gestational Diabetes Mellitus. *Obstetrics and Gynecology*, 131(2), E49–E64. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002501>
- Çelik, Doç. Dr. Ö. (2019). Gestasyonel Diyabet Tanı ve Tedavisi. *Klinik Tıp Bilimleri*, 7(3), 24–27. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ktb/issue/47551/600081>
- Connors, E. E., Panagiotakopoulos, L., Hofmeister, M. G., Spradling, P. R., Hagan, L. M., Harris, A. M., Rogers-Brown, J. S., Wester, C., & Nelson, N. P. (2023). Screening and Testing for Hepatitis B Virus Infection: CDC Recommendations — United States, 2023. *MMWR. Recommendations and Reports*, 72(1), 1–25. <https://doi.org/10.15585/MMWR.RR7201A1>
- Davis, J. W., Forman, D., Jackson, L. S. M., Davis, J. W., Garau, J., O'Dwyer, D. N., Vedes, E., Abuella, G., Cecconi, M., Greller, H. A., McNutt, M. K., Kozar, R. A., Cerdá, J., Davenport, A., Dhand, A., & Wormser, G. P. (2024). Leopold Maneuvers. *Encyclopedia of Intensive Care Medicine*, 1329–1329. https://doi.org/10.1007/978-3-642-00418-6_3190
- Fung Kee Fung, K., Eason, E., Crane, J., Armson, A., De La Ronde, S., Farine, D., Keenan-Lindsay, L., Leduc, L., Reid, G. J., Aerde, J. Van, Wilson, R. D., Davies, G., Désilets, V. A., Summers, A., Wyatt, P., & Young, D. C. (2003). Prevention of Rh alloimmunization. *Journal of*

- Obstetrics and Gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et Gynecologie Du Canada : JOGC*, 25(9), 765–773.
[https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)31006-4](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)31006-4)
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (n.d.). Retrieved October 21, 2024, from
https://hips.hacettepe.edu.tr/tr/2018_turkiye_nufus_ve_saglik_arastir_masi-55
- Kaan Kurt, A., Set, T., Ateş, E., Hekimliği Anabilim Dalı, A., & Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, K. (2019). Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ile Gebelik Tanısı ve Takibi Arasındaki İlişki Turan Set Elif Ateş. *Euras J Fam Med*, 8(4), 175–181.
<https://doi.org/10.33880/ejfm.2019080405>
- Kalinderi, K., Delkos, D., Kalinderis, M., Athanasiadis, A., & Kalogiannidis, I. (2018). Urinary tract infection during pregnancy: current concepts on a common multifaceted problem. *Journal of Obstetrics and Gynaecology: The Journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 38(4), 448–453.
<https://doi.org/10.1080/01443615.2017.1370579>
- Kass, E. H. (1960). Bacteriuria and pyelonephritis of pregnancy. *Archives of Internal Medicine*, 105(2), 194–198.
<https://doi.org/10.1001/ARCHINTE.1960.00270140016003>
- Luewan, S., Chakkabut, P., & Tongsong, T. (2011). Outcomes of pregnancy complicated with hyperthyroidism: a cohort study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 283(2), 243–247.
<https://doi.org/10.1007/S00404-010-1362-Z>
- Maternal mortality*. (n.d.). Retrieved October 21, 2024, from
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Maternal Mortality in 2000*. (2004).
- Mills, J. L. (2017). Strategies for Preventing Folate-Related Neural Tube Defects: Supplements, Fortified Foods, or Both? *JAMA*, 317(2), 144.
<https://doi.org/10.1001/JAMA.2016.19894>
- Ö, K., Grubundaki Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Sıklığı ve Etkileyen Faktörleri Belirleme, Y., & Hizmetin Uygunluğunu Değerlendirme Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, V. (2021). 15-49 YAŞ GRUBUNDAKİ KADINLARIN DOĞUM

ÖNCESİ BAKIM ALMA SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİ BELİRLEME, VERİLEN HİZMETİN UYGUNLUĞUNU DEĞERLENDİRME. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(4), 520–530. <https://doi.org/10.17049/ATAUNIHEM.767194>

Overview of ultrasound examination in obstetrics and gynecology - UpToDate. (n.d.). Retrieved October 21, 2024, from https://www.uptodate.com/contents/overview-of-ultrasound-examination-in-obstetrics-and-gynecology?search=Overview%20of%20ultrasound%20examination%20in%20obstetrics%20and%20gynecology&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1

Patterson, T. F., & Andriole, V. T. (1997). Detection, significance, and therapy of bacteriuria in pregnancy. Update in the managed health care era. *Infectious Disease Clinics of North America*, 11(3), 593–608. [https://doi.org/10.1016/S0891-5520\(05\)70375-5](https://doi.org/10.1016/S0891-5520(05)70375-5)

RhD alloimmunization in pregnancy: Overview. (n.d.). Retrieved October 21, 2024, from <https://medilib.ir/uptodate/show/6820>

Romero, R., Oyarzun, E., Mazor, M., Sirtori, M., Hobbins, J. C., & Bracken, M. (1989). Meta-analysis of the relationship between asymptomatic bacteriuria and preterm delivery/low birth weight. *Obstetrics and Gynecology*, 73(4), 576–582. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2927852/>

Sağlığı, H., & Müdürlüğü, G. (n.d.). *DOĞUM ÖNCESİ BAKIM YÖNETİM REHBERİ*. Retrieved October 21, 2024, from www.sistemofset.com.tr

Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Yayınlanmıştır. (n.d.). Retrieved October 21, 2024, from <https://erisilebilir.saglik.gov.tr/TR-103184/saglik-istatistikleri-yilligi-2022-yayinlanmistir.html>

Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A. B., Daniels, J., Gülmezoglu, A. M., Temmerman, M., & Alkema, L. (2014). Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet. Global Health*, 2(6). [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X)

Sheffield, J. S., Butler-Koster, E. L., Casey, B. M., McIntire, D. D., & Leveno, K. J. (2002). Maternal diabetes mellitus and infant

- malformations. *Obstetrics and Gynecology*, 100(5), 925–930. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(02\)02242-1](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(02)02242-1)
- Silver, R. M. (2017). Practice Bulletin No. 181: Prevention of Rh D Alloimmunization. *Obstetrics and Gynecology*, 130(2), E57–E70. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002232>
- Smail, F. M., & Vazquez, J. C. (2019). Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000490.PUB4>
- Youngblood, M. E., Williamson, R., Bell, K. N., Johnson, Q., Kancherla, V., & Oakley, G. P. (2013). 2012 Update on global prevention of folic acid-preventable spina bifida and anencephaly. *Birth Defects Research. Part A, Clinical and Molecular Teratology*, 97(10), 658–663. <https://doi.org/10.1002/BDRA.23166>

BÖLÜM 4

DURUM BİLDİRİR TEK HEKİM RAPORU

Arş. Gör. Dr. Tuba ARSLAN¹

¹ Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği, Gaziantep, Türkiye.
tuba115arslan@gmail.com, Orcid ID: 0000-0003-1407-6623

DURUM BİLDİRİR TEK HEKİM RAPORU

Hekimler tarafından düzenlenen raporlar, düzenleyen hekim sayısına tek hekim ve birden fazla hekimin düzenlediği raporlar olmak üzere iki şekilde oluşturulabilmektedir. Tek bir doktorun kendi yetki alanı içerisinde tek başına sağlık raporu düzenleyebilmesi mümkündür. ‘30.09.2019 tarihli Sağlık Raporları Usul ve Esasları Hakkında Yönerge’nin (SRY) 4.maddesinin 1.fıkrasının (s) bendinde’ tek hekim raporları ‘Kişilerin sağlık durumları hakkında kararın tek hekim tarafından verildiği raporlar’ olarak düzenlenmiştir(Zeynep & Özkan, n.d.).

Tek hekim tarafından doldurulan durum raporlarında, bireyin sağlık durumuyla ilgili veriler tek bir doktor tarafından gerçekleştirilen muayene sonucu oluşturulmaktadır. Bu raporlar, raporu talep eden kurumun kriterlerine veya kişinin sağlık durumuna göre, tek bir uzman hekimin muayenesinin yeterli olduğu raporlardır (*Sağlık Durumu Bildirim Raporu Nedir? - Satem Mobil Sağlık*, n.d.).

Tek hekim tarafından sunulan bu rapor, kişinin sağlık durumu hakkında temel başlıklar altında yapılan bir değerlendirmenin sonucunu içerir(*Durum Bildirir Raporu Nedir? – Ne İşe Yarar? 2023 - Personel Sağlık Personeli NET*, n.d.).

Durum bildirir tek hekim raporu, kişinin etkinliklere katılıp katılamayacağı veya askeri kurumların faaliyetlerine katılıp katılamayacağı gibi durumlara ilişkin olası riskler de raporda yer alır (*Durum Bildirir Raporu Nedir? – Ne İşe Yarar? 2023 - Personel Sağlık Personeli NET*, n.d.).

Doktor, başvuru sahibinin sağlık durumunu inceledikten sonra herhangi bir şüphe belirtisi görüyorsa, tek hekim durum bildirir raporu olumsuz bir değerlendirmeyle sonuçlanabilir. Ayrıca, hastayı ilgili branşlara yönlendirebilir ve hekimin yönlendirdiği branşlar tarafından yapılan muayene sonucunda elde edilen kanaat netleşir ve rapor düzenleme aşaması sonlandırılır (*Durum Bildirir Raporu Nedir? – Ne İşe Yarar? 2023 - Personel Sağlık Personeli NET*, n.d.). ‘Kişinin sağlık durumunda bir değişiklik olmadığı sürece, tek hekim raporları 1 yıl süreyle geçerli olacak ve e-devlet üzerinden indirilebilecek’ ifadesi ile 1 Ekim 2019 tarihli sağlık raporları yönergesinde

rapor geçerlilik süresi düzenlenmiştir (SAĞLIK RAPORLARI USUL VE ESASLARI HAKKINDA YÖNERGE, 2019).

Durum bildirir raporu, birinci basamak sağlık kuruluşlarının yanı sıra ikinci basamaktaki devlet hastaneleri ve eğitim araştırma hastanelerinden de temin edilebilir. Hastanelerde görev yapan tüm doktorlar, durum bildirir raporu düzenleyebilmektedir (*Durum Bildirir Raporu Nedir? – Ne İşe Yarar? 2023 - Personel Sağlık Personeli NET, n.d.*).

E-23642684-458.99-217597212 sayılı “Sağlık Raporları Hakkında Uyulması Gerekli Kurallar”da geçen ‘*e-Rapor sisteminde durum bildirir tek hekim sağlık rapor modülü ile durum bildirir sağlık kurul modülü entegrasyonu tamamlanmıştır. Bu kapsamda aile hekimlerince iki hekime kadar yapılan durum bildirir sağlık rapor sevklerinde her bir branş hekiminin e-Rapor tek hekim sağlık raporu modülü üzerinde kararını vererek süreci tamamlaması gerekmektedir. Aile hekimince üç veya üzeri branşa sevklerde ise kişinin doğrudan sağlık kuruluna kabul edilmesi ve sürecin e-Rapor durum bildirir sağlık kurulu modülü üzerinden tamamlanması gerekmektedir. Ayrıca aile hekimince bir veya iki branşa yapılan sevklerde sevk edilen branşlarca ilave uzmanlık branşına sevk yapılması ve bu branş sayısının kendileri dahil üç ve üzeri olması halinde işlemin e-Rapor durum bildirir sağlık kurulu modülü üzerinden tamamlanması gerekmektedir.*’ ifadeleri ile tek hekim durum bildirir raporlarının sevki düzenlenmiştir(Sağlık Raporları Hakkında Uyulması Gerekli Kurallar, 2023) .

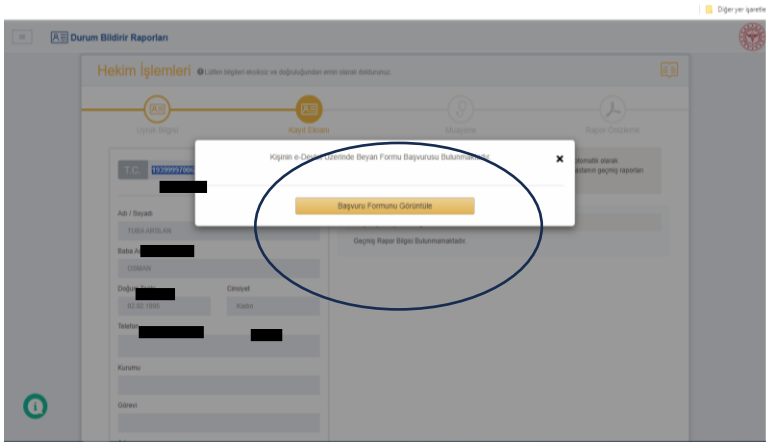
Durum Bildirir Tek Hekim Sağlık Raporu temin etmek için birinci basamak sağlık hizmet sunucularına başvuracak kişilerin, ilk önce aile sağlığı merkezlerinden ve toplum sağlığı merkezlerinden ya da www.thsk.gov.tr adresinden Ek-7’de bulunan, “Kişisel Sağlık Bilgi Formu” nu doldurmaları gerekmektedir. Vatandaşın bu formda sağlık durumu ile ilgili bilgilerin olduğu kısımları doldurup imzalamalıdır. Başvuru yapan kişi 18 yaştan küçük ise form, yasal temsilcileri tarafından imzalanacaktır. Rapor düzenlenmesi için başvuran vatandaşları muayeneleri “Kişisel Sağlık Bilgi Formu”nu imzalamaları sonrası gerçekleştirilmektedir (SAĞLIK RAPORLARINA İLİŞKİN USUL VE ESASLAR, 2017).

Tek hekim durum bildirir raporu düzenlemek için “e-Rapor İşlemleri” sekmesinden “Durum Bildirir Tek Hekim Sağlık Raporu” seçilir.

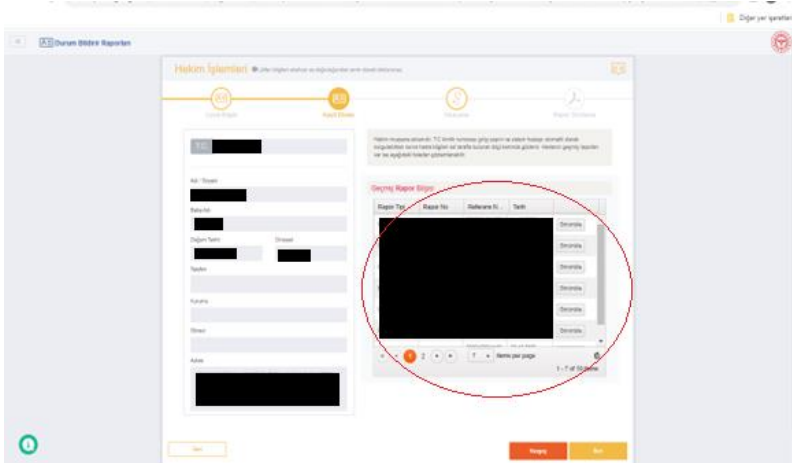
1.1 Kayıt ekranı

Ekrandaki sayfadan uyruk bilgisi seçilir ve devam etmek için “İleri” butonuna basılır.

Akli meleke raporu almak için başvuran bireyin T.C. Kimlik Numarası kısmı doldurulur ve “İleri” butonuna basılır.



Resim 1



Resim 2

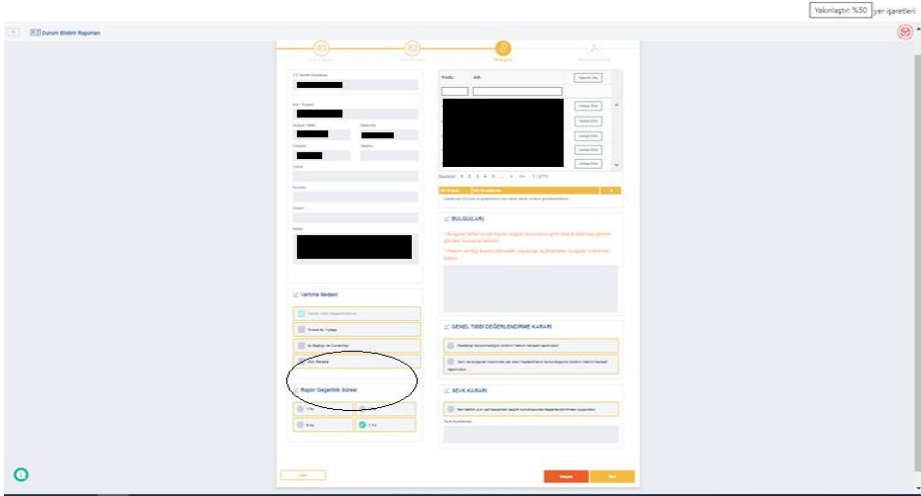
İleri butonuna basıldığında çıkan ekrandan kişinin Kişisel Sağlık Bilgi Formu, başvuru formunu görüntüle butonuna basılarak görüntülenir.

Başvuran kişinin sosyodemografik verileri otomatik olarak ekrana yansır. Telefon, Kurum, Görev ve Adres ise doktor tarafından girilir.

Resim

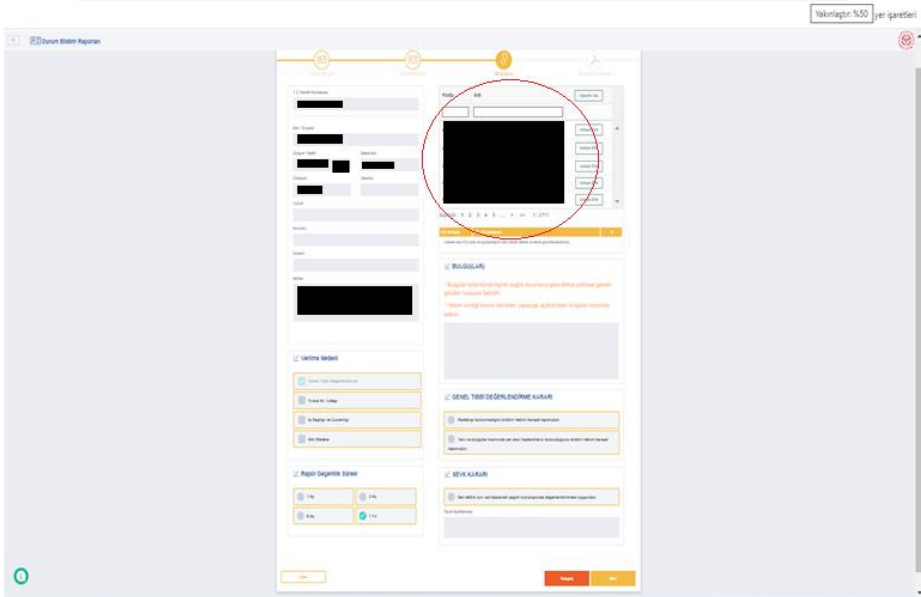
Başvuran kişinin geçmiş raporları mevcut ise “Geçmiş Rapor Bilgisi” kısmında görüntülenir. İlerlemek amacıyla “İleri” butonu tıklanır, muayene ekranına geçilir. “Vazgeç” butonuna tıklanarak “Doktor Rapor Listeleme” ekranı görüntülenir.

1.2. Muayene Ekranı



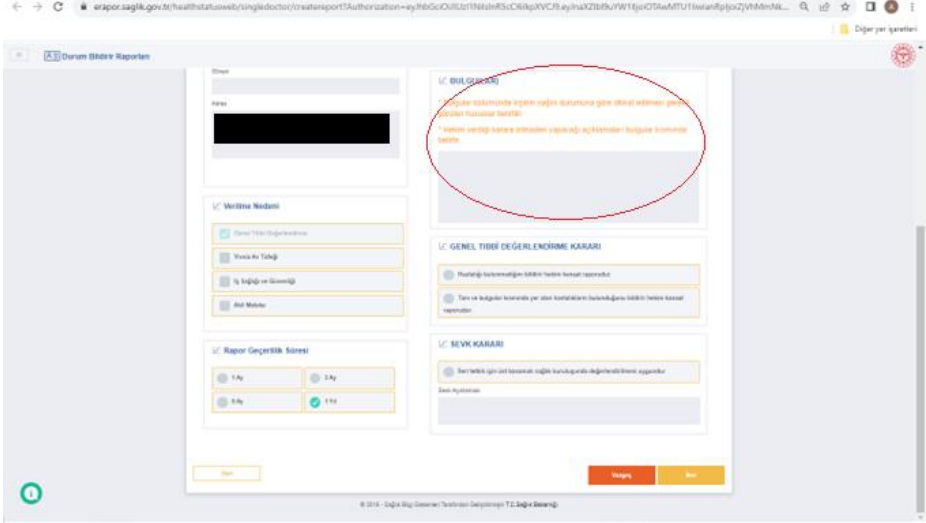
Resim 4

Muayene ekranının sol tarafında raporu talep eden bireyin kimlik bilgileri görülmektedir. Ekranın sol alt tarafında verilme sebebi “Genel Tıbbi Değerlendirme” ve geçerlilik süresi “1 yıl” sistem üzerinde otomatik olarak seçilir.



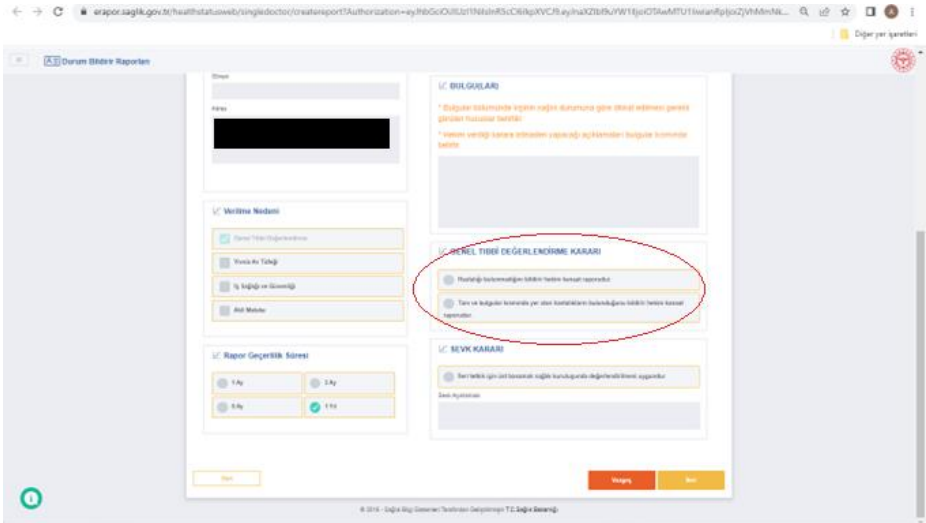
Resim 5

Ekranın sağ tarafından başvuran kişinin tanısı var ise ICD-10 kodu seçilir, seçilmiş tanıların açıklamaları, otomatik olarak ekranda görüntülenmektedir.



Resim 6

Bulgular bölümünde hekim verdiği karara istinaden yapacağı açıklamaları belirtir.



Resim 7

Daha sonra Genel Tıbbi Değerlendirme Kararı bölümünde ‘Hastalığı bulunmadığını bildirir hekim kanaat raporudur’ ve ‘Tanı ve bulgular kısmında yer alan hastalıkların bulunduğunu bildirir hekim kanaat raporudur’ seçeneklerinden biri seçilir.

Resim 8

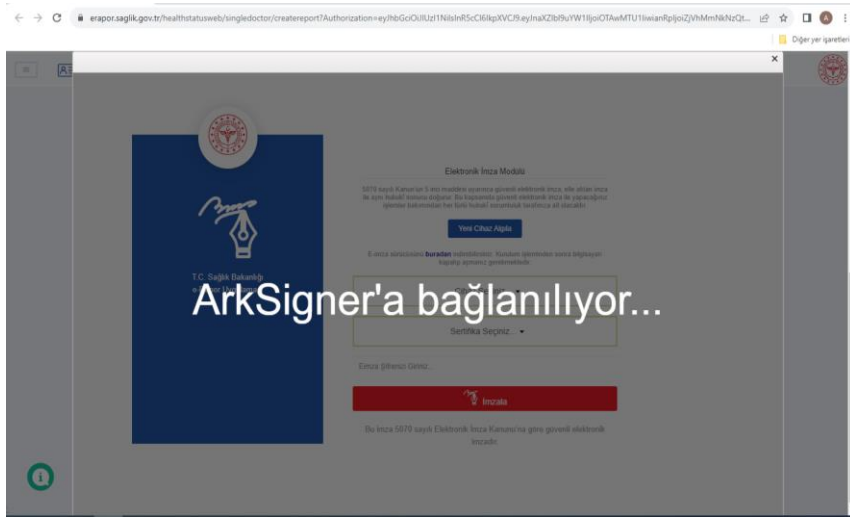
İleri tetkik sebebiyle üst basamak kuruluşlarda değerlendirilmesine gerek görüldüyse sevk kararı bölümünde ‘İleri tetkik için üst basamak sağlık kuruluşunda değerlendirilmesi uygundur’ işaretlenerek sevk edilecek klinik seçilir ve sevk açıklaması yazılır ve bireyin bağlı bulunduğu aile hekiminin olduğu il ya da ilçe sınırları içerisindeki sağlık kuruluşuna sevk edilir. Vatandaş hastaneye muayene amacıyla başvurduğunda, kendisini aile hekiminin yönlendirdiğini belirtmelidir.

Resim 9

İleri tetkik için üst basamak sağlık kuruluşunda değerlendirilmesine gerek görülmediyse sevk kararı bölümünde işaretleme yapılmadan “İleri” butonuna basılarak rapor ön izleme sayfasına geçilir.

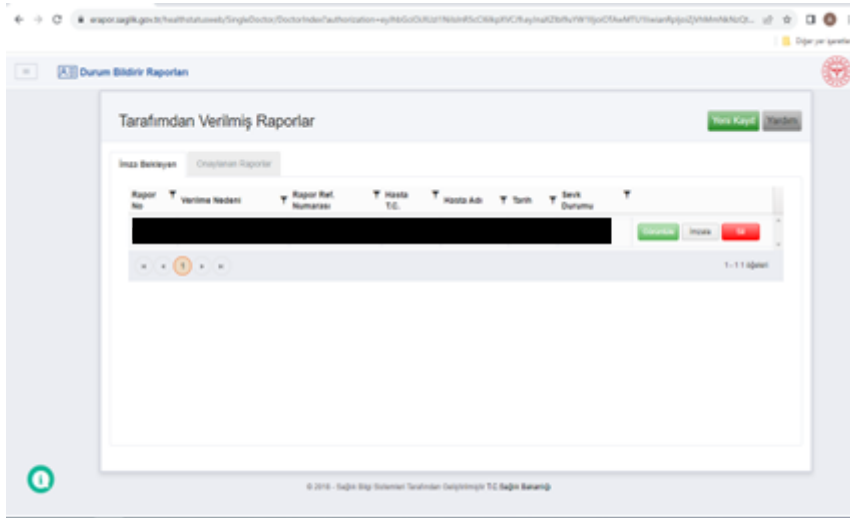
Resim 10

Çıkan ekrandan raporun imzasız şekli görüntülenir ve ekranın sol alt kısmında imzala butona basılarak e-imzalama işlemine geçilir.



Resim 11

E-imza seçilip şifre girildikten sonra “İmzala” butonuna basılarak rapor verme işlemi tamamlanır.



Resim 12

Tarafımdan verilmiş raporlar sayfasından eski raporlar görüntülenebilir, imzalanmamış raporlar imzalanabilir ve silinmesi istenen raporlar silinebilir.

KAYNAKÇA

- Durum Bildirir Raporu Nedir? – Ne İşe Yarar? 2023 - Personel Sağlık Personeli NET. (n.d.). Retrieved October 20, 2024, from <https://www.saglikpersonelihaber.net/durum-bildirir-raporu-nedir-ne-ise-yarar-2023>
- Özkan, Z. A. (2021) Hekim Raporlarının Türleri Ve Düzenlenmesi, Yaşar Hukuk Dergisi,3(1), 4-54.
- Sağlık Durumu Bildirim Raporu Nedir? - Satem Mobil Sağlık. (n.d.). Retrieved October 20, 2024, from <https://satemmobil saglik.com/saglik-durumu-bildirim-raporu-nedir>
- Sağlık Personeli Haber.net. (2022). Durum Bildirir Raporu Nedir? – Ne İşe Yarar? 2023 Erişim adresi: <https://www.saglikpersonelihaber.net/durum-bildirir-raporu-nedir-ne-ise-yarar-2023>
- Sağlık Raporları Hakkında Uyulması Gerekli Kurallar. (2023). [saglik-raporlari-usul-ve-esaslari-hakkinda-uyulmasi-gerekli-kurallar](https://www.saglik-raporlari-usul-ve-esaslari-hakkinda-uyulmasi-gerekli-kurallar)
- SAĞLIK RAPORLARI USUL VE ESASLARI HAKKINDA YÖNERGE. (2019). [saglik-raporlari-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge-10102020-ve-09092021-degisiklikleri-islenmis](https://www.saglik-raporlari-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge-10102020-ve-09092021-degisiklikleri-islenmis).
- SAĞLIK RAPORLARINA İLİŞKİN USUL VE ESASLAR. (2017).
- SATEM. (t.y.) Sağlık Durumu Bildirim Raporu Nedir?. Erişim adresi: <https://satemmobil saglik.com/saglik-durumu-bildirim-raporu-nedir>
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (14.06.2023) Sağlık Raporları Hakkında Uyulması Gerekli Kurallar, Sayı: E-23642684-458.99-217597212 Erişim adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/45882/0/saglik-raporlari-usul-ve-esaslari-hakkinda-uyulmasi-gerekli-kurallar>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2017) Sağlık Raporlarına İlişkin Usul ve Esaslar. Erişim adresi: <https://khgmstokyonetimdb.saglik.gov.tr/Eklenti/9832/0/saglik-raporlari-usul-ve-esaslari-hakkinda-uyulmasi-gerekli-kurallar>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (30.09.2019) Sağlık Raporları Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge, Erişim adresi: <https://shgmsgudb.saglik.gov.tr/Eklenti/41694/0/saglik-raporlari-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge>

ve-esaslari-hakkinda-yonerge-10102020-ve-09092021-degisiklikleri-
islenmis.pdf

Zeynep, A. G., & Özkan, A. (n.d.). *HEKİM RAPORLARININ TÜRLERİ VE DÜZENLENMESİ*. Retrieved October 20, 2024, from <https://sozluk.gov.tr/?q=hekim&aranan=>

BÖLÜM 5
AKLİ MELEKE RAPORU
Arş. Gör. Dr. Tuba ARSLAN¹

¹ Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği, Gaziantep, Türkiye.
tuba115arslan@gmail.com, Orcid ID: 0000-0003-1407-6623

AKLI MELEKE RAPORU

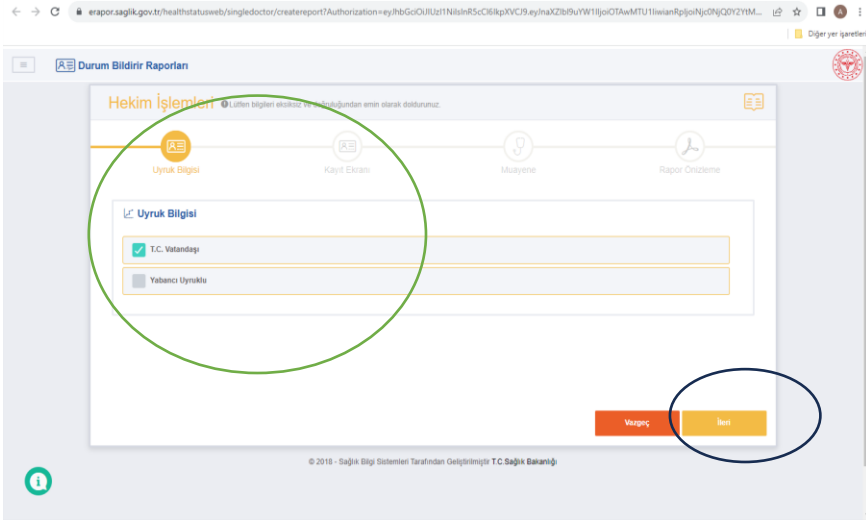
Türkiye'de, bireylerin ayırt etme gücü ve yasal işlem yapma yeteneği ile ilgili olan akli meleke raporları doktorlar tarafından oluşturulmaktadır(Üniversitesi Tıp Fakültesi et al., 2022). Akli meleke raporları yasalarla düzenlenmiştir. '1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 13. Maddesi' ile doktorların; kişinin ayırt etme yeteneğini, bilişsel işlevlerini (bellek, oryantasyon, zihinsel fonksiyon), davranış biçimlerini ve vücut sağlığını belirleyerek, kişiye ilişkin sağlık raporu düzenlemeye yetkisi bulunmaktadır. Pratisyen ya da aile hekimi gerekli gördüğünde, hastayı ilgili uzmanlık alanına yönlendirerek, uzman doktor tarafından kararlaştırılıp raporun oluşturulmasını isteyebilir(Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (*), n.d.).

Noterlik Kanunu Yönetmeliği' nde '*Noterin ilgilinin yeteneği hakkında bir kanı sahibi olması gereklidir. Temyiz kudretine sahip bulunan ve işlemin niteliğine göre gerekli yaşa girdiği anlaşılan herkes hukuki işlemleri yapmaya ehil olup, bu yaş resmi belge ile saptanır. Tanık veya kanı ile yaş tespit edilemez. İlgilinin yaşlılık, hastalık veya dış görünüşü itibariyle yeteneğinden şüphe edilmesi veya bu konuda ihbar ve şayet bulunması hallerinde temyiz kudretinin varlığı doktor raporu ile saptanır. Bu takdirde metnin içinde tarih ve numarası ile rapordan bahsedilir, raporun aslı işlemin noterde kalan nüshasına eklenir. Hukuki işlerin belgelendirilmesi anında ilgili iradesini serbestçe ve kendi isteğine uygun olarak beyan etmelidir. Beyanın tam ve eksiksiz olarak yazılması gereklidir. Yapılan işlemin niteliğine göre gerekli soruların sorularak işlemin sonucu hakkında ilgiliye açıklama yapılması gereklidir.*' şeklinde ifade edilmektedir(Mevzuat Bilgi Sistemi, n.d.).

Sağlık Raporları Usul ve Esasları Hakkında Yönerge' sine göre birinci basamak sağlık hizmet sunucuları, üniversite hastaneleri, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler, diğer kamu kurumlarına ait sağlık kurum ve kuruluşları tarafından oluşturulabilmekte(SOSYAL GÜVENLİK UYGULAMALARI DAİRESİ BAŞKANLIĞI, n.d.). '*İstemde bulunanların fiil ehliyetinin bulunup bulunmadığı araştırılır. Müdürlük, istem sahibinin ifade, tavır ve davranışlarından fiil ehliyetinin bulunup bulunmadığı hususunda şüpheye düşerse resmî veya özel sağlık kuruluşundan ilgilinin ayırt etme gücüne sahip olup olmadığı hakkında*

fotoğraflı sağlık raporu ister. Raporun tarihi ve numarası resmi senet veya istem belgesi içeriğinde belirtilir ve raporun aslı işlem dosyasında saklanır.’ ibaresi ile tasarruf yetkisinin belirlenmesi Tapu Sicili Tüzüğü’nün 19. maddesinde düzenlenmiştir(Kurulu & Tarihi, n.d.).

Akli meleke raporu için başvuran vatandaşların öncelikle e-devlet sisteminden “**Kişisel Sağlık Bilgi Formu**” nu doldurması gerekmektedir. Akli meleke raporu düzenlemek için “*e-Rapor İşlemleri*” sekmesinden “Durum Bildirir Tek Hekim Sağlık Raporu” seçilir.

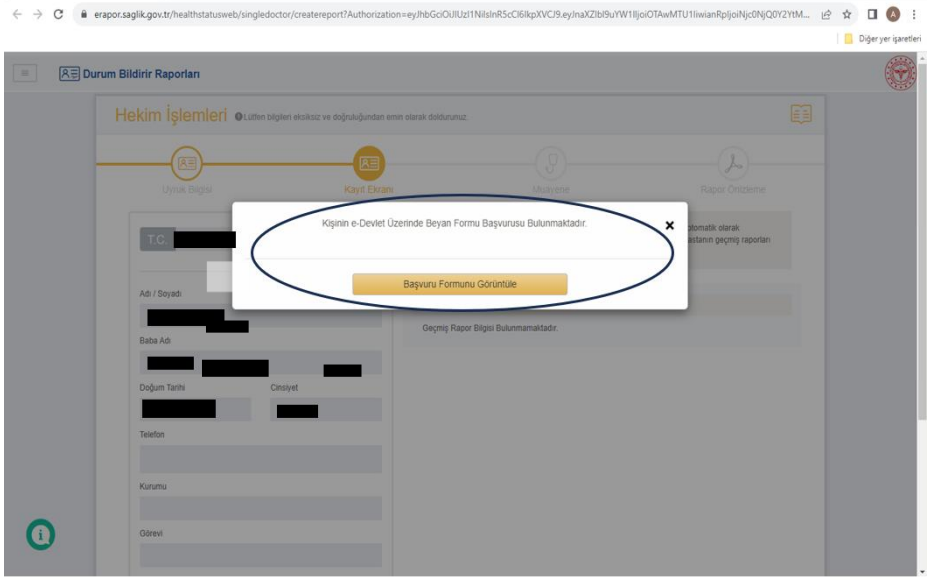


Resim 1

Ekrandaki sayfadan uyruk bilgisi seçilir ve devam etmek için “İleri” butonuna basılır.

1.1. Kayıt Ekranı

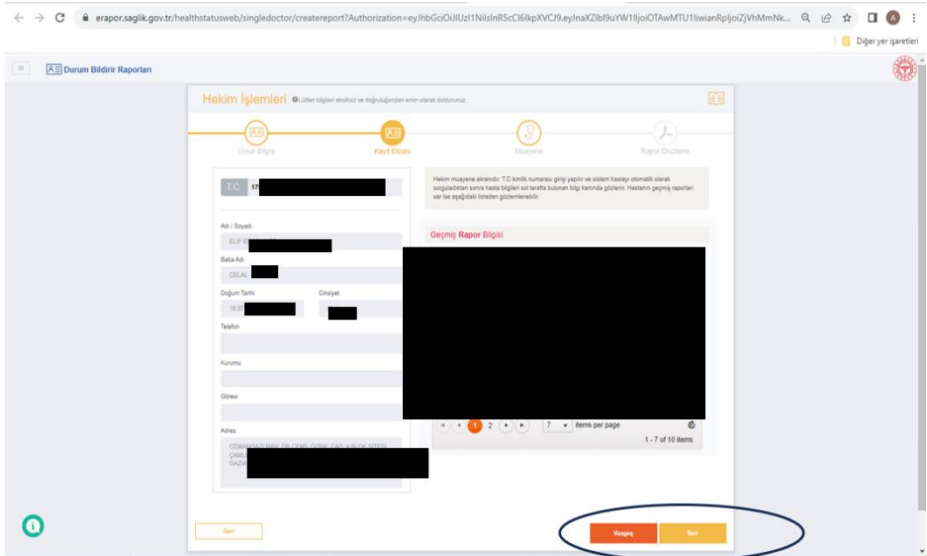
Akli meleke raporu talep eden bireyin T.C. Kimlik Numarası girilerek “İleri” butonuna basılır.



Resim 2

İleri butonuna basıldığında çıkan ekrandan kişinin Kişisel Sağlık Bilgi Formu, başvuru formunu görüntüle butonuna basılarak görüntülenir.

Vatandaşın sosyodemografik bilgileri otomatik olarak ekranda görülür. Telefon, Kurum, Görev ve Adres bilgileri doktor tarafından girilir.



Resim 3

Başvuran kişiye ait daha önce verilmiş raporlar mevcut ise “Geçmiş Rapor Bilgisi” kısmında listelenir. Devam etmek amacıyla “İleri” butonuna seçiler “Muayene Ekranı”na geçilir. “Vazgeç” butonu seçilerek “Doktor Rapor Listeleme” ekranı görülür.

1.2. Muayene Ekranı

Resim 4

Muayene ekranının sol tarafında raporu talep eden bireyin kimlik bilgileri görüntülenmektedir. Ekranın sol alt tarafında verilme sebebi “Akli Meleke” olarak seçilmelidir. Verilme nedeni “Akli Meleke” seçildikten sonra rapor geçerlilik süresi “24 saat” olarak sistem üzerinden otomatik olarak seçilir.

Hekim İşlemleri Lütfen bilgileri eksiksiz ve doğru olduğundan emin olarak doldurunuz.

Uyruk Bilgisi Kayıt Ekranı Muayene Rapor Onizleme

T.C Kimlik Numarası: [Redacted]

Adı / Soyadı: [Redacted]

Doğum Tarihi: [Redacted] Baba Adı: [Redacted]

Cinsiyet: [Redacted] Telefon: [Redacted]

Uyruk: [Redacted]

Kurumu: [Redacted]

Görevi: [Redacted]

Adres: [Redacted]

Kodu	Adı	Açıklama Seç
A00.0	KOLERA, VIBRIO CHOLERA 01, BİOVAR KOLERA'YA BAĞLI	Listeye Ekle
A00.1	KOLERA, VIBRIO CHOLERA 01, BİOVAR ELTORA BAĞLI	Listeye Ekle
A00.9	KOLERA, TANIMLANMAMIŞ	Listeye Ekle
A01.0	DISENTERYE	Listeye Ekle
A01.1	PARATİFO A	Listeye Ekle

Sayfalar: 1 2 3 4 5 ... >> 1 / 2711

ICD 10 Kodu ICD 10 Açıklaması

BULGU(LAR)

Bulgular bölümünde kişinin sağlık durumuna göre dikkat edilerek girilmelidir.

Resim 5

Ekranın sağ tarafından başvuran kişinin tanısı varsa ICD-10 kodu seçilir, seçilen tanıların açıklamaları sistem aracılığıyla otomatik olarak ekranda görüntülenir. Bulgular bölümünde hekim verdiği karara istinaden yapacağı açıklamaları belirtir.

Durum Bildirir Raporları

Verilme Nedeni

Genel Tıbbi Değerlendirme

Yalnızca Tanı İçin

Tanı İçin ve İzleme İçin

Akıl Melekeliyeti

Rapor Geçerlilik Süresi

1 Ay

3 Ay

6 Ay

1 Yıl

24 Saat

GENEL TIBBİ DEĞERLENDİRME KARARI

Hastalığı buldurulmuş olması halinde hastayı koruyabilir

Tanı ve bulgular kısmında yer alan hastalıkların buldurulmuş olması halinde hastayı koruyabilir

SEVK KARARI

Hastanın başka bir uzmanla görüşmesi için hastayı yönlendirebilir

Tanı Açıklaması

AKLI MELEKE KARARI

Hastanın hastalığına ilişkin kararını alabilir, akıl melekeliyetindedir.

Hastanın hastalığına ilişkin kararını alabilir, akıl melekeliyetindedir.

© 2019 - Sağlık Bilgi Sistemleri Teatrisinden Geleceğinizi T.C. Sağlık Bakanlığı

Resim 6

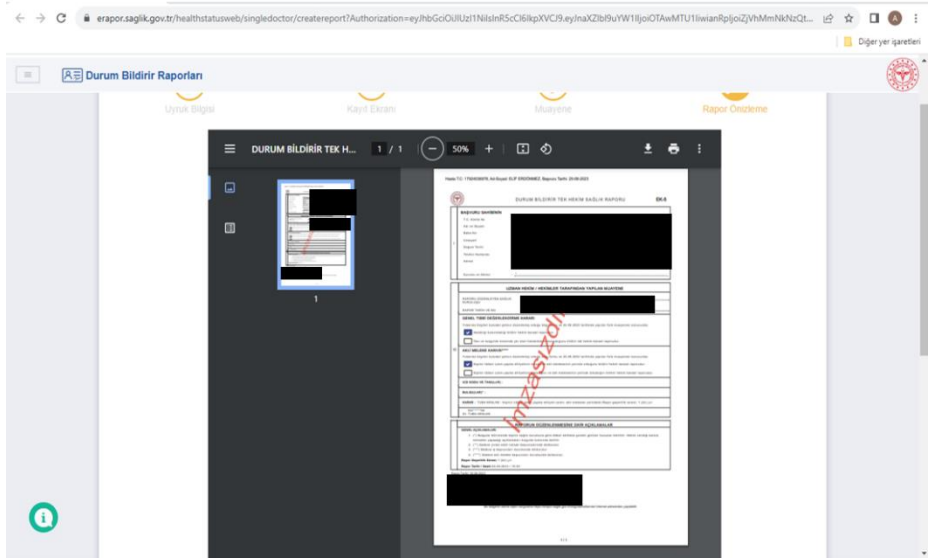
Daha sonra “Genel Tıbbi Değerlendirme Kararı” başlığı altında ‘Hastalığı bulunmadığını bildirir hekim kanaat raporudur’ ya da ‘Tanı ve bulgular kısmında yer alan hastalıkların bulunduğunu bildirir hekim kanaat raporudur’ seçeneklerinden biri seçilir.

Resim 7

İleri tetkik sebebiyle üst basamak kuruluşlarda değerlendirilmesi gereklyse “Sevk Kararı” bölümünde ‘İleri tetkik için üst basamak sağlık kuruluşunda değerlendirilmesi uygundur’ işaretlenerek sevk edilecek klinik seçilir ve sevk açıklaması yazılır.

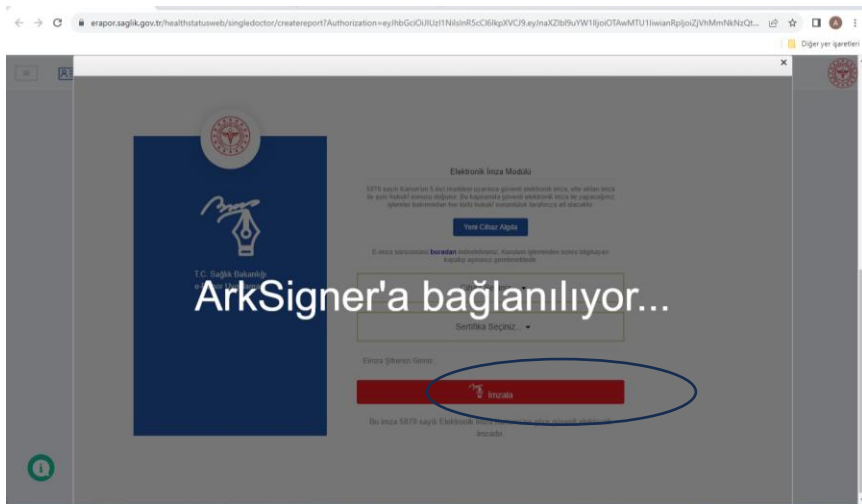
Resim 8

“Akli Meleke Kararı” bölümünde “Kişinin tıbben işlem yapma ehliyeti vardır, akli melekesi yerindedir” ya da “Kişinin tıbben işlem yapma ehliyeti yoktur, akli melekesi yerinde değildir.” seçeneklerinden birisi seçilir, “İleri” butonuna basılarak rapor ön izleme sayfasına geçilir.



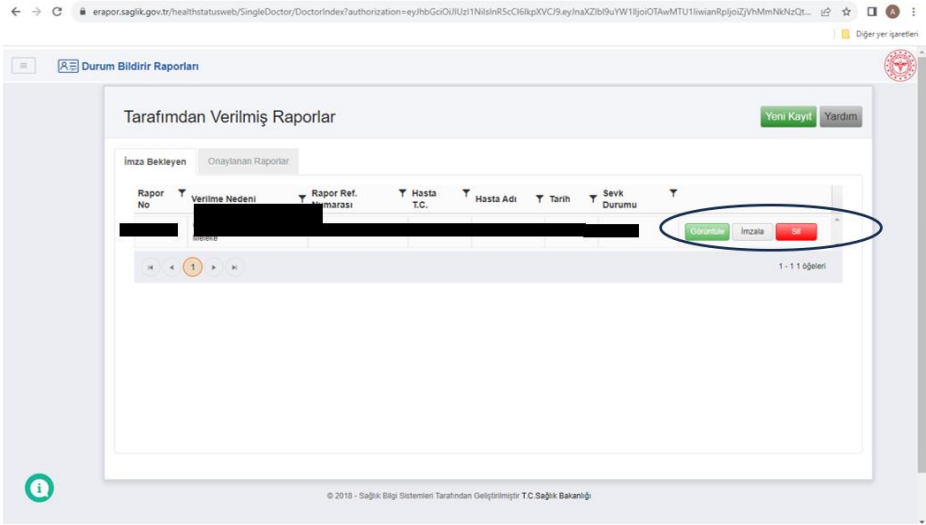
Resim 9

Çıkan ekrandan raporun imzasız şekli görüntülenir ve ekranın sol alt kısmında imzala butona basılarak e-imzalama işlemine geçilir.



Resim 10

E-imza seçilip şifre girildikten sonra “İmzala” butonuna basılarak rapor verme işlemi tamamlanır.



Resim 11

Tarafımdan verilmiş raporlar sayfasından eski raporlar görüntülenebilir, imzalanmamış raporlar imzalanabilir ve silinmesi istenen raporlar silinebilir.

KAYNAKÇA

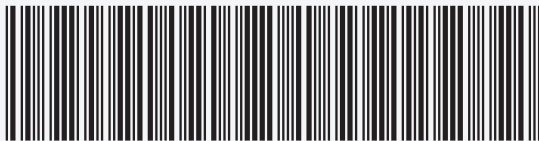
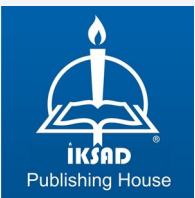
Kurulu, B., & Tarihi, K. (n.d.). *TAPU SİCİLİ TÜZÜĞÜ*.

Mevzuat Bilgi Sistemi. (n.d.). Retrieved May 22, 2024, from <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5040&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>

SOSYAL GÜVENLİK UYGULAMALARI DAİRESİ BAŞKANLIĞI. (n.d.). Retrieved May 22, 2024, from <https://shgmsgudb.saglik.gov.tr/TR-85392/saglik-raporlari-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge--ve-hakem-hastane-listeleri.html>

Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ()*. (n.d.). Retrieved May 22, 2024, from https://ttb.org.tr/udek/makale_goster.php?Id=45

Üniversitesi Tıp Fakültesi, G., Anabilim Dalı, N., Bulvarı, Ü., Koçtürk, F., Sırrı KETEN, H., Faruk ERKAN, Ö., & Tuba AKBAYRAM, H. (2022). TIP FAKÜLTESİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN AKLİ MELEKE RAPORU KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYLERİ. *Medical Research Reports*, 5(3), 113–122. <https://doi.org/10.55517/MRR.1159629>



ISBN: 978-625-367-913-2