



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ
KRONİK HASTALIK İZLEMİ
SAHA UYGULAMA ÇALIŞMASI
(İSTANBUL, ANKARA, ERZURUM)**



ANKARA 2018



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ
KRONİK HASTALIK İZLEMİ SAHA
UYGULAMA ÇALIŞMASI
(İSTANBUL, ANKARA, ERZURUM)**

DANIŞMAN

Uzm. Dr. Leyla YILMAZ

YAYINA HAZIRLAYANLAR

Doç. Dr. Fatih KARA

Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ

Uzm. Dr. Banu EKİNCİ

Dr. Zübeyde ÖZKAN ALTUNAY

Tıbbi Teknolog Nevin ÇOBANOĞLU

Hemşire Fatma GÜRBÜZTÜRK

ANKARA 2018

ISBN : 978-975-590-727-7

T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No : 1119

Baskı : Artı6 Medya Tanıtım Matbaa Ltd. Şti.
Özveren Sokak No:13/A Demirtepe - Kızılay / ANKARA
Tel: 0312 229 37 41 - 42

www.hsgm.gov.tr

Kapak Tasarım: Grafiker Umman SEZGİN

Bu yayın; T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından hazırlanmıştır.

Her türlü yayın hakkı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'ne aittir. Kaynak gösterilmeksizin alıntı yapılamaz. Kısmen dahi olsa alınamaz, çoğaltılamaz, yayımlanamaz. Alıntı yapıldığında kaynak gösterimi "Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Kronik Hastalık İzlemi Saha Uygulaması (İstanbul, Ankara, Erzurum)" Sağlık Bakanlığı Yayın No, Ankara ve Yayın Tarihi" şeklinde olmalıdır.

Ücretsizdir. Para ile satılamaz.

YAYIN KURULU

Uzm. Dr. Hasan IRMAK

Doç. Dr. Nazan YARDIM

Dr. Kanuni KEKLİK

Uzm. Dr. Fehminaz TEMEL

ÖNSÖZ

Bugün dünyada olduğu gibi ülkemizde de en çok ölüme ve sakatlığa neden olan, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen en önemli halk sağlığı sorunu bulaşıcı olmayan kronik hastalıklardır. Kronik hastalıklardan ölümlerin yaklaşık yarısı kardiyovasküler hastalıklar, obezite ve diyabete bağlıdır. Toplumun büyük bir kesimini etkileyen ve görülme sıklığı artmaya devam eden bu hastalıkların gittikçe daha erken yaşlarda görülmesi de dikkat çekicidir.

Kronik hastalıklar ve risk faktörleri incelendiğinde; kalp hastalıkları, inme ve tip 2 diyabetin %80'i, kanserlerin ise %40'ından fazlası önlenmektedir. Kronik hastalıklara sebep olan risk faktörleri ile mücadele, ancak ulusal politikalar ve uzun vadeli stratejiler sayesinde başarıya ulaşabilir.

Bakanlığımız 2014-2017 Stratejik Planında; “Bulaşıcı olmayan hastalıkların gelişimine neden olan risk faktörlerini azaltarak bu hastalıkların görülme sıklığının ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin azaltılması” hedefi yer almıştır. Bu hedef doğrultusunda en sık görülen, en fazla ölüme ve engelliliğe neden olan bulaşıcı olmayan hastalıklara (kalp ve damar hastalıkları, kanserler ve kronik hava yolu hastalıkları) bağlı erken ölümlerin 2025 yılına kadar %25 azaltılması için çalışmalar yürütülmektedir.

Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolünde; tarama programları ile bulaşıcı olmayan hastalıkların erken teşhisi, izlemler ile uygun tedavi sağlanarak hastalıkların semptom ve bulgularının kontrol altına alınması ve komplikasyon izlemi ile bireylerin fonksiyon kayıpları yaşamalarının ve engelli hale gelmelerinin önüne geçilmesi gerekmektedir. Birinci basamak tedavi hizmetlerinde aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının bulaşıcı olmayan hastalıkları teşhis etmede ve yönetmede daha proaktif bir rol üstlenmeleri bulaşıcı olmayan hastalıklara (kalp ve damar hastalıkları, kanserler ve kronik hava yolu hastalıkları) bağlı erken ölümlerin ve morbiditenin azalmasına önemli katkı sağlayacaktır.

Türkiye genelinde başlatılacak olan “Birinci Basamak Sağlık Hizmetinde Kronik Hastalık İzlemi” programı öncesi, aile hekimlerinin görüşlerinin öğrenilmesi, saha uygulaması ile ilgili geri bildirimlerinin alınması, süreç yönetiminin rasyonalizasyonu ve muhtemel sorunların tespiti amacıyla “Birinci Basamak Sağlık Hizmeti İstanbul, Ankara, Erzurum İllerinde Kronik Hastalık İzlemi Saha Uygulaması” planlanmış ve yürütülmüştür. Ayrıca kronik hastalıklara yönelik surveyans sisteminin geliştirilmesi, kronik hastalıkların ve risk faktörlerinin azalmasının sağlanması ve yapılacak müdahalelerin etkinliğini ölçme ve değerlendirmede yardımcı olması amaçlanmıştır.

Bu çalışmanın birinci basamak sağlık hizmetlerinde kronik hastalıklar ve risk faktörlerinin önlenmesi ve kontrolüne yönelik çalışmalara katkı sağlayacağına inanıyor, emeği geçen herkese teşekkür ediyorum.

Prof. Dr. Emine ALP MEŞE
Sağlık Bakan Yardımcısı

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖNSÖZ.....	iii
KISALTMALAR.....	vii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiii
GİRİŞ.....	1
2. AMAÇLAR.....	3
3. YÖNTEM.....	4
3.1 Uygulama Hazırlık Çalışmaları.....	4
3.1.1 Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ile İlgili Tanı ve İzlem Algoritmalarının Oluşturulması.....	4
3.1.2 Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara Yönelik Bilgi Toplamada Kullanılacak Anket Formlarının Oluşturulması...6	6
3.1.3 Saha Uygulamasına Katılacak İllerin ve Aile Hekimlerinin Belirlenmesi.....	6
3.1.4 Bilgilendirme Eğitimi.....	6
3.1.5 Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Tespit ve Takibinde Kullanılacak Anketlerle İlgili Linkin ve Şifrelerin Aile Hekimlerine Bildirilmesi.....	6
3.1.6 ASM Fiziki Şartları ve Laboratuvar Olanaklarının Başlangıç Kayıtlarının Tamamlanması.....	6
3.2 Saha Uygulaması ve Süreç Gözlemleri.....	7
3.2.1 Saha Uygulaması.....	7
3.2.2 Saha Uygulama Gözlem ve Destek Ziyaretleri.....	7
3.2.3 Yönelimsel Destek ve Motivasyon Toplantıları.....	7
3.2.4 Süreç Destek Uygulamaları (Sosyal Medya, Google Grupları vb.).....	7
3.2.5 Veri Giriş Programının Hazırlanması.....	8
3.2.6 Veri Analizi.....	8
4. BULGULAR.....	9
4.1 Aile Hekimleri Verilerinin Analizi.....	9
4.1.1 Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi (SCORE-Türkiye) Bulguları.....	9
4.1.2 Hipertansiyon Tarama ve İzlem Bulguları.....	23
4.1.3 Diyabet Tarama ve İzlem Bulguları.....	33
4.2 Saha Uygulaması Sırasında Olgu Başına Kullanılan Sürenin Değerlendirmesi.....	43
4.2.1 Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi İçin Ayrılan Süre.....	43
4.2.2 Hipertansiyon Tarama ve İzlemi için Ayrılan Süre.....	44
4.2.3 Diyabet Tarama ve İzlemi İçin Ayrılan Süre.....	45
4.3 Verilerin Niteliksel Değerlendirilmesi.....	46
4.3.1 Kronik Hastalık İzlem Sonrası Genel Geribildirimlerin Analizi ve Öneriler.....	46

4.3.2 Hipertansiyon Tarama ve İzlemi Saha Uygulamasında Karşılaşılan Sorunlar ve Geribildirimlerin Ana ve Alt Başlıkları	49
4.3.3 Diyabet Tarama ve İzlemi Saha Uygulamasında Karşılaşılan Sorunlar ve Geribildirimlerin Ana ve Alt Başlıkları	50
4.3.4 Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi Tarama ve İzlemi Saha Uygulamasında Karşılaşılan Sorunlar ve Geribildirimlerin Ana ve Alt Başlıkları	51
4.3.5 Sosyal Medya Paylaşımlarının Analizi.....	52
4.3.6 Odak Grup Çalışmaları İle Süreç Analizi	52
5. TARTIŞMA.....	58
6. SONUÇ.....	63
7. KAYNAKLAR.....	67
8. EKLER.....	68
EK 1- KRONİK HASTALIKLAR İZLEMİ ALGORİTMALARI.....	69
EK 2- KRONİK HASTALIKLAR İZLEMİ İÇİN ANKET SORULARI	72
EK 3- SCORE TÜRKİYE	80
EK 4- ÖRNEK HASTA DOSYASI	81
EK 5- ODAK GRUBU İÇİN SORULAR.....	94

KISALTMALAR

AH	Aile Hekimi
ASE	Aile Sağlığı Elemanı
AHBS	Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
AHEF	Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
AKŞ	Açlık Kan Şekeri
BKİ	Beden Kütle İndeksi
BOH	Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
CREDİT	Chronic Renal Disease in Turkey (Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Araştırması)
DKB	Diastolik Kan Basıncı
DM	Diyabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EKG	Elektro Kardiyo Grafi
HSGM	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
HT	Hipertansiyon
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KVS	Kardiyovasküler Sistem
Patent	Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması
PURE	The Prospective Urban Rural Epidemiology Study (İleriye Yöneli Kırsal ve Kentsel Epidemiyolojik Araştırma)
SCORE	Systematic Coronary Risk Evaluation
SKB	Sistolik Kan Basıncı
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
THSK	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (Mülga)
TİT	Tam İdrar Tahlili
TKrHRF	Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
TURDEP	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması

TABLolar DİZİNİ

Aile Hekimleri Verilerinin Analizi

Tablo 1. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların tanımlayıcı özelliklerinin yüzde dağılımı, 2016.....	9
Tablo 2. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların sigara içme durumunun yüzde dağılımı, 2016	11
Tablo 3. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların cinsiyete göre sigara içme durumlarının yüzde dağılımı, 2016.....	11
Tablo 4. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların sistolik kan basıncı ve total kolesterol değerlerinin yüzde dağılımı, 2016	12
Tablo 5. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların total kolesterol düzeyleri ve antihiperlipidemik ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016.....	13
Tablo 6. İstanbul ilinde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların total kolesterol düzeyleri ve antihiperlipidemik ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016.....	14
Tablo 7. Ankara ilinde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların total kolesterol düzeyleri ve antihiperlipidemik ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016.....	14
Tablo 8. Erzurum ilinde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların total kolesterol düzeyleri ve antihiperlipidemik ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016.....	14
Tablo 9. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların sistolik kan basıncı değerleri ve antihipertansif ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016.....	15
Tablo 10. İstanbul ilinde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların sistolik kan basıncı değerleri ve antihipertansif ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016.....	16
Tablo 11. Ankara ilinde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların sistolik kan basıncı değerleri ve antihipertansif ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016.....	16
Tablo 12. Erzurum ilinde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların sistolik kan basıncı değerleri ve antihipertansif ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016.....	17
Tablo 13. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesi risk faktörlerinin cinsiyete göre yüzde dağılımı, 2016.....	18
Tablo 14. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesi SCORE-Türkiye sonuçlarının yüzde dağılımı, 2016.....	19
Tablo 15. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesi SCORE-Türkiye sonuçlarının cinsiyete göre yüzde dağılımı, 2016	20
Tablo 16. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesi SCORE-Türkiye sonuçlarının sigara içme durumuna göre yüzde dağılımı, 2016.....	21
Tablo 17. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesi sonrasında düşük riskli bireye aile hekimi tarafından önerilen yaşam tarzı değişikliklerinin yüzde dağılımı, 2016.....	22
Tablo 18. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesi sonrasında orta riskli bireye aile hekimi tarafından önerilen yaşam tarzı değişikliklerinin yüzde dağılımı, 2016.....	22

Tablo 19. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesi sonrasında yüksek ve çok yüksek riskli bireylere aile hekimi tarafından yapılan yönlendirmelerin yüzde dağılımı, 2016	22
Tablo 20. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesi uygulaması sırasında hekimlerin karşılaştıkları güçlüklerin yüzde dağılımı, 2016.....	23
Tablo 21. Seçilmiş illerde hipertansiyon tarama ve izlemine katılanların tanımlayıcı özelliklerinin illere göre yüzde dağılımı, 2016	23
Tablo 22. Seçilmiş illerde hipertansiyon tarama ve izlemine katılanların yaş ve cinsiyete göre sistolik kan basıncı değerlerinin yüzde dağılımı, 2016.....	25
Tablo 23. Seçilmiş illerde hipertansiyon tarama ve izlemine katılanların kan basıncı değerlerinin yüzde dağılımı, 2016.....	27
Tablo 24. Seçilmiş illerde hipertansiyon tarama ve izlemine katılanların sistolik kan basıncı değerleri ve antihipertansif ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016	27
Tablo 25. Seçilmiş illerde hipertansiyon tarama ve izlemine katılanların antihipertansif ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016	28
Tablo 26. İstanbul ilinde hipertansiyon tarama ve izlemine katılanların kan basıncı değerleri ve antihipertansif ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016	28
Tablo 27. Ankara ilinde hipertansiyon tarama ve izlemine katılanların kan basıncı değerleri ve antihipertansif ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016	29
Tablo 28. Erzurum ilinde hipertansiyon tarama ve izlemine katılanların kan basıncı değerleri ve antihipertansif ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016	29
Tablo 29. Seçilmiş illerde sistolik kan basıncı 140 mmHg ve üzerinde olan hastalardan tetkik istenme durumunun yüzde dağılımı, 2016.....	29
Tablo 30. Seçilmiş illerde hipertansiyon tarama ve izlemine katılanların sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerinin yüzde dağılımı, 2016	30
Tablo 31. Seçilmiş illerde antihipertansif ilaç kullananlarda kan basıncı değerlerinin yüzde dağılımı, 2016.....	30
Tablo 32. Seçilmiş illerde antihipertansif ilaç kullanmayanlarda kan basıncı değerlerinin yüzde dağılımı, 2016..	31
Tablo 33. Seçilmiş illerde hipertansiyon tarama ve izlemine katılan sistolik kan basıncı normal olarak ölçülmüş sağlıklı kişilere aile hekimlerinin danışmanlık önerilerinin yüzde dağılımı, 2016	32
Tablo 34. Seçilmiş illerde hipertansiyon tarama ve izleminde başvuru anında sistolik kan basıncı yüksek saptanan kişilere aile hekimlerinin tedavi düzenleme durumlarının yüzde dağılımı, 2016.....	32
Tablo 35. Seçilmiş illerde hipertansiyon tarama ve izleminde başvuru anında hipertansiyon tanısıyla ilaç kullanan kişilerin komplikasyon izleminde tetkik istenme durumlarının yüzde dağılımı, 2016	32
Tablo 36. Seçilmiş illerde hipertansiyon değerlendirmesi kapsamında hekimlerin hipertansiyon tanısı olmayan hasta izleminde karşılaştıkları güçlüklerin yüzde dağılımı, 2016	33
Tablo 37. Seçilmiş illerde hipertansiyon değerlendirmesi kapsamında hekimlerin hipertansiyon kontrolü için ilaç kullanan hasta izleminde karşılaştıkları güçlüklerin yüzde dağılımı, 2016.....	33
Tablo 38. Seçilmiş illerde diyabet tarama ve izlemine katılanların tanımlayıcı özelliklerinin yüzde dağılımı, 2016.....	34

Tablo 39. Seçilmiş illerde diyabet tarama ve izlemine katılanların BKİ değerlerinin yüzde dağılımı, 2016.....	35
Tablo 40. Seçilmiş illerde diyabet tarama ve izlemine katılanların bel çevresi değerlerinin yüzde dağılımı, 2016.....	36
Tablo 41. Seçilmiş illerde diyabet tarama ve izlemine katılanların AKŞ değerlerinin yüzde dağılımı, 2016.....	36
Tablo 42. Seçilmiş illerde diyabet tarama ve izlemine katılanların cinsiyete göre AKŞ, yaş grupları, BKİ ve bel çevresi ölçümlerinin yüzde dağılımı, 2016.....	37
Tablo 43. Seçilmiş illerde diyabet tarama ve izlemine katılan ve AKŞ yüksek olan veya diyabet tanısı olan hastaların cinsiyete göre AKŞ, yaş grupları, BKİ ve bel çevresi ölçümlerinin yüzde dağılımı, 2016 ...	38
Tablo 44. Seçilmiş illerde diyabet tarama ve izlemine katılanların AKŞ düzeyleri ve kan şekeri kontrolü için ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016.....	39
Tablo 45. İstanbul ilinde diyabet tarama ve izlemine katılanların AKŞ düzeyleri ve kan şekeri kontrolü için ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016.....	40
Tablo 46. Ankara ilinde diyabet tarama ve izlemine katılanların AKŞ düzeyleri ve kan şekeri kontrolü için ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016.....	40
Tablo 47. Erzurum ilinde diyabet tarama ve izlemine katılanların AKŞ düzeyleri ve kan şekeri kontrolü için ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016.....	41
Tablo 48. Seçilmiş illerde diyabet tarama ve izleminde başvuru anında antidiyabetik ilaç kullanmayan ve AKŞ yüksek saptanan kişilere aile hekimlerinin tedavi düzenleme durumlarının yüzde dağılımı, 2016.....	42
Tablo 49. Seçilmiş illerde diyabet tarama ve izleminde başvuru anında diyabet tanısıyla ilaç kullanan kişilerin komplikasyon izleminde tetkik istenme durumlarının yüzde dağılımı, 2016.....	42
Tablo 50. Seçilmiş illerde diyabet tarama ve izleminde hekimlerin diyabet tanısı olmayan hasta izleminde karşılaştıkları güçlüklerin yüzde dağılımı, 2016.....	43
Tablo 51. Seçilmiş illerde diyabet tarama ve izleminde hekimlerin diyabet tanısı olan hasta izleminde karşılaştıkları güçlüklerin yüzde dağılımı, 2016.....	43

Saha Uygulaması Sırasında Olgu Başına Kullanılan Sürenin Değerlendirmesi

Tablo 52. Seçilmiş illerde aile hekimlerinin kardiyovasküler risk değerlendirmesi işlemleri sırasında harcadıkları sürenin yüzde dağılımı, 2016.....	44
Tablo 53. Seçilmiş illerde aile hekimlerinin hipertansiyon tarama ve izlem değerlendirme işlemleri sırasında harcadıkları sürenin illere göre yüzde dağılımı, 2016.....	45
Tablo 54. Seçilmiş illerde aile hekimlerinin diyabet tarama ve izlem değerlendirme işlemleri sırasında harcadıkları sürenin illere göre yüzde dağılımı, 2016.....	46

ŞEKİLLER DİZİNİ

Aile Hekimleri Verilerinin Analizi

Şekil 1. Çalışmanın uygulama ve değerlendirmesinde rol alanlar ve görev dağılımları, 2016	5
Şekil 2. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların cinsiyete göre yüzde dağılımı, 2016.....	10
Şekil 3. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların yaşa göre yüzde dağılımı, 2016.....	10
Şekil 4. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların cinsiyetine göre sigara içme durumlarının yüzde dağılımı, 2016	11
Şekil 5. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılmayı kabul edenlerin sistolik kan basınçları ve total kolesterol düzeylerinin yüzde dağılımı, 2016.....	12
Şekil 6. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların total kolesterol düzeyleri ve antihiperlipidemik ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016.....	13
Şekil 7. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların sistolik kan basıncı değerlerinin yüzde dağılımı, 2016	15
Şekil 8. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların sistolik kan basıncı değerleri ve antihipertansif ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016.....	16
Şekil 9. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların cinsiyete göre sigara içme durumlarının yüzde dağılımı, 2016	18
Şekil 10. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesi SCORE-Türkiye sonuçlarının yüzde dağılımı, 2016.....	19
Şekil 11. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesi SCORE-Türkiye risk düzeyleri sonuçlarının cinsiyete göre yüzde dağılımları, 2016	20
Şekil 12. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesi SCORE-Türkiye risk düzeyleri sonuçlarının cinsiyete göre yüzde dağılımları, 2016	20
Şekil 13. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesi SCORE- Türkiye risk düzeyleri sonuçlarının sigara içme durumuna göre yüzde dağılımı, 2016	21
Şekil 14. Seçilmiş illerde hipertansiyon tarama ve izlemine katılanların cinsiyetlerinin yüzde dağılımı, 2016	24
Şekil 15. Seçilmiş illerde hipertansiyon tarama ve izlemine katılanların yaş aralıklarına göre yüzde dağılımı, 2016.....	24
Şekil 16. Seçilmiş illerde hipertansiyon tarama ve izlemine katılanların cinsiyetine göre hipertansiyon vakalarının yüzde dağılımı, 2016.....	25
Şekil 17. Seçilmiş illerde hipertansiyon tarama ve izlemine katılanların cinsiyete göre yaş aralığı yüzde dağılımları, 2016	26
Şekil 18. Seçilmiş illerde hipertansiyon tarama ve izlemine katılanların sistolik kan basıncı değerleri ve cinsiyetlere göre yüzde dağılımı, 2016	26
Şekil 19. Seçilmiş illerde hipertansiyon tarama ve izlemine katılanların sistolik kan basıncı değerleri ve antihipertansif ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016.....	28

Şekil 20. Seçilmiş illerde hipertansiyonu olan kişilerin kontrolde ve tedavide olma durumlarının yüzde dağılımı, 2016.....	31
Şekil 21. Seçilmiş illerde diyabet tarama ve izlemine katılanların cinsiyetle göre yüzde dağılımı, 2016.....	34
Şekil 22. Seçilmiş illerde diyabet tarama ve izlemine katılanların yaş aralıklarının yüzde dağılımı, 2016	34
Şekil 23. Seçilmiş illerde diyabet tarama ve izlemine katılanların BKİ değerlerinin yüzde dağılımı, 2016	35
Şekil 24. Seçilmiş illerde diyabet tarama ve izlemine katılanların bel çevresi değerlerinin yüzde dağılımı, 2016....	36
Şekil 25. Seçilmiş illerde diyabet tarama ve izlemine katılanların AKŞ değerlerinin yüzde dağılımı, 2016.....	37
Şekil 26. Seçilmiş illerde diyabet tarama ve izlemine katılanların BKİ değerleri ve cinsiyete göre yüzde dağılımı, 2016.....	39
Şekil 27. Seçilmiş illerde diyabet tarama ve izlemine katılanların bel çevresi değerlerinin cinsiyete göre yüzde dağılımı, 2016.....	39
Şekil 28. Seçilmiş illerde diyabet tarama ve izlemine katılanların kan şekeri düzeyleri ve kan şekeri kontrolü için ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016.....	40
Şekil 29. Seçilmiş illerde diyabeti olan kişilerin kontrolde ve tedavide olma durumlarının yüzde dağılımı, 2016.....	41
Saha Uygulaması Sırasında Olgu Başına Kullanılan Sürenin Değerlendirmesi	
Şekil 30. Seçilmiş illerde aile hekimlerinin kardiyovasküler risk değerlendirme işlemleri sırasında harcadıkları sürelerin yüzde dağılımı,2016	44
Şekil 31. Seçilmiş illerde aile hekimlerinin hipertansiyon tarama ve izlemi sırasında harcadıkları sürelerin yüzde dağılımı, 2016.....	45
Şekil 32. Seçilmiş illerde aile hekimlerinin diyabet tarama ve izlemi sırasında harcadıkları sürelerin yüzde dağılımı, 2016.....	46

1. GİRİŞ

Kalp ve damar hastalıkları, kronik solunum yolu hastalıkları, kanserler ve diyabet günümüzde tüm toplumları etkileyen başlıca bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) grubunu oluşturmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların sıklıkları gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, demografik ve epidemiyolojik dönüşümün sonucu olarak her yıl artarak önemli bir toplum sağlığı sorunu oluşturmaktadır. Dünyada ölüm nedenlerinin yüzde 68'i (38 milyon) kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanserler ve kronik solunum yolu hastalıkları nedeni ile olmaktadır. 2015 yılında Ülkemizdeki ölümlerin yüzde 43'ünü oluşturan dolaşım sistemi hastalıkları ilk sırada yer almaktadır.

Yaşlanan nüfus artışıyla ülkemiz yeni bir demografik yapıya geçmiştir. 2012 yılında 65 yaş üzeri nüfusumuz yüzde 7,5 iken 2023 yılında yüzde 10,2, 2050 yılında ise yüzde 20,8'e yükseleceği öngörülmektedir. Türkiye'de doğumda beklenen yaşam süresi de giderek artmaktadır. TÜİK verilerine göre, doğumda beklenen yaşam süresi 2015 yılları için erkeklerde yüzde 75,3 kadınlarda ise yüzde 80,7 olduğu, ancak bu rakamların, 2023 yılında erkeklerde yüzde 76,6, kadınlarda ise yüzde 81,9 olacağı tahmin edilmektedir. Bu durumda, 65 yaş ve üzeri nüfusumuzun oranı daha yüksek olacağı gibi daha da uzun yaşayacaklardır.

Bilindiği üzere yaş ilerledikçe kronik hastalıkların yükü de artış göstermektedir. 2002-2004 yılları arasında yürütülen Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkinlik Çalışmasında da mevcut çalışmamızın kapsamına giren kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon ve diyabet hastalıkları, hastalık yükü ve ölüm nedeni sıralamasının başlarında yer almıştır.

Sonuç itibari ile ülkemizin yaşlanan nüfusu, kentleşme, değişen yaşam biçimleri ve kişi başına düşen uzman hekim sayılarının yetersizliği, kronik hastalıklar ile kapsamlı, birinci, ikinci, üçüncü basamakta koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetleri kapsayan ve eşgüdümü içeren stratejik bir mücadele gerektirmektedir. Sağlık Bakanlığı 2014-2017 Stratejik Planında "Bulaşıcı olmayan hastalıkların gelişimine neden olan risk faktörlerini azaltarak bu hastalıkların görülme sıklığını ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin azaltılması" hedefi yer almıştır. Bu hedef doğrultusunda en sık görülen, en fazla ölüme ve engelliliğe neden olan bulaşıcı olmayan hastalıklara (kalp ve damar hastalıkları, kanserler ve kronik hava yolu hastalıkları) bağlı erken ölümlerin 2025 yılına kadar yüzde 25 azaltılması için çalışmalar yürütülmektedir.

Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolünde; tarama programları ile bulaşıcı olmayan hastalıkların erken teşhisi, izlemler ile uygun tedavi sağlanarak hastalıkların semptom ve bulgularının kontrol altına alınması ve komplikasyon izlemi ile de bireylerin fonksiyon kayıpları yaşamalarının ve engelli hale gelmelerinin önüne geçilmesi gerekmektedir. Birinci basamak tedavi hizmetlerinde aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının bulaşıcı olmayan hastalıkları teşhis etmede ve yönetmede daha proaktif bir

rol üstlenmeleri bulaşıcı olmayan hastalıklara (kalp ve damar hastalıkları, kanserler ve kronik hava yolu hastalıkları) bağlı erken ölümlerin ve morbiditenin azalmasına önemli katkı sağlayacaktır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik sağlık hizmet sunumunda hizmet basamakları arasındaki rol dağılımının netleştirilmesi, hekimlerin günlük uygulamalarını kolaylaştıran, standardizasyonu sağlayan, pratik, algoritmalar içeren, uygulama kılavuzlarının hazırlanması gerekmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalık izlemleri kayıtlarının uygun biçimde tutulmasını ve sürdürülmesini sağlamak için hekimi motive edecek teşvik uygulamalarının da olması önemlidir.

Türkiye genelinde başlatılacak olan “Birinci Basamak Sağlık Hizmetinde Kronik Hastalık İzlemi” programı öncesi, aile hekimlerinin görüşlerinin öğrenilmesi, saha uygulaması ile ilgili geri bildirimlerinin alınması, süreç yönetiminin rasyonalizasyonu ve muhtemel sorunların tespiti amacıyla “Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Kronik Hastalık İzlemi Saha Uygulamasının İstanbul, Ankara ve Erzurum illerinde başlatılması Şubat 2016 tarihinde planlanmış ve Nisan-Mayıs 2016 tarihinde yürütülmüştür. Bu çalışma ile ayrıca kronik hastalıklara yönelik sürveyans sisteminin geliştirilmesi, kronik hastalıkların ve risk faktörlerinin azalmasının sağlanması ve yapılacak müdahalelerin etkinliğini ölçmek ve değerlendirmede yardım sağlaması amaçlanmıştır.

2. AMAÇLAR

Bu çalışma ile kısa vadede;

- Aile Sağlığı Merkezine (ASM) herhangi bir nedenle başvuran kişilerin kardiyovasküler risklerini ve 10 yıllık kardiyovasküler risk durumunu araştırmak, yeni hipertansiyon ve diyabet vakalarını saptamak, hipertansiyon ve diyabetik hastaların izlemini değerlendirmek,
- Bulaşıcı olmayan hastalıkların izlemi için uygulamaları planlarken aile hekimlerinin görüş ve önerilerini almak,

Uzun vadede ise;

- Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında; kronik hastalıkların tanı, tedavi ve izleminin klinik kılavuzlara uygun olarak yapılmasının sağlanması,
- Erken tanı, uygun tedavi ve komplikasyon izlemiyle bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı erken ölümlerin 2025 yılına kadar yüzde 25 azaltılması hedeflenmektedir.

3. YÖNTEM

Bu çalışmada, aile sağlığı merkezine herhangi bir nedenle başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden kişilerin tarama ve izlenmesi için;

- Güncel literatür taraması ve uzmanlık derneklerinin katkısı ile bulaşıcı olmayan hastalıkların izlenmesi için tarama, tanı ve izlem algoritmaları oluşturulması,
- Algoritmalara uygun olarak veri girişlerine uygun bir elektronik anket formu hazırlanması,
- Saha uygulaması için Ankara, İstanbul ve Erzurum illerinden gönüllü aile hekimleri seçilmesi,
- Saha çalışması öncesinde uygulama süreçleri, hipertansiyon, diyabet ve kardiyovasküler risk değerlendirmesi konularını içeren yüz yüze eğitim programı hazırlanması ve uygulanması.
- Aile hekimlerine e-mail aracılığıyla anketlerin giriş linkleri ve kişiye özel şifreler iletilmesi ve çalışmaya alınan her birey için aile hekimlerinin elektronik ortamda anket sorularını tamamlamaları,
- Kardiyovasküler risk değerlendirmesi, hipertansiyon tarama ve izlem bulguları, diyabet tarama ve izlem bulgularının anonim olarak elektronik ortamda toplanması planlanmıştır.

Çalışma için;

- Kardiyovasküler risk değerlendirmesine 1546 kişi katılmış olup bunlardan 1489'unun verileri değerlendirme alınmıştır.
- Hipertansiyon tarama ve izlemine 2923 kişi katılmış olup bunlardan 2792'sinin verileri değerlendirmeye alınmıştır.
- Diyabet tarama ve izlemine 1149 kişi katılım sağlamış olup bunlardan 1113'ünün verileri değerlendirmeye alınmıştır.
- Tarama ve izlem için bireyler rastgele seçilmiş olup, ASM başvurularının doğal seyrini yansıtması beklendiği için, yaş ve cinsiyet dağılımının benzer olması için ayrıca bir çaba gösterilmemiştir.
- Bu çalışmada analiz yapılırken, SCORE-Türkiye ölçeği göz önüne alınarak, total kolesterol düzeyinin ≥ 230 mg/dl olması "yüksek" olarak sınıflandırılmıştır.

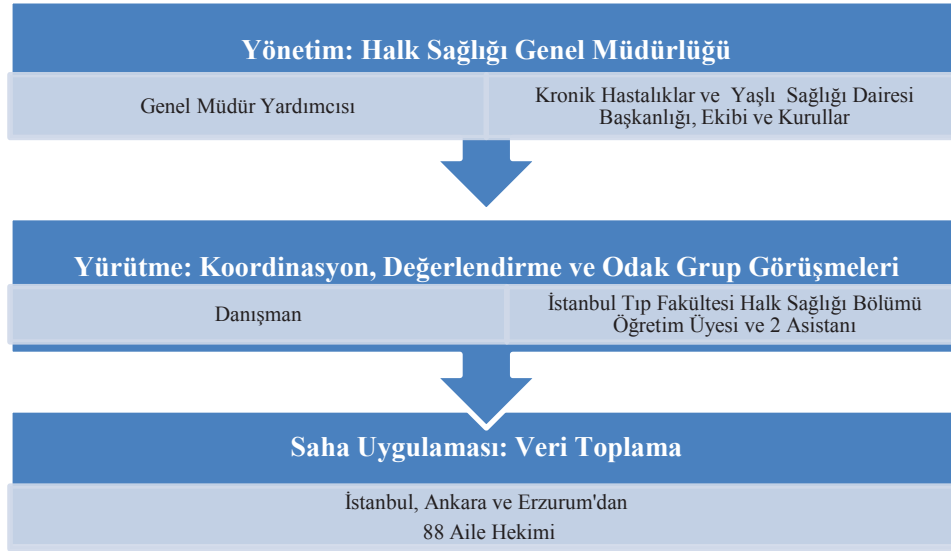
Saha uygulaması 1 Nisan 2016 tarihinde başlatılmış olup ayrıntılar aşağıda yer almaktadır:

3.1. Uygulama Hazırlık Çalışmaları

3.1.1 Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar İle İlgili Tanı ve İzlem Algoritmalarının Oluşturulması

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (Mülga Türkiye Halk Sağlığı Kurumu) tarafından oluşturulan bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilgili kurulların danışmanlığı (Şekil 1), güncel literatür taraması ve uzmanlık derneklerinin katkısı ile bulaşıcı olmayan hastalıkların izlenmesi için tarama, tanı ve izlem

algoritmaları oluşturulmuştur (Ek 1). Bu algoritmalarından yararlanarak saha uygulamasında erişilmesi gereken hedef gruplar ve bu hedef gruplara yönelik tarama, tanı ve izlem kriterleri belirlenmiştir.



Şekil 1. Çalışmanın uygulama ve değerlendirmesinde rol alanlar ve görev dağılımları, 2016

- Sağlıklı bireylerin taranması için, aile sağlığı merkezine başvuran, 18 yaş üstü bireylerin tansiyon arteriyal değerlerinin belirlenmesi, 45 yaş üstü sağlıklı bireylerin açlık kan şekerlerinin ölçülmesi ve 40 yaş üstü bireylere kardiyovasküler risk değerlendirmesi yapılarak, belirlenen risklere göre uygun önerilerin verilmesi ve önlemlerin alınması,
- Kronik hastalığı olan bireylerin izlemi için, aile sağlığı merkezine başvuran hipertansiyon hastasının düzenli aralıklarla kontrole çağrılarak tansiyonlarının kontrol altında olup olmadığının belirlenmesi, diyabetik bireylerin düzenli aralıklarla kontrole çağrılarak boy, kilo, BKİ, kan şekeri ve HbA1c ölçümü ile hastalığın kontrol altında olup olmadığının belirlenmesi,
- Uygulamaların aile hekimlerince yapılması ve elde edilen bilgilerin veri toplama sistemine kaydedilmesinin yanı sıra, uygulama sırasında harcadıkları sürelerin, karşılaştıkları sorunların ve geribildirimlerinin kaydedilmesi,
- Komplikasyonların erken tespiti ve önlenmesi için, aile sağlığı merkezine başvuran diyabetik veya hipertansif bireylerde, proteinüri ve kreatinin takibi, EKG çekilmesi, diyabetik ayak muayenesi ve göz dibi incelemesi vb. yapılması,

Ayrıca bu uygulama, aile hekimlerince diyabetik veya hipertansif bireylerde böbrek yetmezliği, sol ventrikül hipertrofisi ve retinopatiye yönelik izlemin yapılıp yapılamayacağını, bu konularda eğitim ihtiyacı olup olmadığını, cihaz veya laboratuvar sorunlarının, bu müdahaleye harcadıkları sürelerin, karşılaştıkları sorunların ve geribildirimlerinin kaydedilmesini içermektedir.

3.1.2 Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara Yönelik Bilgi Toplamada Kullanılacak Anket Formlarının Oluşturulması

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (HSGM) Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığınca hazırlanmış üç anket üzerinden ilgili güncel literatür desteği ve uzmanlık derneklerinin de katkısı ile veri giriş sistemine taban oluşturacak bir anket formu oluşturulmuştur (Ek 2). Ayrıca Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi için Avrupa Kardiyoloji Derneği ile ulusal veriler üzerinden hazırlanan SCORE-Türkiye formu oluşturulmuştur (Ek 3). SCORE hesaplaması yaş, cinsiyet, sigara içme durumu, sistolik kan basıncı ve kolesterol değerleri üzerinden yapılmaktadır. SCORE değerlendirmesinde risk durum düzeylerine göre yapılması gereken müdahaleler Ek 1’de gösterilen tablo üzerinde tanımlanmıştır. Hazırlanan 3 anket formu ve SCORE-Türkiye kartı ilk denemeleri yapıldıktan sonra HSGM İstatistik ve Bilgi İşlem Daire Başkanlığı (mülga) tarafından web tabanlı olarak ek bir link oluşturularak sisteme açılmıştır.

3.1.3 Saha Uygulamasına Katılacak İllerin ve Aile Hekimlerinin Belirlenmesi

Saha uygulaması için Ankara, İstanbul ve Erzurum illeri seçilmiştir. Çalışmaya 88 aile hekimi gönüllü olarak katılmayı kabul etmiş saha uygulaması bu hekimlerle sürdürülmüştür. İstanbul’dan 40, Ankara’dan 25, Erzurum’dan 23 aile hekimi saha uygulamasını tamamlamıştır.

3.1.4 Bilgilendirme Eğitimi

Saha çalışması öncesinde aile hekimlerine saha uygulaması ile ilgili bilgileri, hipertansiyon, diyabet ve kardiyovasküler risk değerlendirme konularını içeren 1 günlük, interaktif eğitim tekniklerinin uygulandığı yüz yüze eğitim programı hazırlanmış ve uygulanmıştır. 88 aile hekiminden 12’si programlanmış eğitime katılmadığı için bu hekimlere özel ve yüz-yüze eğitimler verilmiştir.

3.1.5 Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Tespit ve Takibinde Kullanılacak Anketlerle İlgili Linkin ve Şifrelerinin Aile Hekimlerine Bildirilmesi

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafınca çalışmaya katılan aile hekimlerine e-mail aracılığıyla anketlerin giriş linkleri ve kişiye özel şifreler iletilmiştir.

3.1.6 ASM Fiziki Şartları ve Laboratuvar Olanaklarının Başlangıç Kayıtlarının Tamamlanması

ASM’lerin fiziki şartları Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği ile ülke genelinde standart olarak belirlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) önerileri (Ek 4) ile karşılaştırması yapılmış olup standart/erişilebilirlik şartları sağlandığı görüldüğünden ilave bir çalışma yapılmasına gerek duyulmamıştır.

3.2. Saha Uygulaması ve Süreç Gözlemleri

3.2.1 Saha Uygulaması

Saha uygulaması 1 Nisan 2016 tarihinde başlatılmıştır. Hekimler tarafından ASM'ye başvuran hastalara çalışma hakkında sözlü bilgiler verilerek uygulamaya davet edilmiş ve katılmayı kabul eden başvuranlara bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır. Kronik hastalıklar saha uygulamasına katılmayı kabul eden başvuranlara Ek 1'de görülen saha uygulaması algoritması ilkelerine göre tarama, muayene, tetkik ve izlemleri yapılmış, elde edilen bilgiler sisteme kaydedilmiştir.

3.2.2 Saha Uygulama Gözlem ve Destek Ziyaretleri

Aile hekimlerinin motivasyonunu yükseltmek, saha uygulaması ve veri girişi sırasında oluşabilecek sorunları belirlemek amacıyla aile hekimi ziyaretleri yapılmıştır. Ankara'da 10, İstanbul'da 8, Erzurum'da 20 aile hekimi ve 1 aile sağlığı elemanına ziyaret yapılmıştır. Bu ziyaretler sırasında merkezlerin fizik ortamları, çalışma koşulları ile ilgili gözlemler yapılarak gözlem bulguları kaydedilmiştir.

3.2.3 Yönetmelik Destek ve Motivasyon Toplantıları

Sağlık Bakanlığı'nın, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ile ortaklaşa yürütmekte olduğu bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü çalışmaları kapsamında, ilgili paydaşlarla, 18-21 Nisan 2016 tarihleri arasında toplantı yapılmıştır. Toplantıya Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) temsilcilerinin çalışma ile ilgili bilgi almak ve çalışmaya katılan hekimlerle yüz yüze görüşmek istemesi nedeniyle her şehirden üç gönüllü hekim çağırılmıştır. Ancak katılım isteği çok olduğundan toplantıya en çok kronik hastalık izlemi yapan hekimler davet edilmiş ve bu durum hekimler arasında olumlu bir rekabet oluşturmuştur.

Toplantı programı 18 Nisan 2016 tarihinde DSÖ temsilcilerinin Eski Kurum Başkanı Prof. Dr. İrfan ŞENCAN'ı ziyaret etmesi ile başlamıştır. Gerçekleştirilen çalışmalar ile ilgili paydaşların görüşleri alınmıştır.

19 Nisan 2016 tarihinde Aile Hekimliği Federasyonu (AHEF) ve DSÖ'nün ortak toplantısı yapılarak aile hekimlerinin karşılaştıkları sorunlar görüşülmüş, kronik hastalıklar takibi için motivasyonları değerlendirilmiştir. "Birinci Basamak Sağlık Hizmetinde Kronik Hastalık İzlemi" kapsamında uygulamaya katılan hekimlerle görüşülmüş, en çok kronik hastalık izlemi yapan İstanbul ve Erzurum'dan 6 hekim, Ankara'dan ise 6 hekim toplantıya katılmıştır. Toplantıda saha uygulaması ile ilgili ayrıntılar ve bu konuda aile hekimlerinin görüşleri alınmıştır.

3.2.4 Süreç Destek Uygulamaları (Sosyal Medya, Google Grupları vb.)

Hekimlere destek vermek açısından sosyal medya aracılığıyla (Google ve Whatsapp grupları) iletişim grupları oluşturulmuştur. İstanbul, Ankara, Erzurum aile hekimleri olarak ayrı whatsapp grubu açılmıştır. Her gruba başkan yardımcısından, ilgili daire başkanından, daire başkanlığı çalışanlarından

ilin müdür yardımcılara ve şube müdürlerine kadar çalışmaya ilgili herkes dâhil edilmiştir. Hekimler yöneticilerle aynı platformda bulunma fırsatı yakalamışlar, çalışma ile ilgili kaygılarını, mutluluklarını, soru ve sorunlarını dile getirme fırsatı bulmuşlardır. Sordukları sorulara en fazla bir saat içinde yanıt alabilmişlerdir. Sosyal medya iletişimi sayesinde birçok geribildirim alınarak, belirlenen eksiklikler ve hatalar saptanıp düzeltilmiştir. Sık gelen sorular kurum başkan yardımcısı (mülga), ilgili daire başkanı ve daire başkanlığı çalışanları tarafından bizzat yanıtlanarak google ve whatsapp gruplarında paylaşılmıştır.

3.2.5 Veri Giriş Programının hazırlanması

THSK İstatistik ve Bilgi İşlem Daire Başkanlığı (mülga) tarafından veri giriş programı web tabanlı olarak ek bir link oluşturularak hekimlere aktarılmıştır.

3.2.6 Veri Analizi

Niceliksel verilerin analizi Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) programı, 21.0 sürümü ile yapılmıştır. Analizlerde sıklık, yüzde dağılımlar ve kikare testi kullanılmıştır. Niteliksel veri analizinde saha ziyareti gözlem notları ve odak grup görüşmeleri notları değerlendirilmiştir.

Odak grup tartışması analizlerinde: Verinin sıralanması ve kodlanması, temalara çevrilerek özetlenmesi, en önemlinin ne olduğunu belirleme, araştırma sorusunu yanıtlama, ana paternleri ortaya koyma, paradoksları/anomalileri belirleme, temalar ve kavramlar üzerinden bir açıklama getirme aşamaları yerine getirilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmeti kapsamında uygulama öncesi hazırlık süreci Şubat 2016 da başlamış olan bu çalışmanın eğitim, veri toplama süreci 1 Nisan -31 Mayıs 2016 tarihleri, arasında tamamlanmıştır.

4. BULGULAR

Birinci Basamakta Kronik Hastalıklar İzlemine 1 Nisan 2016- 31 Mayıs 2016 tarihleri arasında, üç ilde (İstanbul, Ankara, Erzurum) gönüllü olarak 88 hekim katılmıştır.

Bu çalışma, aile sağlığı merkezine herhangi bir nedenle başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden kişilerin kardiyovasküler risk değerlendirmesi, hipertansiyon tarama ve izlem bulguları, diyabet tarama ve izlem bulguları olarak üç başlık altında irdelenmiştir.

4.1 Aile Hekimleri Verilerinin Analizi

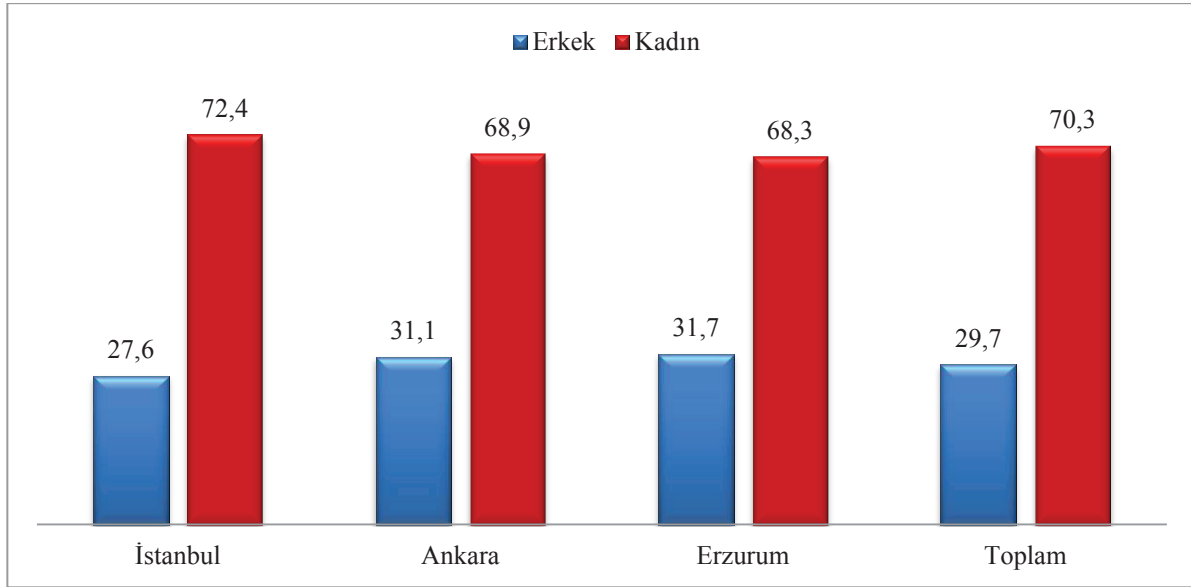
4.1.1 Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi (SCORE Türkiye) Bulguları

Bu bölümde kardiyovasküler risk değerlendirmesi yaptırmayı kabul eden 1546 kişinin bulguları sunulmaktadır. Kardiyovasküler risk değerlendirmesi verilerinde mükerrer kaydı bulunan 51 veri ve aile hekimliği birim kodu hatalı olan 6 veri değerlendirme dışı bırakılmıştır. Analizler İstanbul'dan 674, Ankara'dan 376, Erzurum'dan 439 kişi olmak üzere 1489 kişinin bulgularını yansıtmaktadır.

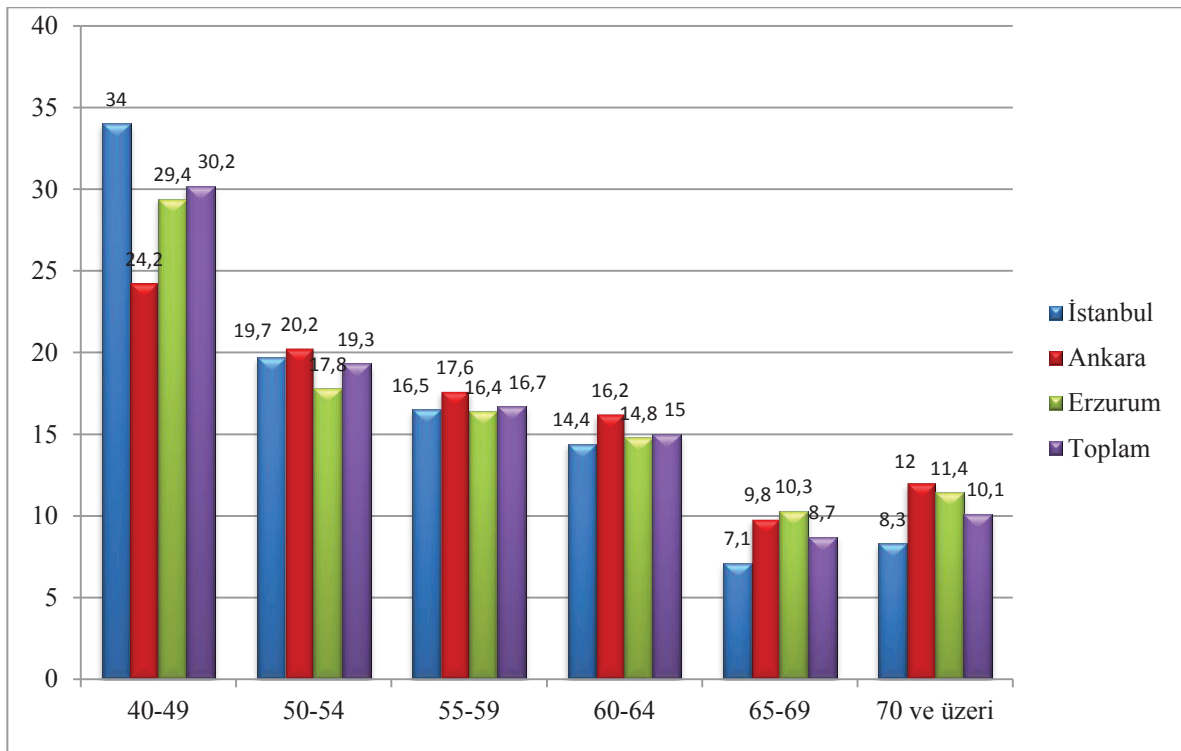
Kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılmayı kabul eden 40 yaş üzeri kişilerin illere göre tanımlayıcı özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur. Her ilde benzer oranlarda olmak üzere saha uygulamasına katılanların yüzde 70,3'ünü kadınlar oluşturmuşlardır (Şekil 2). Yaş dağılımı açısından incelendiğinde yüzde 30,2'si 40-49 yaş grubunda oldukları saptanmıştır (Şekil 3). Kardiyovasküler risk değerlendirmesi yapabilmek için 40 yaş üstü sağlıklı bireylerin seçilmesi gerektiği ve toplumumuzda yaş arttıkça kronik hastalık sıklığının arttığı dikkate alınırsa sağlıklı bireylerin seçilebilmesi için kümelenmenin 40-49 yaş grubunda olduğu öngörülmüştür.

Tablo 1. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların tanımlayıcı özelliklerinin yüzde dağılımı, 2016

	İstanbul		Ankara		Erzurum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet								
Erkek	186	27,6	117	31,1	139	31,7	442	29,7
Kadın	488	72,4	259	68,9	300	68,3	1047	70,3
Yaş Grupları								
40-49	229	34,0	91	24,2	129	29,4	449	30,2
50-54	133	19,7	76	20,2	78	17,8	287	19,3
55-59	111	16,5	66	17,6	72	16,4	249	16,7
60-64	97	14,4	61	16,2	65	14,8	223	15,0
65-69	48	7,1	37	9,8	45	10,3	130	8,7



Şekil 2. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların cinsiyete göre yüzde dağılımı, 2016



Şekil 3. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların yaşa göre yüzde dağılımı, 2016

Birçok hastalıkta olduğu gibi kalp-damar hastalıkları açısından sigara kullanımı önemli risk faktörlerinin başında gelmektedir. Çalışmaya katılmış olanların yüzde 83,1'i sigara kullanmadığını, yüzde 16,9'u ise sigara kullandığını ifade etmiştir. Ankara ve İstanbul'da sigara içme oranları birbirine yakın iken, Erzurum'da sigara içme oranı, diğer iki şehrin neredeyse yarısı kadar olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Çalışmaya katılan kadın oranının (yüzde 70,3) yüksek olmasının sigara içme oranının düşük çıkmasına neden olduğu düşünülmektedir (Tablo 2).

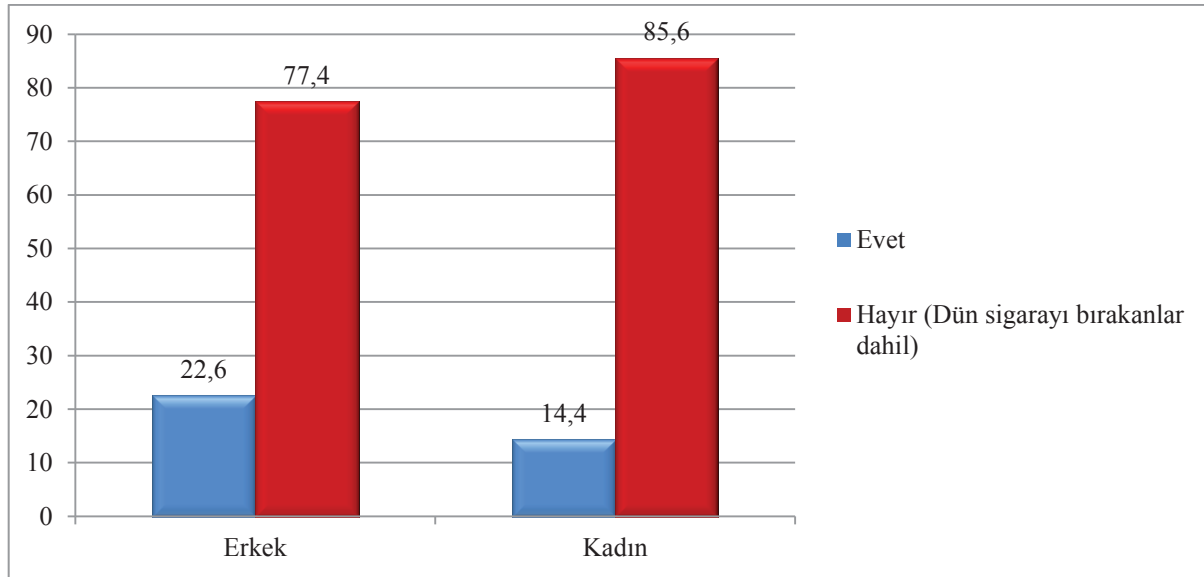
Tablo 2. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların sigara içme durumunun yüzde dağılımı, 2016

	İstanbul		Ankara		Erzurum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sigara içme durumu								
Evet	136	20,2	71	18,9	44	10,0	251	16,9
Hayır (dün sigarayı bırakanlar dâhil)	538	79,8	305	81,1	395	90,0	1238	83,5

KVS risk değerlendirmesine katılmayı kabul eden erkek hastaların yüzde 22,6'sının, kadın hastaların ise yüzde 14,4'ünün sigara kullandığı belirlenmiştir. Erkekler ile kadınlar arasındaki sigara içme açısından da istatistiksel olarak önemli bulunan fark vardır. ($\chi^2=14,339$, $p < 0,001$)

Tablo 3. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların cinsiyete göre sigara içme durumlarının yüzde dağılımı, 2016

	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sigara içme durumu						
Evet	100	22,6	151	14,4	251	16,9
Hayır (dün sigarayı bırakanlar dâhil)	342	77,4	896	85,6	1238	83,1



Şekil 4. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların cinsiyetine göre sigara içme durumlarının yüzde dağılımı, 2016

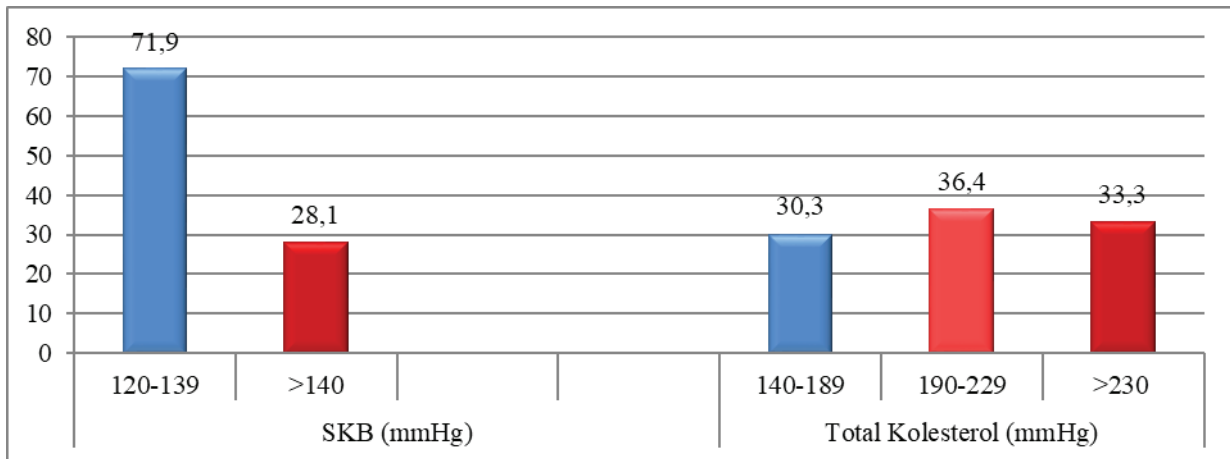
Sigara kullanımının yanı sıra, kardiyovasküler risk değerini etkileyen diğer iki etmen, hipertansiyon ve hiperkolesterolemidir. Hipertansiyon, kalp-damar hastalıkları risk faktörleri arasında en önde gelen ve en yaygın olanıdır. Kan basıncı ölçülen 1489 kişinin yüzde 28,1'inin sistolik kan basıncı (SKB) 140 ve üstü değerde saptanmıştır. Erzurum'da bu oran daha düşük (yüzde 21,1), İstanbul'da ise en yüksektir (yüzde 33,2). İller arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=38,9991$, $p < 0,001$).

Kalp ve damar hastalıklarının önemli etmenlerinden bir diğeri kan kolesterol düzeyinin yüksekliğidir. Yüksek kolesterol varlığı birçok çalışmada total kolesterol düzeyinin 190 mg/dl ve üzeri olması olarak tanımlanmaktadır. Katılımcılarının yüzde 33,3'ünün total kolesterol düzeyleri yüksek bulunmuştur.

İllere göre baktığımızda, İstanbul'da katılımcıların yüzde 37,9'unda, Erzurum'da yüzde 31,7'sinde, Ankara'da ise yüzde 27,2'sinde kolesterol düzeyi yüksek bulunmuştur. Bu durumda, İstanbul ve Erzurum'da hiperkolesterolemi Ankara'ya göre daha yaygın görünmektedir ($\chi^2=46.872$, $p<0,001$) (Tablo 4).

Tablo 4. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların sistolik kan basıncı ve total kolesterol değerlerinin yüzde dağılımı, 2016

	İstanbul		Ankara		Erzurum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sistolik kan basıncı (mmHg)								
120-139	451	66,9	273	72,6	346	78,8	1070	71,9
140-159	142	21,1	84	22,3	77	17,5	303	20,3
160-179	61	9,1	16	4,3	15	3,4	92	6,2
180 ve üzeri	20	3,0	3	0,8	1	0,2	24	1,6
Total kolesterol seviyesi (mg/dl)								
140-189	172	25,5	157	41,8	122	27,8	451	30,3
190-229	247	36,6	117	31,1	178	40,5	542	36,4
230-269	172	25,5	85	22,6	103	23,5	360	24,2
270-309	61	9,1	13	3,5	22	5,0	96	6,4
310 ve üzeri	22	3,3	4	1,1	14	3,2	40	2,7



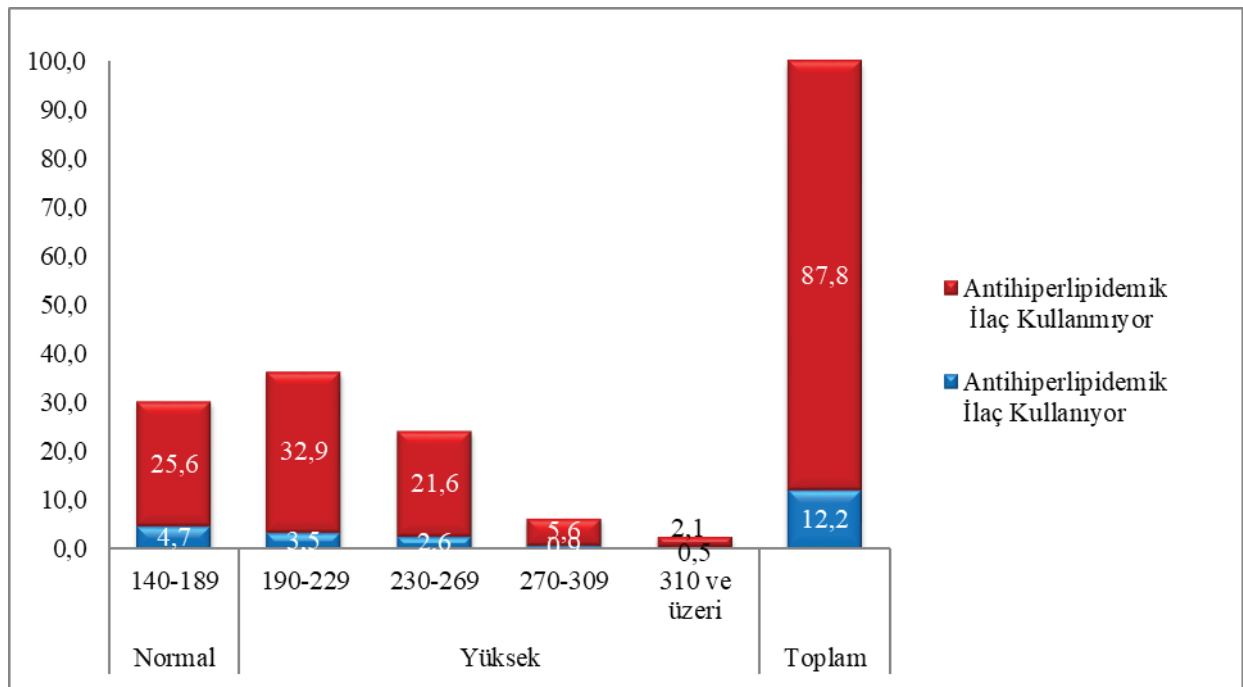
Şekil 5. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların sistolik kan basınçları ve total kolesterol düzeylerinin yüzde dağılımı, 2016

İller arasında sistolik kan basıncı ve total kolesterol seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiş olup İstanbul genel olarak sistolik kan basıncı ve total kolesterol düzeyleri açısından diğer illere göre daha yüksek seviyelere sahiptir (sırasıyla $\chi^2=38,999$ $p<0,001$ ve $\chi^2=46,872$ $p<0,001$).

Tablo 5'te katılımcıların total kolesterol düzeylerine göre antihiperlipidemik ilaç kullanma durumları incelenmiştir. Antihiperlipidemik ilaç kullanmalarına rağmen katılımcıların yüzde 11,5'inin total kan kolesterol düzeyleri 270 mg/dl ve üstünde, yüzde 21,4'ünün ise 230-269 mg/dl arasında olup, kontrol altında olmadıkları saptanmıştır. Benzer şekilde yüzde 8,8'inin total kan kolesterol düzeyleri 270 mg/dl ve üstünde, yüzde 24,6'sının ise 230-269 mg/dl arasında olup antihiperlipidemik ilaç kullanmadıkları görülmüştür.

Tablo 5. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların total kolesterol düzeyleri ve antihiperlipidemik ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016

	Antihiperlipidemik İlaç Kullanma Durumu					
	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Total kolesterol seviyesi (mg/dl)						
140-189	70	38,5	381	29,2	451	30,3
190-229	52	28,6	490	37,5	542	36,4
230-269	39	21,4	321	24,6	360	24,2
270-309	13	7,1	83	6,4	96	6,4
310 ve üzeri	8	4,4	32	2,4	40	2,7



Şekil 6. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların total kolesterol düzeyleri ve antihiperlipidemik ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016

Genel olarak bakıldığında, hiperkolesterolemisi olup (≥ 190 mg/dl), ilaç kullanmayanların oranı oldukça yüksek görülmüştür (yüzde 62,2). Saha uygulamasının yapıldığı iller açısından total kolesterol düzeylerine ve antihiperlipidemik ilaç kullanma durumlarındaki farklılıkları değerlendirmek amacıyla yapılan incelemeler Tablo 6, Tablo 7 ve Tablo 8’de sunulmuştur. Kanda total kolesterol seviyeleri 230 mg/dl ve üzeri olup ve ilaç kullanmayanların oranı, İstanbul için yüzde 37,5, Ankara için yüzde 27,8, Erzurum için ise yüzde 31,7’dir.

Tablo 6. İstanbul ilinde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların total kolesterol düzeyleri ve antihiperlipidemik ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016

	İstanbul'da Antihiperlipidemik İlaç Kullanma Durumu				Toplam	
	Evet		Hayır		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Total kolesterol seviyesi (mg/dl)						
140-189	25	3,7	147	21,8	172	25,5
190-229	23	3,4	224	33,2	247	36,6
230-269	22	3,3	150	22,3	172	25,5
270-309	8	1,2	53	7,9	61	9,1
310 ve üzeri	3	0,4	19	2,8	22	3,3

Tablo 7. Ankara ilinde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların total kolesterol düzeyleri ve antihiperlipidemik ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016

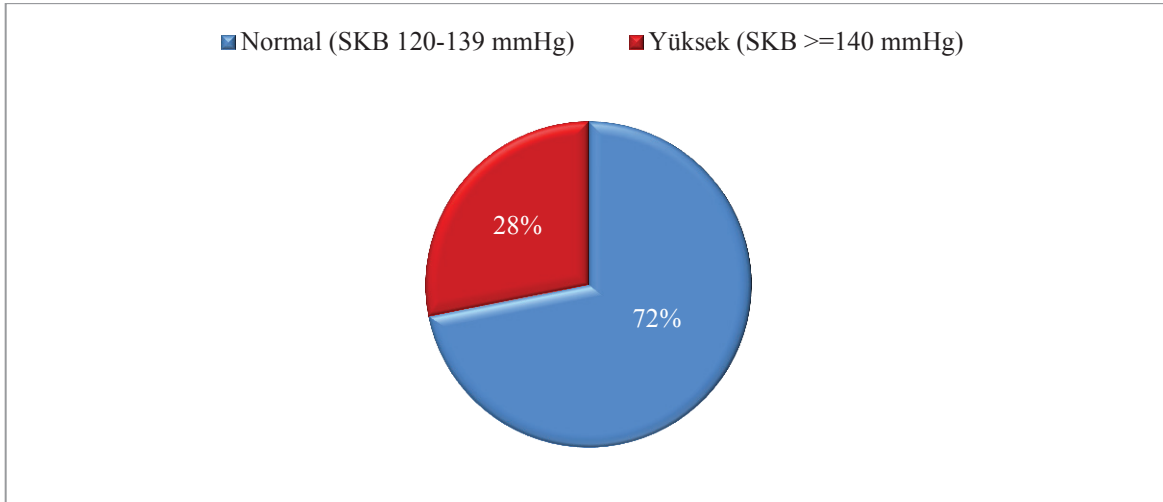
	Ankara'da Antihiperlipidemik İlaç Kullanma Durumu				Toplam	
	Evet		Hayır		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Total kolesterol seviyesi (mg/dl)						
140-189	24	6,4	133	35,4	157	41,8
190-229	20	5,3	97	25,8	117	31,1
230-269	10	2,7	75	19,9	85	22,6
270-309	1	0,3	12	3,2	13	3,5
310 ve üzeri	2	0,5	2	0,5	4	1,1

Tablo 8. Erzurum ilinde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların total kolesterol düzeyleri ve antihiperlipidemik ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016

	Erzurum'da Antihiperlipidemik İlaç Kullanma Durumu				Toplam	
	Evet		Hayır		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Total kolesterol seviyesi (mg/dl)						
140-189	21	4,8	101	23,0	122	27,8
190-229	9	2,1	169	38,5	178	40,5
230-269	7	1,6	96	21,9	103	23,5
270-309	4	0,9	18	4,1	22	5
310 ve üzeri	3	0,7	11	2,5	14	3,2

Hipertansiyon ülkemizde oldukça yaygın olan bir sorundur. Kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların yüzde 28'inin 140 mmHg ve üzerinde bir SKB değeri bulunmuştur (Şekil 7). Bu oran ulusal çalışmalarda elde edilen verilerin biraz altında görülmüştür (2010 yılında TURDEP II -kadın: yüzde 32,3, erkek: yüzde 30,9 - 2003 yılı Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması- *Patent'in* verileri: yüzde 31,8).

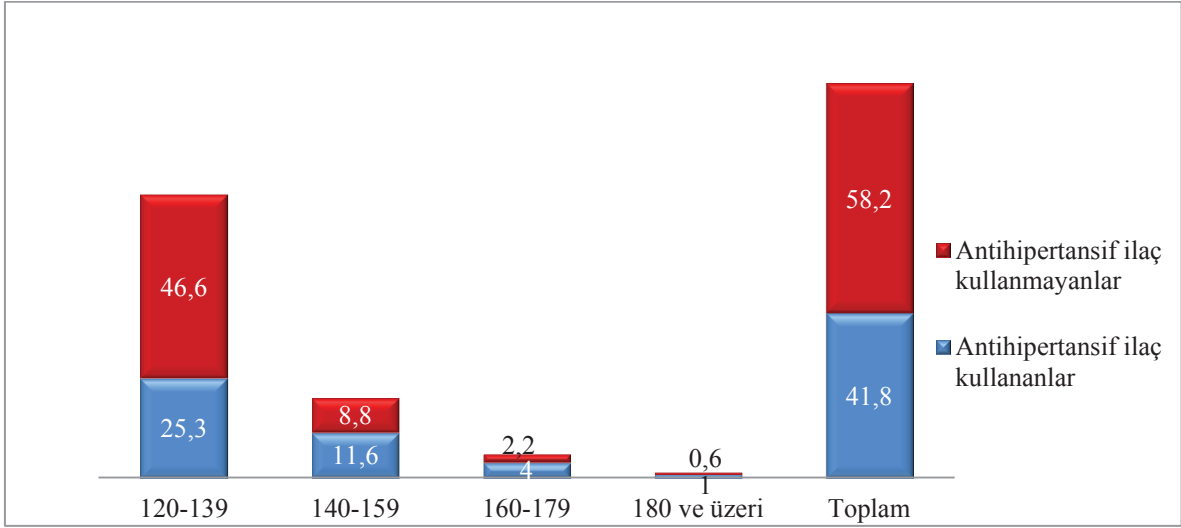
Antihipertansif ilaç kullanan kişilerin yüzde 60,5'nin kan basınçlarının ilaçla kontrol altında olduğu belirlenmiştir. Antihipertansif ilaç kullanmayan 867 kişinin yüzde 19,9'nun sistolik kan basıncı 140 mmHg ve üstündedir (Tablo 9). Saha uygulamasının yapıldığı iller açısından sistolik kan basıncı düzeyleri ve antihipertansif ilaç kullanma durumlarındaki farklılıkları değerlendirmek amacıyla yapılan incelemeler Tablo 10, Tablo 11 ve Tablo 12'de sunulmuştur.



Şekil 7. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların sistolik kan basıncı değerlerinin yüzde dağılımı, 2016

Tablo 9. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların sistolik kan basıncı değerleri ve antihipertansif ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016

	Antihipertansif İlaç Kullanma Durumu				Toplam	
	Evet		Hayır		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Sistolik kan basıncı (mmHg)						
120-139	376	60,5	694	80,0	1070	71,9
140-159	172	27,7	131	15,1	303	20,3
160-179	59	9,5	33	3,8	92	6,2
180 ve üzeri	15	2,4	9	1,0	24	1,6



Şekil 8. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların sistolik kan basıncı değerleri ve antihipertansif ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016

Tablo 10. İstanbul ilinde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların sistolik kan basıncı değerleri ve antihipertansif ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016

İstanbul	İstanbul'da Antihipertansif İlaç Kullanma Durumu				Toplam	
	Evet		Hayır		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Sistolik kan basıncı (mmHg)						
120-139	167	24,8	284	42,1	451	66,9
140-159	83	12,3	59	8,8	142	21,1
160-179	38	5,6	23	3,4	61	9,1
180 ve üzeri	12	1,8	8	1,2	20	3

Tablo 11. Ankara ilinde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların sistolik kan basıncı değerleri ve antihipertansif ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016

Ankara	Ankara'da Antihipertansif İlaç Kullanma Durumu				Toplam	
	Evet		Hayır		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Sistolik kan basıncı (mmHg)						
120-139	103	27,4	170	45,2	273	72,6
140-159	52	13,8	32	8,5	84	22,3
160-179	11	2,9	5	1,3	16	4,3
180 ve üzeri	3	0,8	0	0,0	3	0,8

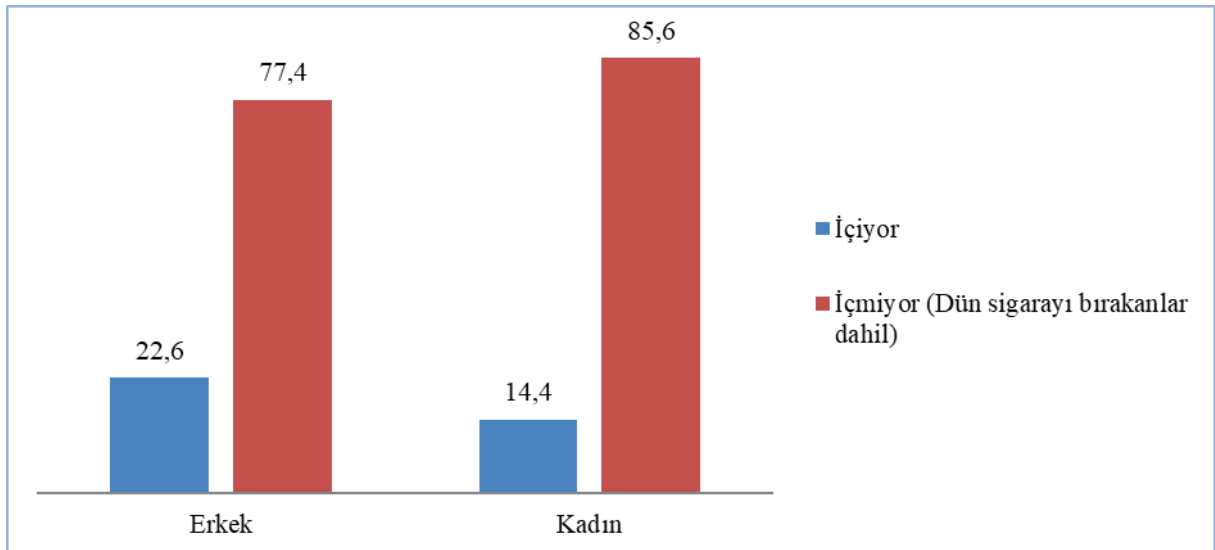
Tablo 12. Erzurum ilinde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların sistolik kan basıncı değerleri ve antihipertansif ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016

Erzurum	Erzurum'da Antihipertansif İlaç Kullanma Durumu				Toplam	
	Evet		Hayır		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Sistolik kan basıncı (mmHg)						
120-139	106	24,1	240	54,7	346	78,8
140-159	37	8,4	40	9,1	77	17,5
160-179	10	2,3	5	1,1	15	3,4
180 ve üzeri	0	0,0	1	0,2	1	0,2

Kardiyovasküler risk faktörleri cinsiyet açısından değerlendirildiğinde, çalışmaya katılmayı kabul eden kadın ve erkeklerde yaş ve sigara içme açısından istatistiksel olarak önemli bulunan farklılık belirlenmiştir. Kadınlara göre erkeklerde 65 yaş üzerinde olanların ve sigara içenlerin oranı fazladır. Kadın ve erkekler arasında yaş farkına rağmen sistolik kan basıncı ve kolesterol düzeyleri açısından farklılık yoktur. (Tablo 13).

Tablo 13. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesi risk faktörlerinin cinsiyete göre yüzde dağılımı, 2016

	Erkek		Kadın		Toplam		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş Grupları							
40-49	100	22,6	349	33,3	449	30,2	$\chi^2=41,926$ <0,001
50-54	80	18,1	207	19,8	287	19,3	
55-59	67	15,2	182	17,4	249	16,7	
60-64	74	16,7	149	14,2	223	15,0	
65-69	49	11,1	81	7,7	130	8,7	
70 ve üzeri	72	16,3	79	7,5	151	10,1	
Sigara içme durumu							
Evet	100	22,6	151	14,4	251	16,9	$\chi^2=14,919$ <0,001
Hayır (Dün sigarayı bırakanlar dahil)	342	77,4	896	85,6	1238	83,1	
Sistolik kan basıncı (mmHg)							
120-139	309	69,9	761	72,7	1070	71,9	$\chi^2=2,607$ p=0,456
140-159	101	22,9	202	19,3	303	20,3	
160-179	26	5,9	66	6,3	92	6,2	
180 ve üzeri	6	1,4	18	1,7	24	1,6	
Total Kolesterol (mg/dl)							
140-189	147	33,3	304	29,0	451	30,3	$\chi^2=5,097$ p=0,277
190-229	156	35,3	386	36,9	542	36,4	
230-269	103	23,3	257	24,5	360	24,2	
270-309	29	6,6	67	6,4	96	6,4	
310 ve üzeri	7	1,6	33	3,2	40	2,7	



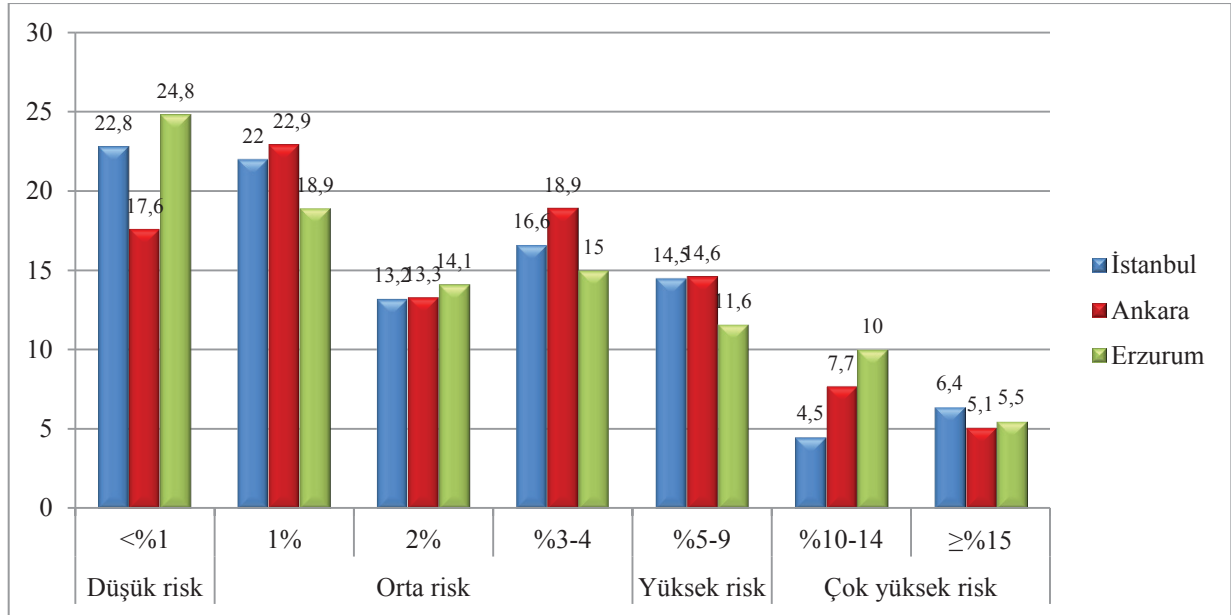
Şekil 9. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılanların cinsiyete göre sigara içme durumlarının yüzde dağılımı, 2016

Çalışmaya katılmayı kabul edenlerin sigara içme durumlarına bakıldığında, sigara kullanımı erkeklerde yüzde 22,6 kadınlarda ise yüzde 14,4 olarak hesaplanmıştır.

Kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılmayı kabul eden 40 yaş üzeri kişilere uygulanan cinsiyet, yaş, sistolik kan basıncı, sigara içme ve total kolesterol düzeyleri ile hesaplanan SCORE-Türkiye risk değerlendirme verileri analiz edildiğinde katılımcıların yüzde 22,1'inin düşük risk grubunda, yüzde 51,5'inin orta risk grubunda, yüzde 26,4'ünün yüksek/çok yüksek risk grubunda olduğu belirlenmiştir (Tablo 14).

Tablo 14. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesi SCORE-Türkiye sonuçlarının yüzde dağılımı, 2016

		İstanbul		Ankara		Erzurum		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
KVS risk değerlendirme									
Düşük risk	<%1	154	22,8	66	17,6	109	24,8	329	22,1
Orta risk	%1	148	22,0	86	22,9	83	18,9	317	21,3
	%2	89	13,2	50	13,3	62	14,1	201	13,5
	%3-4	112	16,6	71	18,9	66	15,0	249	16,7
Yüksek risk	%5-9	98	14,5	55	14,6	51	11,6	204	13,7
Çok yüksek risk	%10-14	30	4,5	29	7,7	44	10,0	103	6,9
	≥%15	43	6,4	19	5,1	24	5,5	86	5,8



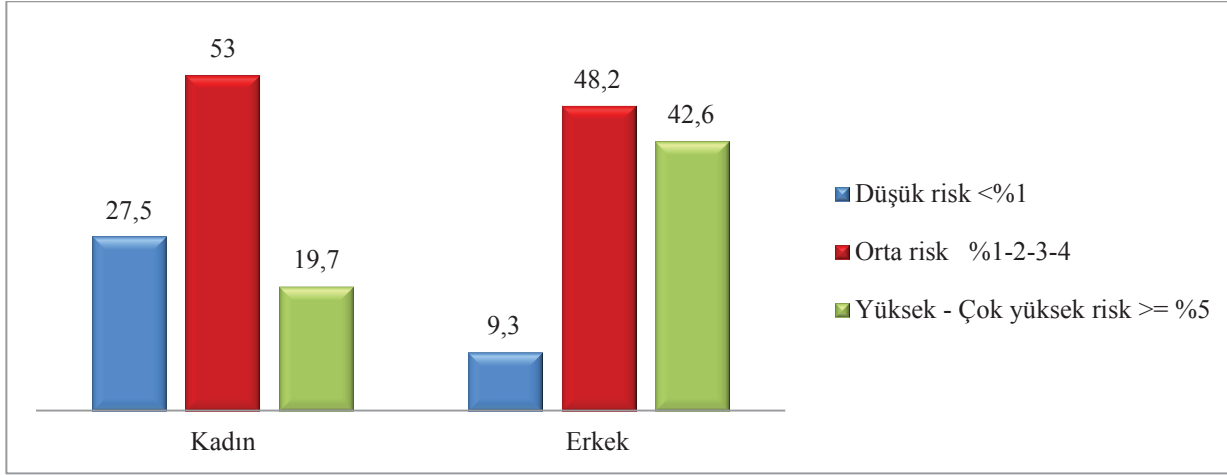
Şekil 10. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesi SCORE-Türkiye sonuçlarının yüzde dağılımı, 2016

Kardiyovasküler risk değerlendirmesine sonucunda hesaplanan SCORE-Türkiye risk değerlendirme verileri cinsiyete göre incelendiğinde erkeklerin yüzde 42,6'sının yüksek ve çok yüksek risk grubunda iken, kadınlarda bu oranın yüzde 19,7 olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2=120,534$, $p<0,001$) (Tablo 15, Şekil 11,12). Ancak her iki cinsiyette de orta risk

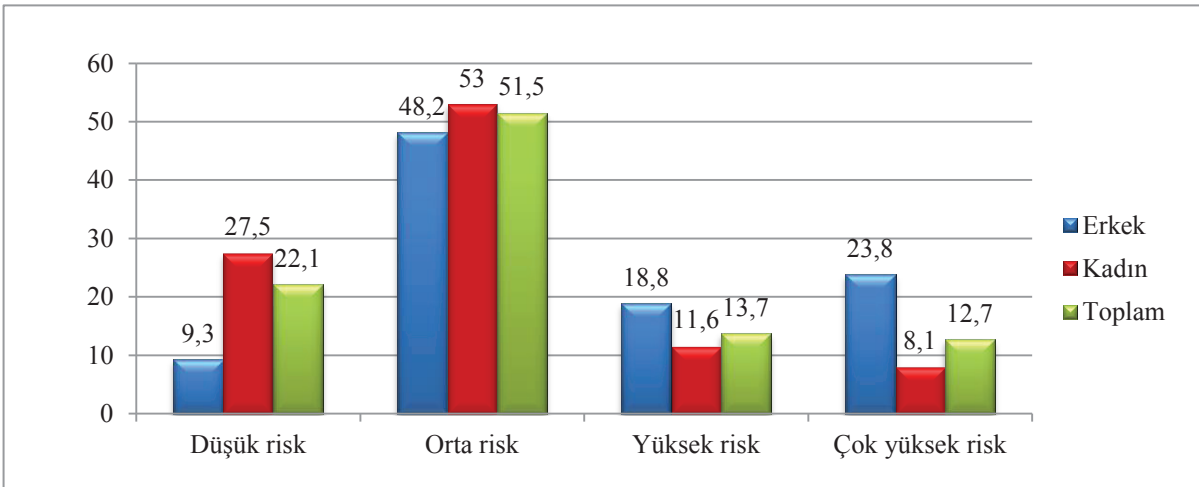
seviyesinde bir yığılma görülmüştür. Bu da bu hastaları, sadece sağlıklı yaşam önerileri ile (sağlıklı beslenme, fizik aktivite, sigara-alkol bırakma) düşük risk seviyesine getirebileceğimizi göstermektedir.

Tablo 15. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesi SCORE-Türkiye sonuçlarının cinsiyete göre yüzde dağılımı, 2016

		Kadın		Erkek		Toplam		p
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
KVS risk değerlendirme								
Düşük risk	<%1	288	27,5	41	9,3	329	22,1	<0,001 $\chi^2=120,534$
Orta risk	%1	252	24,1	65	14,7	317	21,3	
	%2	160	15,3	41	9,3	201	13,5	
	%3-4	142	13,6	107	24,2	249	16,7	
Yüksek risk	%5-9	121	11,6	83	18,8	204	13,7	
Çok yüksek risk	%10-14	55	5,3	48	10,9	103	6,9	
	\geq %15	29	2,8	57	12,9	86	5,8	



Şekil 11. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesi SCORE-Türkiye risk düzeyleri sonuçlarının cinsiyete göre yüzde dağılımı, 2016



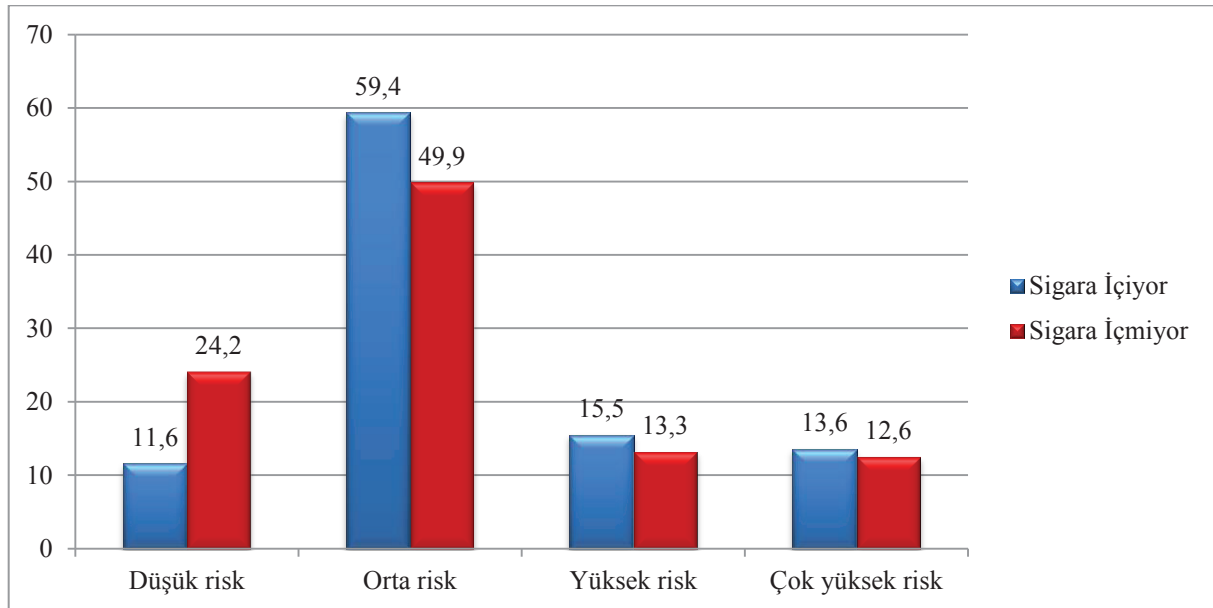
Şekil 12. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesi SCORE-Türkiye risk düzeyleri sonuçlarının cinsiyete göre yüzde dağılımları, 2016

Sigara içme durumuna göre incelendiğinde; sigara içen ve içmeyen grup arasında risk değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup sigara içmeyen grupta çok yüksek risk grubuna gidildikçe oranlar azalırken aynı düşüş sigara içen grupta gözlenmemektedir ($p<0,001$) tablo 13). Erkeklerdeki SCORE-Türkiye risk değerlerindeki yüksekliğin başvuran erkeklerin kadınlara göre daha ileri yaşta olmaları ve daha yüksek oranda sigara içiyor olmalarından kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 16).

Tablo 16. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesi SCORE-Türkiye sonuçlarının sigara içme durumuna göre yüzde dağılımı, 2016

		Sigara İçiyor		Sigara İçmiyor		Toplam		p
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
KVS risk değerlendirme								
Düşük risk	<%1	29	11,6	300	24,2	329	22,1	<0,001
Orta risk	%1	74	29,5	243	19,6	317	21,3	
	%2	17	6,8	184	14,9	201	13,5	
	%3-4	58	23,1	191	15,4	249	16,7	
Yüksek risk	%5-9	39	15,5	165	13,3	204	13,7	
Çok yüksek risk	%10-14	13	5,2	90	7,3	103	6,9	
	≥%15	21	8,4	65	5,3	86	5,8	

Çalışmaya katılanlarda orta riskte bir yoğunlaşma olduğu ve orta riskli hastaların diğer risk gruplarına göre sigara kullanım oranları daha yüksek olduğundan, sadece tütün kullanımını azaltmanın dahi kardiyovasküler riskin üzerinde bir etkisi olacağı görülmektedir (Şekil,13).



Şekil 13. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesi SCORE-Türkiye risk düzeyleri sonuçlarının sigara içme durumuna göre yüzde dağılımı, 2016

Aile hekimleri yaptıkları risk değerlendirmesi sonucunda hastalara ihtiyaçları doğrultusunda önerilerde bulunmuşlardır. Program hedeflerindeki algoritma dâhilinde yapılan öneriler değerlendirildiğinde;

hekimler düşük ve orta risk grubunda saptadıkları hastaların hemen tamamına sağlıklı beslenme ve fizik aktivite önerilerinde bulduklarını ifade etmişlerdir (Tablo 17 ve Tablo 18). Çok yüksek riskli olarak saptadıkları hastaların ise yüzde 81,9'unu uzman hekime yönlendirdikleri tespit edilmiştir (Tablo 19).

Tablo 17. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesi sonrasında düşük riskli bireye aile hekimi tarafından önerilen yaşam tarzı değişikliklerinin yüzde dağılımı, 2016

	Düşük riskli bireyler							
	İstanbul		Ankara		Erzurum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlıklı beslenme	153	99,4	62	93,9	109	100,0	324	98,5
Fizik aktivite	143	92,9	63	95,5	107	98,2	313	95,1
Sigara bırakma	11	7,1	11	16,7	3	2,8	25	7,6
Alkol bırakma	1	6	2	3,0	0	0,0	3	9

Tablo 18. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesi sonrasında orta riskli bireye aile hekimi tarafından önerilen yaşam tarzı değişikliklerinin yüzde dağılımı, 2016

	Orta riskli bireyler							
	İstanbul		Ankara		Erzurum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlıklı beslenme	345	98,9	206	99,5	209	99,1	760	99,1
Fizik aktivite	335	96,0	202	97,6	208	98,6	745	97,1
Sigara bırakma	79	22,6	50	24,2	21	10,0	150	19,6
Alkol bırakma	6	1,7	9	4,3	0	0,0	15	2,0
Antihipertansif tedavi	109	31,2	59	28,5	55	26,1	223	29,1
Lipid düşürücü tedavi	55	15,8	34	16,4	33	15,6	122	15,9

Tablo 19. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesi sonrasında yüksek ve çok yüksek riskli bireylere aile hekimi tarafından yapılan yönlendirmelerin yüzde dağılımı, 2016

	Yüksek ve çok yüksek riskli bireyler							
	İstanbul		Ankara		Erzurum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Uzman hekime yönlendirme	138	80,7	79	76,7	105	88,2	322	81,9
Diğer- bilgi yok	33	19,3	24	23,3	14	11,8	71	18,1

Uygulamaya geçilecek olan Kronik Hastalıkların İzlemi Saha Uygulaması çalışmasında, hekimlerin karşılaşması muhtemel olan sorunlarının ön değerlendirilmesini yapmak ve bu sorunlara yönelik çözüm önerileri geliştirmek de hedeflenmiştir. Yapılan değerlendirmede hekimlerin yüzde 80,7'si her hangi bir sorunla karşılaşmadığını belirtirken en sık karşılaşılan sorun yüzde 9,9 ile hekimin muayeneye vakit ayıramaması olarak tespit edilmiştir (Tablo 20).

Tablo 20. Seçilmiş illerde kardiyovasküler risk değerlendirmesi uygulaması sırasında hekimlerin karşılaştıkları güçlüklerin yüzde dağılımı, 2016

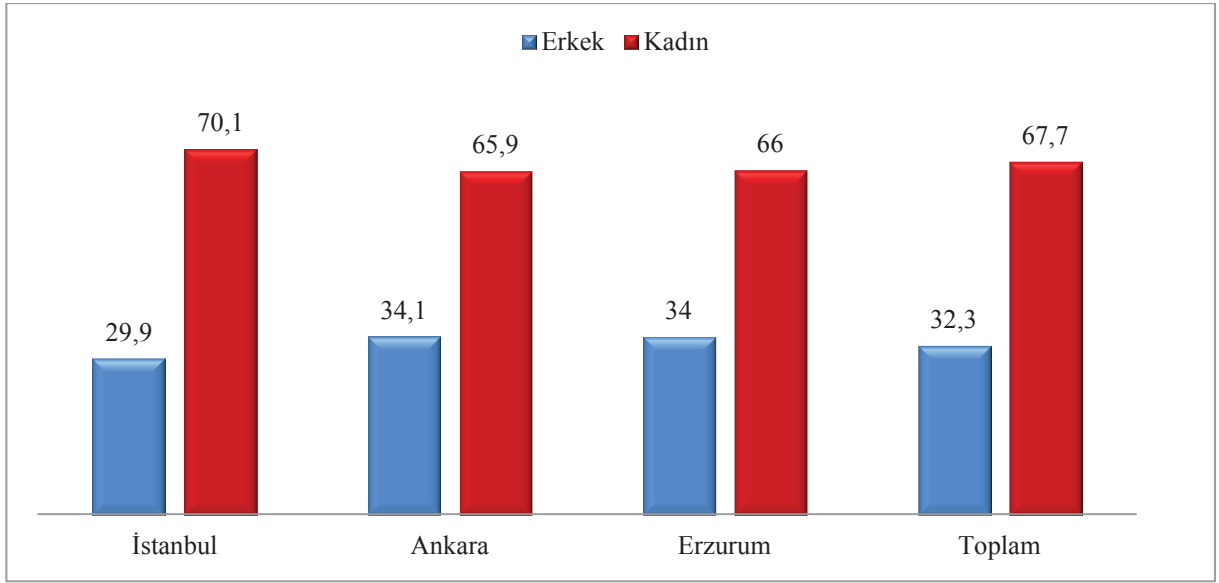
	İstanbul		Ankara		Erzurum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sorun yok	556	82,5	284	75,5	362	82,5	1202	80,7
Hekimin muayene için vakit ayıramaması	75	11,1	36	9,6	37	8,4	148	9,9
Laboratuvar tetkikleri için aç olmaması	33	4,9	50	13,3	18	4,1	101	6,8
Muayene olmak için hastanın vaktinin olmaması	27	4,0	27	7,2	29	6,6	83	5,6
Hastanın aç olarak laboratuvar tetkikleri için tekrar gelmek istememesi	7	1,0	5	1,3	10	2,3	22	1,5
Tetkikleri tamamlamak için laboratuvar imkânlarının yeterli olmaması	8	1,2	0	0,0	0	0,0	8	0,5
Telefon ile çağrılanların gelmemesi	1	0,1	0	0,0	1	0,2	2	0,1

4.1.2 Hipertansiyon Tarama ve İzlem Bulguları

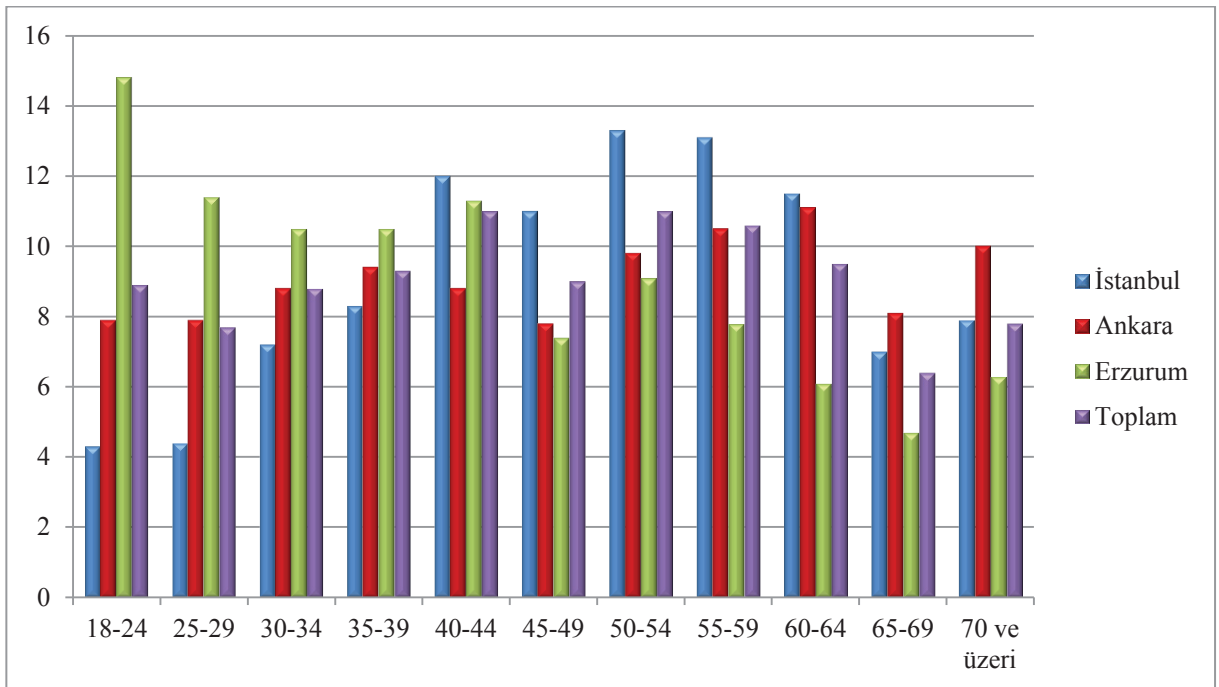
Hipertansiyon izlemi değerlendirmesine katılmayı kabul eden 18 yaş üzeri kişilerin yaş ve cinsiyet gibi tanımlayıcı özelliklerinin illere göre dağılımı Tablo 21’de sunulmuştur. Her ilde birbirine yakın oranlarda olmak üzere, saha uygulamasına katılanların yüzde 67,7’sini kadınlar oluşturmaktadır (Şekil 14).

Tablo 21. Seçilmiş illerde hipertansiyon tarama ve izlemine katılanların tanımlayıcı özelliklerinin yüzde dağılımı, 2016

	İstanbul		Ankara		Erzurum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet								
Erkek	338	29,9	233	34,1	332	34,0	903	32,3
Kadın	794	70,1	450	65,9	645	66,0	1889	67,7
Yaş Grupları								
18-24	49	4,3	54	7,9	145	14,8	248	8,9
25-29	50	4,4	54	7,9	111	11,4	215	7,7
30-34	82	7,2	60	8,8	103	10,5	245	8,8
35-39	94	8,3	64	9,4	103	10,5	261	9,3
40-44	136	12,0	60	8,8	110	11,3	306	11,0
45-49	125	11,0	53	7,8	72	7,4	250	9,0
50-54	150	13,3	67	9,8	89	9,1	306	11,0
55-59	148	13,1	72	10,5	76	7,8	296	10,6
60-64	130	11,5	76	11,1	60	6,1	266	9,5
65-69	79	7,0	55	8,1	46	4,7	180	6,4
70 ve üzeri	89	7,9	68	10,0	62	6,3	219	7,8



Şekil 14. Seçilmiş illerde hipertansiyon tarama ve izlemine katılanların cinsiyetlerinin yüzde dağılımı, 2016

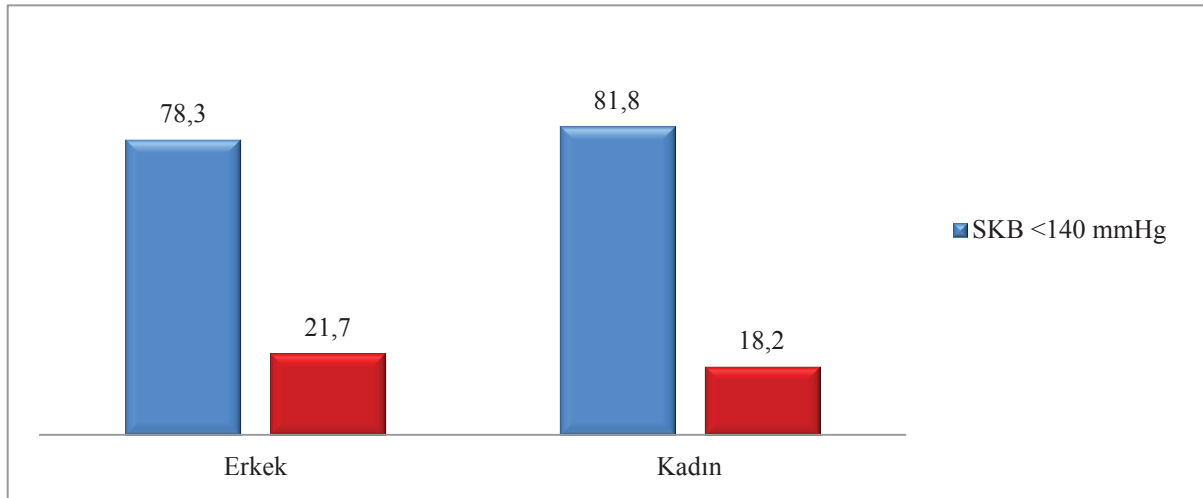


Şekil 15. Seçilmiş illerde hipertansiyon tarama ve izlemine katılanların yaş aralıklarına göre yüzde dağılımı, 2016

Hipertansiyon izlemine katılmayı kabul eden kişilerin cinsiyete göre yaş gruplarının ve sistolik kan basınçlarının dağılımı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (Tablo 22). 70 yaş üstü erkekler ve 40 yaş üstü kadınların çalışmada yüksek oranda temsil edildiği görülmektedir.

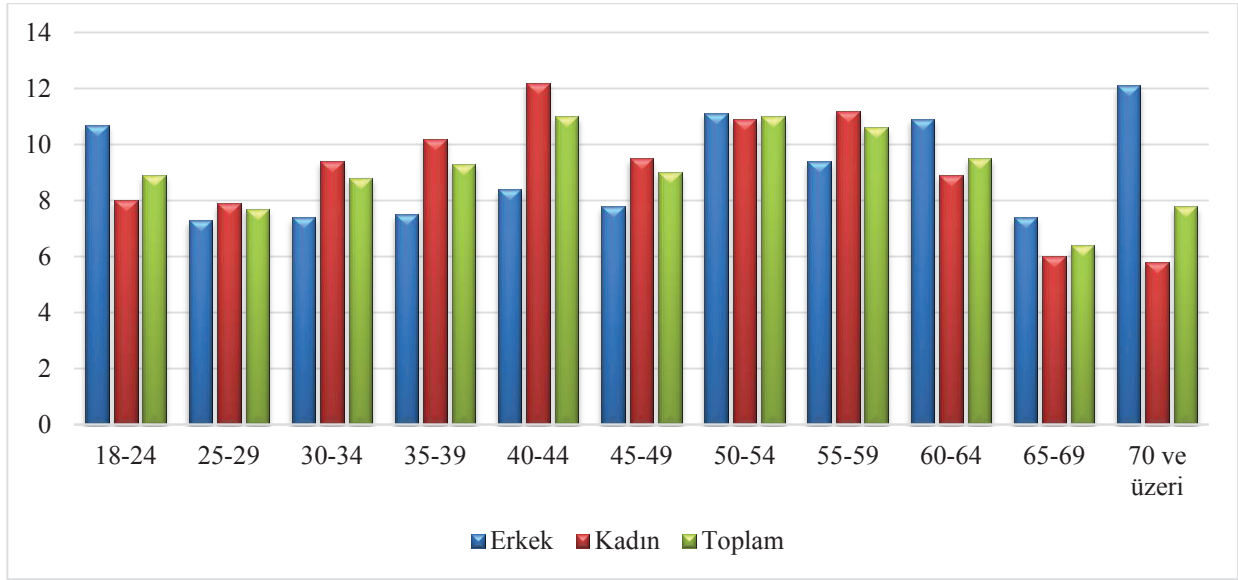
Tablo 22. Seçilmiş illerde hipertansiyon tarama ve izlemine katılanların yaş ve cinsiyete göre sistolik kan basıncı değerlerinin yüzde dağılımı, 2016

Sistolik kan basıncı (mmHg)	Erkek		Kadın		Toplam		P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
129 ve altı	529	58,6	1301	68,9	1830	65,5	<0,001 $\chi^2=35,621$
130-139	178	19,7	244	12,9	422	15,1	
140-159	141	15,6	231	12,2	372	13,3	
160-179	37	4,1	87	4,6	124	4,4	
180 ve üzeri	18	2,0	26	1,4	44	1,6	
Yaş grupları							
18-24	97	10,7	151	8,0	248	8,9	<0,001 $\chi^2=59,622$
25-29	66	7,3	149	7,9	215	7,7	
30-34	67	7,4	178	9,4	245	8,8	
35-39	68	7,5	193	10,2	261	9,3	
40-44	76	8,4	230	12,2	306	11,0	
45-49	70	7,8	180	9,5	250	9,0	
50-54	100	11,1	206	10,9	306	11,0	
55-59	85	9,4	211	11,2	296	10,6	
60-64	98	10,9	168	8,9	266	9,5	
65-69	67	7,4	113	6,0	180	6,4	
70 ve üzeri	109	12,1	110	5,8	219	7,8	



Şekil 16. Seçilmiş illerde hipertansiyon tarama ve izlemine katılanların cinsiyetine göre hipertansiyon vakalarının yüzde dağılımı, 2016

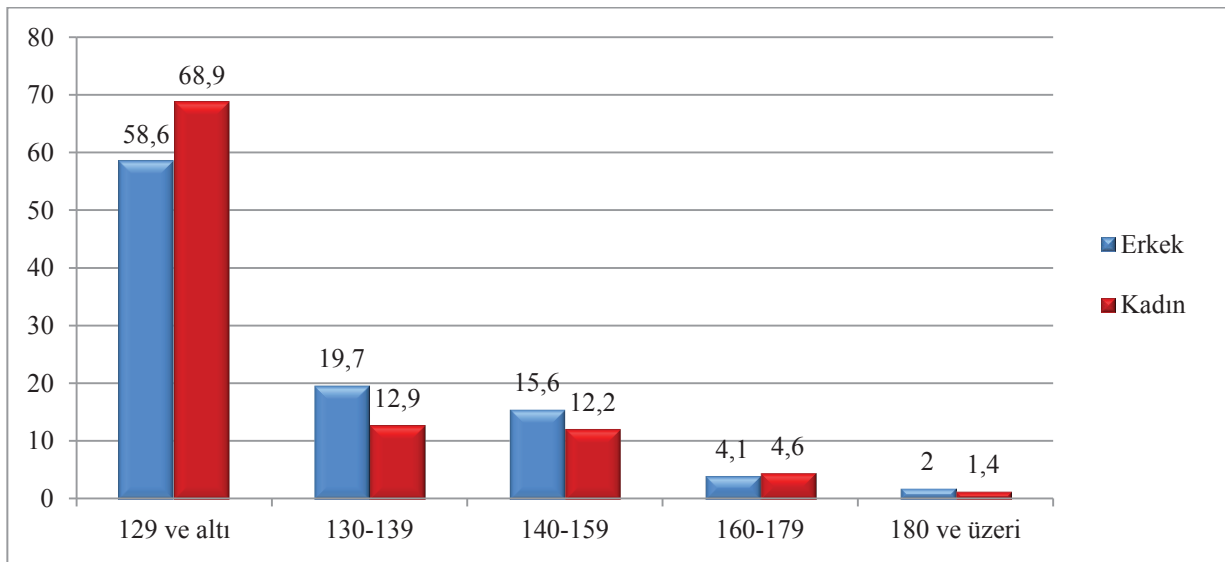
İzleme, erkeklerde daha ileri yaşlardaki yaş grubundan katılımın fazla olması ve hipertansiyonun görülme sıklığının genel topluma göre ileri yaşlarda daha yüksek olması; erkeklerin tansiyonlarının kadınlara göre yüksek saptanmış olmasını açıklayan sebepler arasında sayılabilir ($p<0,001$) (Tablo 22; Şekil 17).



Şekil 17. Seçilmiş illerde hipertansiyon tarama ve izlemine katılanların cinsiyete göre yaş aralığı yüzde dağılımları, 2016

Yaş grupları incelendiğinde 25-49 yaş aralığındaki erkeklerin daha az oranda hipertansiyon tarama ve izlemeye katıldıkları, ellili yaşlardan sonra erkeklerin katılımında bir yükselişin gözlemlendiği ve 70 yaş ve üzerinde katılımın pik yaptığı görülmüştür. Kadınların hipertansiyon tarama ve izlemeye katılımlarında ise 40-44 yaş aralığında pik izlenmektedir.

Hipertansiyon tarama ve izleminde sistolik kan basıncı değerleri incelendiğinde; erkeklerin yüzde 58,6'sının kadınların yüzde 68,9'unun sistolik kan basıncının 129 mmHg'nin altında olduğu, erkeklerin yüzde 19,7'sinin ve kadınların yüzde 12,9'unun sistolik kan basıncının 130-139 mmHg arasında olduğu görülmüştür. Erkeklerin yüzde 15,6'sında ve kadınların yüzde 12,2'sinde sistolik kan basıncının 140-159 mmHg arasında olduğu tespit edilmiştir (Şekil 18).



Şekil 18. Seçilmiş illerde hipertansiyon tarama ve izlemine katılanların sistolik kan basıncı değerleri ve cinsiyetlere göre yüzde dağılımı, 2016

Hipertansiyon tarama ve izleminde verileri değerlendirmeye alınan 2792 kişinin yüzde 19,3'ünün sistolik kan basıncı, izlem sırasındaki ölçümde 140 mmHg ve üzerinde bulunmuştur (Tablo 23). Erzurum ilinden araştırmaya katılmayı kabul edenlerde sistolik kan basıncı 140 mmHg ve üzerinde olanların oranı, diğer illere göre daha düşük (yüzde 9,8) olarak bulunmuştur ve iller arası bu farklılık istatistiksel olarak anlamıdır ($p<0,001$ $\chi^2=132,527$). Ancak, taranmış hastaların yaş aralıklarına baktığımızda, Erzurum'da 18-44 yaş aralığında bir yoğunluk görülüyor iken, İstanbul'da 40-64 yaş aralığında bir yoğunluk görülmüştür (Tablo 21, Şekil 18). Yaş, hipertansiyon hastalığının prevalans araştırmasını doğrudan etkileyen bir faktördür.

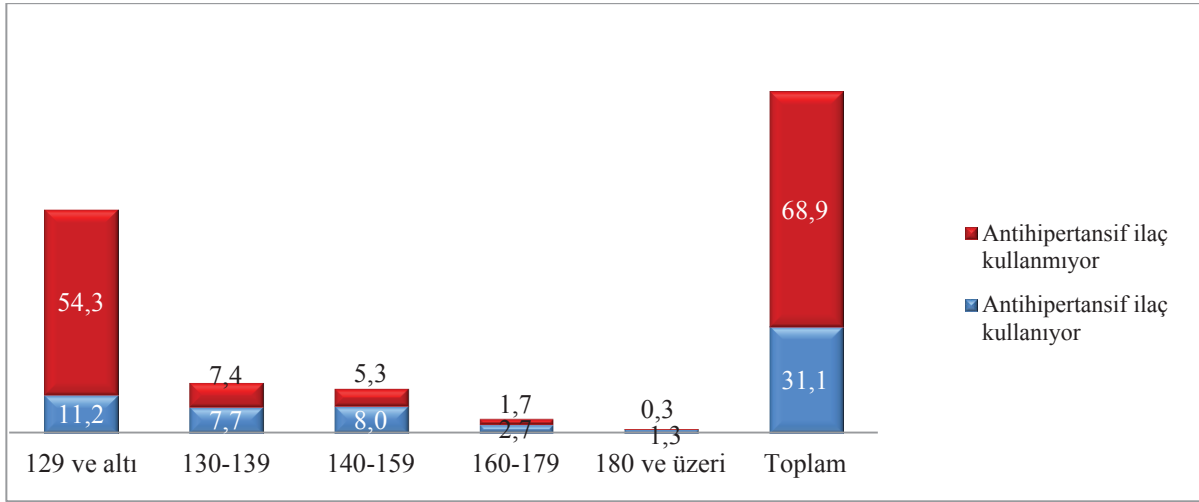
Tablo 23. Seçilmiş illerde hipertansiyon tarama ve izlemine katılanların kan basıncı değerlerinin yüzde dağılımı, 2016

	İstanbul		Ankara		Erzurum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sistolik Kan Basıncı (mmHg)								
129 ve altı	662	58,5	404	59,2	764	78,2	1830	65,5
130-139	178	15,7	127	18,6	117	12,0	422	15,1
140-159	185	16,3	108	15,8	79	8,1	372	13,3
160-179	77	6,8	33	4,8	14	1,4	124	4,4
180 ve üzeri	30	2,7	11	1,6	3	0,3	44	1,6

Tablo 24. Seçilmiş illerde hipertansiyon tarama ve izlemine katılanların sistolik kan basıncı değerleri ve antihipertansif ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016

	Antihipertansif İlaç Kullanma Durumu				Toplam	
	Evet		Hayır		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Sistolik Kan Basıncı (mmHg)						
129 ve altı	314	36,2	1516	78,8	1830	65,5
130-139	216	24,9	206	10,7	422	15,1
140-159	224	25,8	148	7,7	372	13,3
160-179	76	8,8	48	2,5	124	4,4
180 ve üzeri	37	4,3	7	0,4	44	1,6

Saha uygulamasına katılmayı kabul edenlerin yüzde 68,9'u antihipertansif ilaç kullanmamaktadır. Antihipertansif ilaç kullanan yüzde 31,1 bireyin yüzde 38,9'unun ise sistolik kan basıncı değerleri kontrol altında değildir (Şekil 19).



Şekil 19. Seçilmiş illerde hipertansiyon tarama ve izlemine katılanların sistolik kan basıncı değerleri ve antihipertansif ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016

Hipertansiyon tarama ve izleme programına katılmayı kabul edenlerin antihipertansif ilaç kullanma durumlarının illere göre dağılımı Tablo 25’te verilmiştir. İllere göre antihipertansif ilaç kullanma durumuna bakıldığında İstanbul ve Ankara benzer oranda ilaç kullanımı olduğu Erzurum’da ise bu iki şehrin yaklaşık yarı oranında az ilaç kullanımı olduğu belirlenmiştir.

Tablo 25. Seçilmiş illerde hipertansiyon tarama ve izlemine katılanların antihipertansif ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016

	İstanbul		Ankara		Erzurum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Antihipertansif İlaç Kullanma								
Evet	435	38,4	253	37,0	179	18,3	867	31,1
Hayır	697	61,6	430	63,0	798	81,7	1925	68,9

Saha uygulamasının yapıldığı iller açısından sistolik kan basıncı düzeyleri ve antihipertansif ilaç kullanma durumlarındaki farklılıkları değerlendirmek amacıyla yapılan incelemeler Tablo 26, Tablo 27 ve Tablo 28’de sunulmuştur.

Tablo 26. İstanbul ilinde hipertansiyon tarama ve izlemine katılanların kan basıncı değerleri ve antihipertansif ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016

Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	İstanbul’da Antihipertansif İlaç Kullanma Durumu				Toplam	
	Evet		Hayır		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
129 ve altı	160	14,1	502	44,3	662	58,5
130-139	100	8,8	78	6,9	178	15,7
140-159	109	9,6	76	6,7	185	16,3
160-179	42	3,7	35	3,1	77	6,8
180 ve üzeri	24	2,1	6	0,5	30	2,7

Tablo 27. Ankara ilinde hipertansiyon tarama ve izlemine katılanların kan basıncı değerleri ve antihipertansif ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016

	Ankara'da Antihipertansif İlaç Kullanma Durumu				Toplam	
	Evet		Hayır		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Sistolik Kan Basıncı (mmHg)						
129 ve altı	84	12,3	320	46,9	404	59,2
130-139	66	9,7	61	8,9	127	18,6
140-159	67	9,8	41	6,0	108	15,8
160-179	25	3,7	8	1,2	33	4,8
180 ve üzeri	11	1,6	0	0,0	11	1,6

Tablo 28. Erzurum ilinde hipertansiyon tarama ve izlemine katılanların kan basıncı değerleri ve antihipertansif ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016

	Erzurum'da Antihipertansif İlaç Kullanma Durumu				Toplam	
	Evet		Hayır		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Sistolik Kan Basıncı (mmHg)						
129 ve altı	70	7,2	694	71,0	764	78,2
130-139	50	5,1	67	6,9	117	12
140-159	48	4,9	31	3,2	79	8,1
160-179	9	0,9	5	0,5	14	1,4
180 ve üzeri	2	0,2	1	0,1	3	0,3

Hipertansiyon izlem programına katılmayı kabul eden ve sistolik kan basıncı 140mmHg ve üzerinde olan 540 kişi bulunmaktadır. Değerlendirilen veri tabanında bu kişilerden 337'sinin 'tetkik istendi mi' sorusuna verilen yanıtları vardır. Mevcut veriler değerlendirildiğinde tansiyonu 140mmHg ve üzerinde olan bu kişilerin yüzde 38,9'una tetkik istenmemiştir (Tablo 29).

Tablo 29. Seçilmiş illerde sistolik kan basıncı 140 mmHg ve üzerinde olan hastalardan tetkik istenme durumunun yüzde dağılımı, 2016

	Sistolik kan basıncı 140mmHg ve üzerinde olan hastalardan tetkik istenme durumu							
	İstanbul		Ankara		Erzurum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tetkik İstendi	117	66,9	54	52,4	35	59,3	206	61,1
Tetkik İstenmedi	58	33,1	49	47,6	24	40,7	131	38,9

Hipertansiyon tarama ve izleme programına katılmayı kabul edenlerin sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerinin dağılımını birlikte gösteren riskli ve hipertansif kabul edilebilecekleri gösteren bulgular Tablo 30'da verilmiştir. Hipertansiyon tanımları DSÖ standartlarına göre SKB \geq 140 mmHg ve/veya DKB \geq 90 mmHg olduğundan toplam 633 kişide (yüzde 22,7) bu değerler bulunmuştur.

Tablo 30. Seçilmiş illerde hipertansiyon tarama ve izlemine katılanların sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerinin yüzde dağılımı, 2016

	Diyastolik kan basıncı (mm/Hg)										Toplam		
	84 ve altı		85-89		90-99		100-109		110 ve üzeri		Sayı	%	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			
Sistolik kan basıncı (mm/Hg)	129 ve altı	1750	81,1	50	20,9	26	9,7	2	0	2	0,0	1830	65,5
	130-139	236	10,9	121	50,6	62	23,2	2	2,0	1	3,7	422	15,1
	140-159	151	7,0	59	24,7	127	47,6	34	34,3	1	3,7	372	13,3
	160-179	19	,9	8	3,3	45	16,9	47	47,5	5	18,5	124	4,4
	180 ve üzeri	2	,1	1	,4	7	2,6	14	14,1	20	74,1	44	1,6

Hipertansiyon tarama ve izleme programına katılmayı kabul eden kişilerden antihipertansif ilaç kullananlarda sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerinin dağılımı Tablo 31’de verilmiştir. Hem diyastolik hemde sistolik kan basıncı yüksek olan 189 kişinin ilaç kullandığı halde tansiyonu regüle değildir.

Tablo 31. Seçilmiş illerde antihipertansif ilaç kullananlarda kan basıncı değerlerinin yüzde dağılımı, 2016

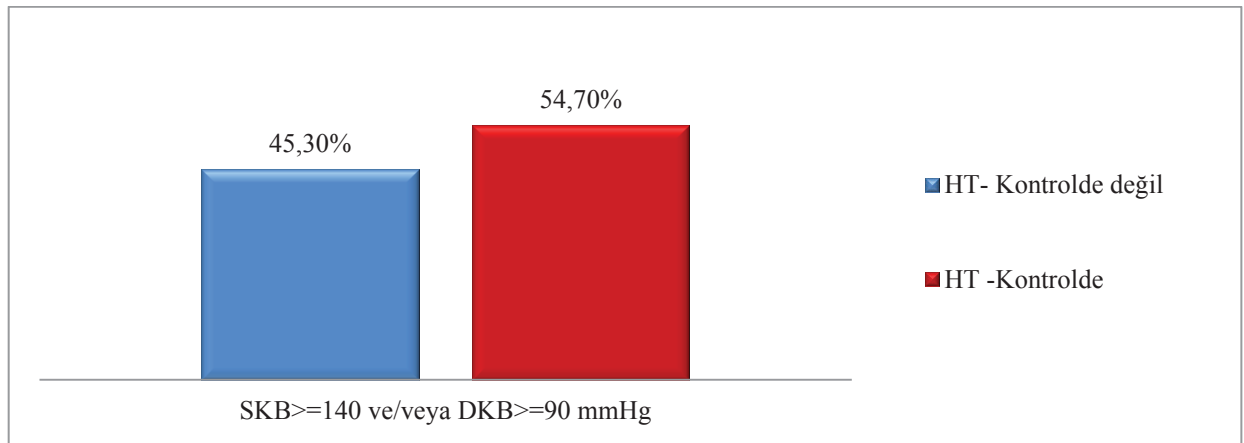
	Diyastolik kan basıncı (mm/Hg)										Toplam		
	84 ve altı		85-89		90-99		100-109		110 ve üzeri		Sayı	%	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			
Sistolik kan basıncı (mm/Hg)	129 ve altı	290	58,0	12	9,8	12	7,3	0	0,0	0	0,0	314	36,2
	130-139	104	20,8	68	55,7	41	24,8	2	3,3	1	5,3	216	24,9
	140-159	88	17,6	37	30,3	79	47,9	19	31,1	1	5,3	224	25,8
	160-179	16	3,2	4	3,3	27	16,4	28	45,9	1	5,3	76	8,8
	180 ve üzeri	2	0,4	1	,8	6	3,6	12	19,7	16	84,2	37	4,3

Hipertansiyon tarama ve izleme programına katılmayı kabul eden kişilerden antihipertansif ilaç kullananlarda hem sistolik ve hem de diyastolik kan basıncı değerlerinin dağılımı Tablo 32 de verilmiştir. 111 kişi sistolik ve diyastolik kan basıncı yüksek olduğu halde ilaç kullanmamaktadır.

Tablo 32. Seçilmiş illerde antihipertansif ilaç kullanmayanlarda kan basıncı değerlerinin yüzde dağılımı, 2016

	Diyastolik kan basıncı (mm/Hg)										Toplam	
	84 ve altı		85-89		90-99		100-109		110 ve üzeri		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
129 ve altı	1462	88,1	38	32,5	14	13,7	2	5,3	0	0,0	1516	78,8
130-139	132	8,0	53	45,3	21	20,6	0	0,0	0	0,0	206	10,7
140-159	63	3,8	22	18,8	48	47,1	15	39,5	0	0,0	148	7,7
160-179	3	,2	4	3,4	18	17,6	19	50,0	4	50,0	48	2,5
180 ve üzeri	0	0,0	0	0,0	1	1,0	2	5,3	4	50,0	7	0,4

Bu çalışmada vardığımız sonuca göre hipertansiyon hastaların yüzde 54,7'sinin kontrolde oldukları, yüzde 45,3'ünün ise kontrolde olmadıkları görülmüştür (Şekil 21).



Şekil 20. Seçilmiş illerde hipertansiyonu olan kişilerin kontrolde ve tedavide olma durumlarının yüzde dağılımı, 2016

Hipertansiyon izleme ve değerlendirmesine dâhil edilenlerden antihipertansif ilaç kullanmayan 1925 (sağlıklı bireyler ve hipertansiyon tedavisi almayan hipertansif bireyler) kişiye hekimlerin en sık verdiği danışmanlık yüzde 97,8 ile sağlıklı beslenme önerileri olmuştur. Sistolik kan basıncı yüksek saptanan 867 kişi incelendiğinde ise başvuruda kişilere tedavi düzenleme ve önerilerde bulunma oranlarına göre hekimin kendisinin beslenme ve fizik aktivite önerilerinde bulunması ve antihipertansif ilaç reçetesi vermesi en sık tercih edilen üç tedavi seçimi olarak gözlemlenmiştir. (Sırasıyla yüzde 82,4, yüzde 79,6 ve yüzde 73,7) (Tablo 33 ve Tablo 34).

Tablo 33. Seçilmiş illerde hipertansiyon tarama ve izlemine katılan sistolik kan basıncı normal olarak ölçülmüş sağlıklı kişilere aile hekimlerinin danışmanlık önerilerinin yüzde dağılımı, 2016

	İstanbul		Ankara		Erzurum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlıklı beslenme önerileri	667	95,7	419	97,4	796	99,7	1882	97,8
Sigara bırakma önerileri	87	12,5	94	21,9	89	11,2	270	14,0
Alkol bırakma önerileri	4	6	10	2,3	4	5	18	9

Tablo 34. Seçilmiş illerde hipertansiyon tarama ve izleminde başvuru anında sistolik kan basıncı yüksek saptanan kişilere aile hekimlerinin tedavi düzenleme durumlarının yüzde dağılımı, 2016

	İstanbul		Ankara		Erzurum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlıklı beslenme önerilerini hekimin anlatması	363	83,4	223	88,1	128	71,5	714	82,4
Fizik aktivite önerileri	340	78,2	207	81,8	143	79,9	690	79,6
Antihipertansif ilaç reçetesi	291	66,9	192	75,9	156	87,2	639	73,7
Sağlıklı beslenme önerileri için diyetisyene yönlendirme	126	29,0	60	23,7	74	41,3	260	30,0
Sigara bırakma önerileri	41	9,4	46	18,2	10	5,6	97	11,2
Alkol bırakma önerileri	3	0,7	24	9,5	0	0,0	27	3,1

Başvuruda hipertansiyon tanısıyla ilaç kullanan hastalara komplikasyon izlemi için tetkik izlemi öngörülmüştür. Bu izlem kapsamında en çok yapılan tetkik yüzde 88,6 ile laboratuvar tetkikleri olup, en az yapılan yüzde 12,9 ile göz dibi incelemesi olarak tespit edilmiştir. (Tablo 35)

Tablo 35. Seçilmiş illerde hipertansiyon tarama ve izleminde başvuru anında hipertansiyon tanısıyla ilaç kullanan kişilerin komplikasyon izleminde tetkik istenme durumlarının yüzde dağılımı, 2016

	İstanbul		Ankara		Erzurum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Laboratuvar tetkikleri	250	87,7	115	83,9	103	97,2	468	88,6
Kardiyovasküler risk değerlendirme	221	77,5	89	65,0	82	77,4	392	74,2
EKG çekilmesi	43	15,1	50	36,5	10	9,4	103	19,5
Göz dibi incelemesi yapılması	37	13,0	23	16,8	8	7,5	68	12,9

Hekimlerin saha uygulamasında karşılaştıkları sorunlar sorgulandığında; hipertansiyon izleme ve değerlendirmesine dâhil edilenlerden antihipertansif ilaç kullanmayan 1925 kişinin (sağlıklı bireyler ve hipertansiyon tedavisi almayan hipertansif bireyler) başvurusunda en sık karşılaştıkları sorun olarak yüzde 6,1 ile hekimin muayeneye vakit ayıramaması olarak tespit edilmiştir. Antihipertansif ilaç kullanan 867 hastanın izleminde ise en sık karşılaşılan sorun yüzde 11,6 ile hastanın laboratuvar

testikleri için aç olmaması iken onu yüzde 8,5 ile hekimin muayene için vakti olmaması takip etmektedir. (Tablo 36 ve Tablo 37)

Tablo 36. Seçilmiş illerde hipertansiyon değerlendirmesi kapsamında hekimlerin hipertansiyon tanısı olmayan hasta izleminde karşılaştıkları güçlüklerin yüzde dağılımı, 2016

	İstanbul		Ankara		Erzurum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sorun yok	645	92,5	372	86,5	717	89,8	1734	90,1
Hekimin muayene için vakit ayıramaması	39	5,6	23	5,3	56	7,0	118	6,1
Muayene olmak için hastanın vaktinin olmaması	19	2,7	39	9,1	44	5,5	102	5,3
Telefon ile çağrılarının gelmemesi	3	0,4	0	0,0	3	0,4	6	3

Tablo 37. Seçilmiş illerde hipertansiyon değerlendirmesi kapsamında hekimlerin hipertansiyon kontrolü için ilaç kullanan hasta izleminde karşılaştıkları güçlüklerin yüzde dağılımı, 2016

	İstanbul		Ankara		Erzurum			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sorun yok	332	76,3	186	73,5	125	69,8	643	74,2
Laboratuvar tetkikleri için aç olmaması	26	6,0	46	18,2	29	16,2	101	11,6
Hekimin muayene için vakit ayıramaması	48	11,0	12	4,7	14	7,8	74	8,5
Muayene olmak için hastanın vaktinin olmaması	22	5,1	14	5,5	5	2,8	41	4,7
Hastanın aç olarak laboratuvar tetkikleri için tekrar gelmek istememesi	10	2,3	13	5,1	18	10,1	41	4,7
Tetkikleri tamamlamak için laboratuvar imkânlarının yeterli olmaması	27	6,2	5	2,0	1	0,6	33	3,8

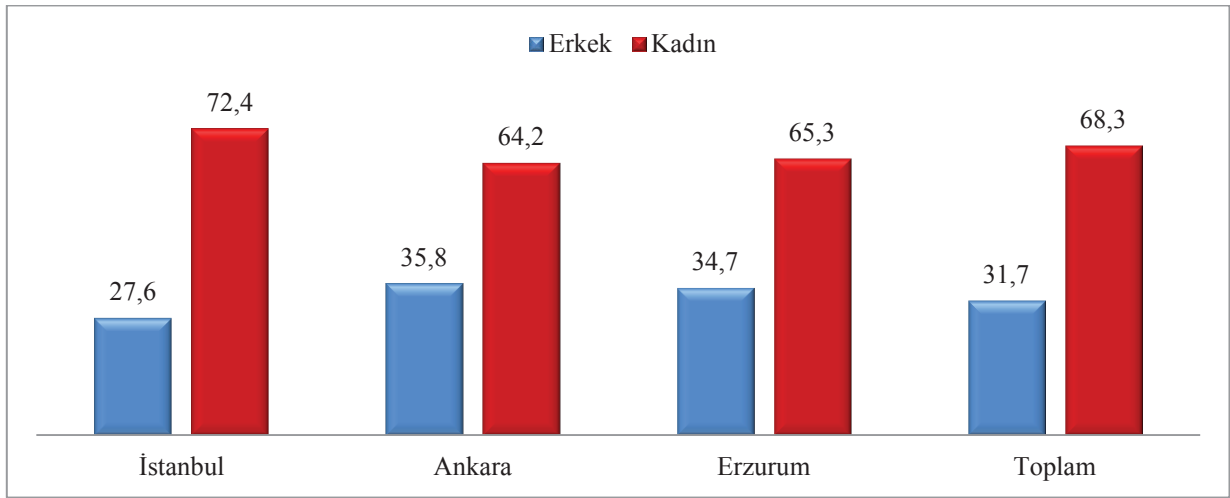
4.1.3 Diyabet Tarama ve İzlem Bulguları

Bu çalışmada 3 şehirde aile sağlığı merkezine başvuran 45 yaş ve üzeri hastalara diyabet tarama ve izlemi uygulanmıştır. 1149 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Diyabet izlemi verilerinde mükerrer kaydı bulunan 31 veri ve aile hekimliği birim kodu hatalı olan 5 veri değerlendirme dışı bırakılmıştır. Analizler İstanbul'dan 514, Ankara'dan 288, Erzurum'dan 311 kişi olmak üzere 1113 kişinin bulgularını yansıtmaktadır.

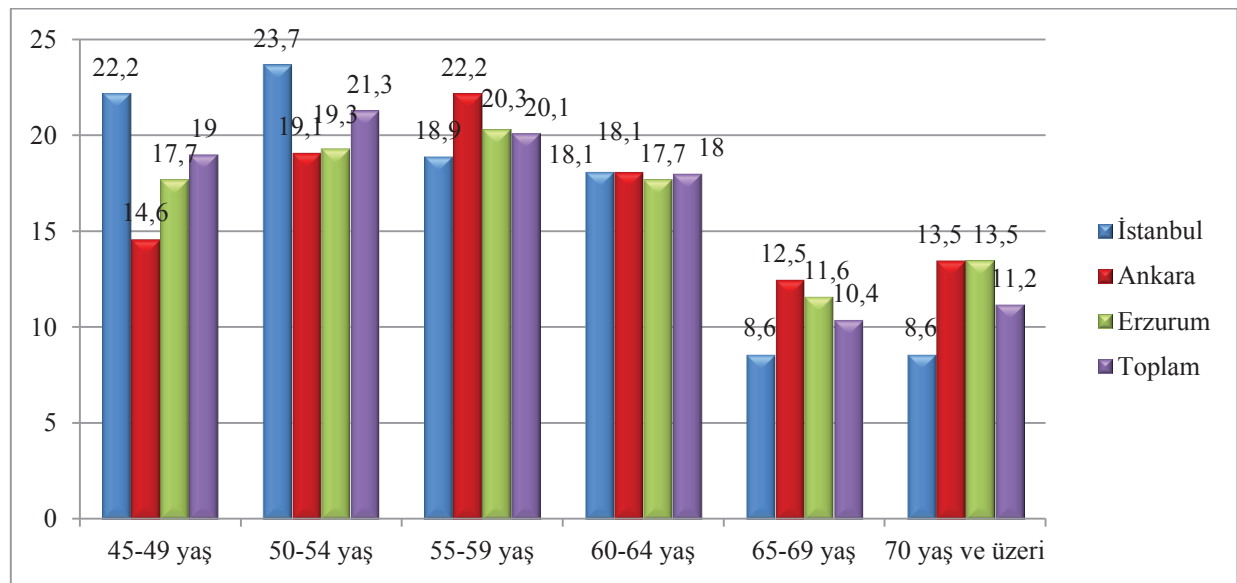
Diyabet izlemi değerlendirmesine katılmayı kabul eden 40 yaş üzeri kişilerin illere göre tanımlayıcı özellikleri Tablo 38'de sunulmuştur. Saha uygulamasına katılmayı kabul eden kadın oranı her ilde benzer bir şekilde erkeklerden fazladır. Bu saha uygulamasında kadınların tüm grup içindeki oranı yüzde 68,3'tir (Şekil 22). Yaş aralıklarını incelediğimizde ise tarama ve izlemeye katılanlar, en çok 50-54 yaş (yüzde 21,3) ve 55-59 yaş (yüzde 20,1) aralığındaki hastalardan oluşmaktadır. 45-49 ve 60-64 yaş aralıklarındaki hastalar ise nerdeyse aynı oranda izlenmişlerdir (Tablo 38; Şekil 23).

Tablo 38. Seçilmiş illerde diyabet tarama ve izlemine katılanların tanımlayıcı özelliklerinin yüzde dağılımı, 2016

	İstanbul		Ankara		Erzurum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet								
Erkek	142	27,6	103	35,8	108	34,7	353	31,7
Kadın	372	72,4	185	64,2	203	65,3	760	68,3
Yaş Grupları								
45-49	114	22,2	42	14,6	55	17,7	211	19,0
50-54	122	23,7	55	19,1	60	19,3	237	21,3
55-59	97	18,9	64	22,2	63	20,3	224	20,1
60-64	93	18,1	52	18,1	55	17,7	200	18,0
65-69	44	8,6	36	12,5	36	11,6	116	10,4
70 ve üzeri	44	8,6	39	13,5	42	13,5	125	11,2



Şekil 21. Seçilmiş illerde diyabet tarama ve izlemine katılanların cinsiyete yüzde dağılımı, 2016

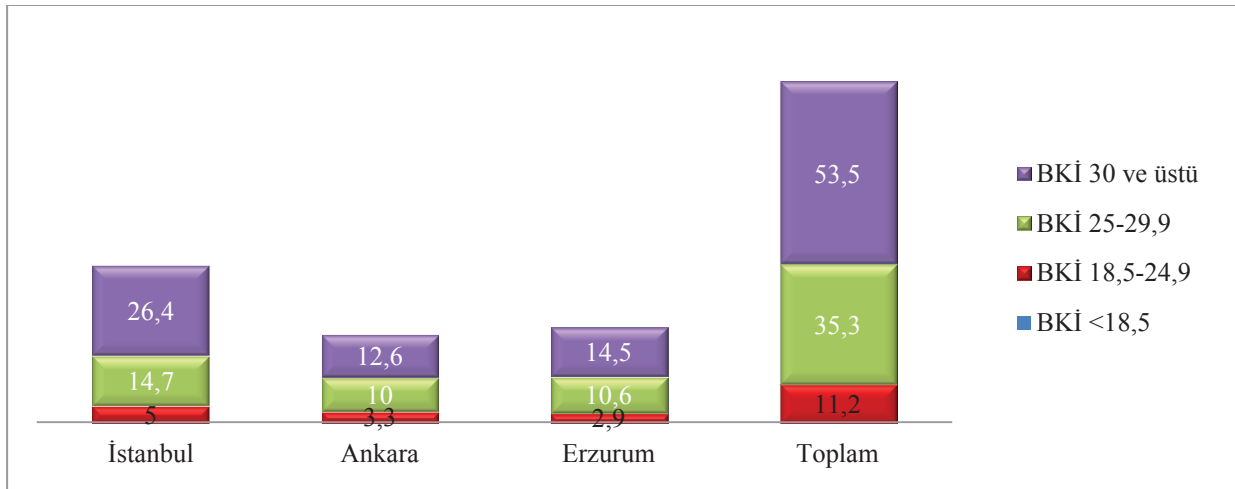


Şekil 22. Seçilmiş illerde diyabet tarama ve izlemine katılanların yaş aralıklarının yüzde dağılımı, 2016

Diyabet izlemi yapılan katılımcıların Beden Kütle İndeksi (BKİ) değerleri Tablo 39’da sunulmuştur. Katılımcıların yüzde 53,5’inin BKİ’si obez olarak kabul edilen sınır değer olan 30 ve üstünde, yüzde 35,3’nün ise “fazla kilolu” olarak tanımlanan 25-29,9 değer aralığındadır. Cinsiyete göre baktığımızda, 40 yaş üzeri kadınlarda obezite erkeklere göre daha yüksek görülmüştür (yüzde 60,8), ancak “fazla kilolu” tanımında, erkekler yüzde 46,2, kadınlar ise yüzde 30’dur (Şekil 26). Her hâlükârda, 40 yaş üzeri hastalarımızda ciddi bir kilo sorunu vardır ve obezite diyabet ile mücadelede en önemli risk faktörünü oluşturmaktadır. Bu durumda, sadece obezite ile mücadelenin diyabet prevalansını düşüreceği ortadadır. Bel çevresi değerleri Tablo 40’da sunulmuştur. Bel çevresi riskli kabul edilenlerin oranı yüzde 69,3 dür. Obezite ve patolojik bel çevresi oranı diğer illere göre İstanbul’da daha yüksektir (Şekil 24, 25).

Tablo 39. Seçilmiş illerde diyabet tarama ve izlemine katılanların BKİ değerlerinin yüzde dağılımı, 2016

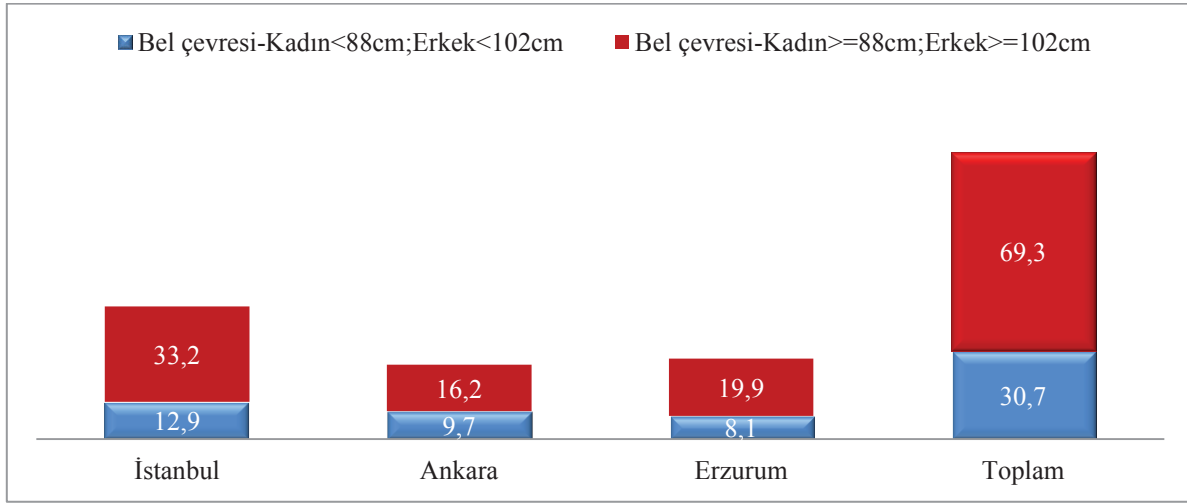
	İstanbul		Ankara		Erzurum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
BKİ grupları								
<18,5	-	-	-	-	-	-	-	-
18,5-24,9	56	5,0	37	3,3	32	2,9	125	11,2
25-29,9	164	14,7	111	10,0	118	10,6	393	35,3
30 ve üstü	294	26,4	140	12,6	161	14,5	595	53,5



Şekil 23. Seçilmiş illerde diyabet tarama ve izlemine katılanların BKİ değerlerinin yüzde dağılımı, 2016

Tablo 40. Seçilmiş illerde diyabet tarama ve izlemine katılanların bel çevresi değerlerinin yüzde dağılımı, 2016

	İstanbul		Ankara		Erzurum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bel Çevresi Ölçümü (cm)								
Kadınlarda 88 ve altı erkeklerde 102 ve altı	144	12,9	108	9,7	90	8,1	342	30,7
Kadınlarda>88 Erkeklerde>102	370	33,2	180	16,2	221	19,9	771	69,3

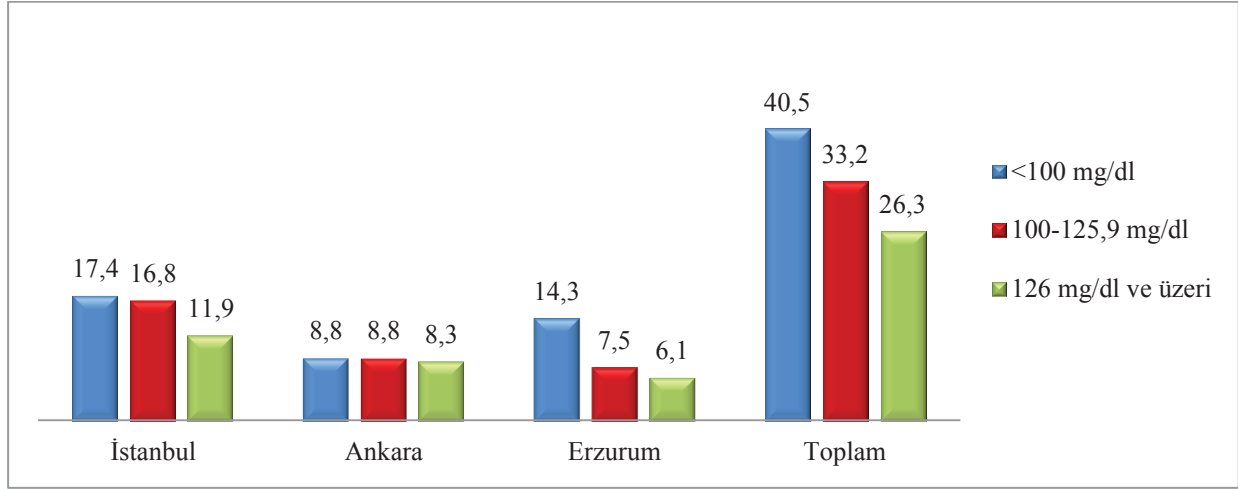


Şekil 24. Seçilmiş illerde diyabet tarama ve izlemine katılanların bel çevresi değerlerinin yüzde dağılımı, 2016

Saha uygulamasına katılmayı kabul edenlerden 1113 kişinin yüzde 26,3'ünün açlık kan şekeri 126 mg/dl' in üzerindedir (Tablo 41). İllere göre baktığımızda, İstanbul'da diyabet oranı daha yüksek görülmüştür.

Tablo 41. Seçilmiş illerde diyabet tarama ve izlemine katılanların AKŞ değerlerinin yüzde dağılımı, 2016

	İstanbul		Ankara		Erzurum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Açlık Kan Şekeri Değeri								
<100 mg/dl	194	17,4	98	8,8	159	14,3	451	40,5
100-125,9 mg/dl	187	16,8	98	8,8	84	7,5	369	33,2
126 mg/dl ve üzeri	133	11,9	92	8,3	68	6,1	293	26,3



Şekil 25. Seçilmiş illerde diyabet tarama ve izlemine katılanların AKŞ değerlerinin yüzde dağılımı, 2016

Diyabet izlemine dâhil edilmiş olan kişilerin cinsiyete göre yapılan incelemelerde; kadınlarda açlık kan şekeri ölçüm değerlerinin erkeklere göre daha kontrollü olduğu saptanmıştır. Yine cinsiyete göre yaş grupları ve beden kütle indeksi değerlerinin dağılımı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

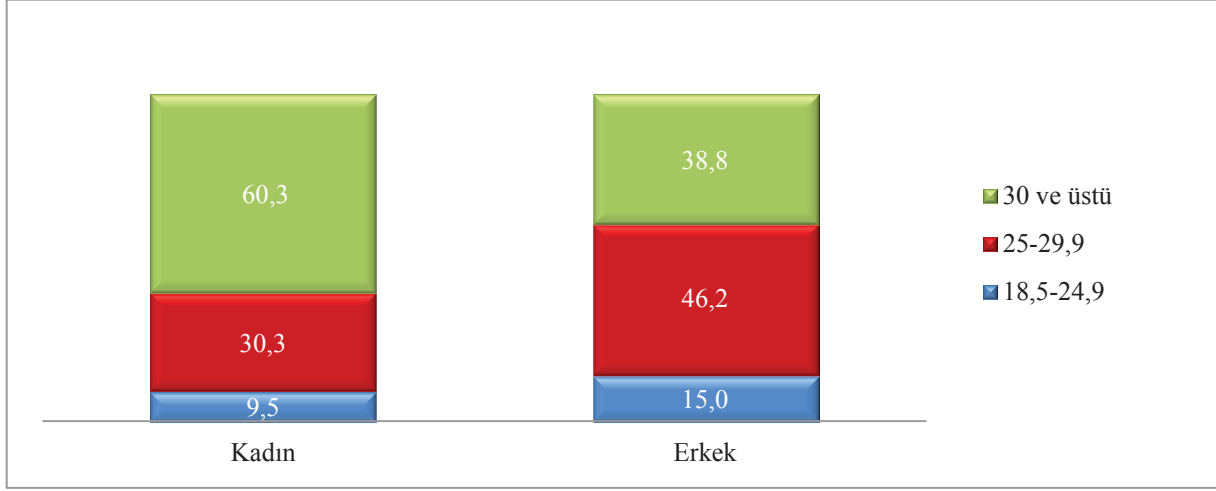
Tablo 42. Seçilmiş illerde diyabet tarama ve izlemine katılanların cinsiyete göre AKŞ, yaş grupları, BKİ ve bel çevresi ölçümlerinin yüzde dağılımı, 2016

	Erkek		Kadın		Toplam		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Açlık Kan şekeri düzeyi							
<100 mg/dl	119	33,7	332	43,7	451	40,5	<0,001 $\chi^2=17,851$
100-125,9 mg/dl	114	32,3	255	33,6	369	33,2	
126 mg/dl ve üzeri	120	34,0	173	22,8	293	26,3	
Yaş grupları							
45-49	49	13,9	162	21,3	211	19,0	0,001 $\chi^2=21,925$
50-54	69	19,5	168	22,1	237	21,3	
55-59	63	17,8	161	21,2	224	20,1	
60-64	74	21,0	126	16,6	200	18,0	
65-69	43	12,2	73	9,6	116	10,4	
70 ve üzeri	55	15,6	70	9,2	125	11,2	
BKİ grupları							
18,5-24,9	53	15,0	72	9,5	125	11,2	<0,001 $\chi^2=44,625$
25-29,9	163	46,2	230	30,3	393	35,3	
30 ve üstü	137	38,8	458	60,3	595	53,5	
Bel çevresi							
Kadınlarda 88 cm ve altı	192	54,4	150	19,7	342	30,7	<0,001 $\chi^2=135,992$
Erkeklerde 102 cm ve altı							
Kadınlarda >88 cm	161	45,6	610	80,3	771	69,3	
Erkeklerde >102 cm							

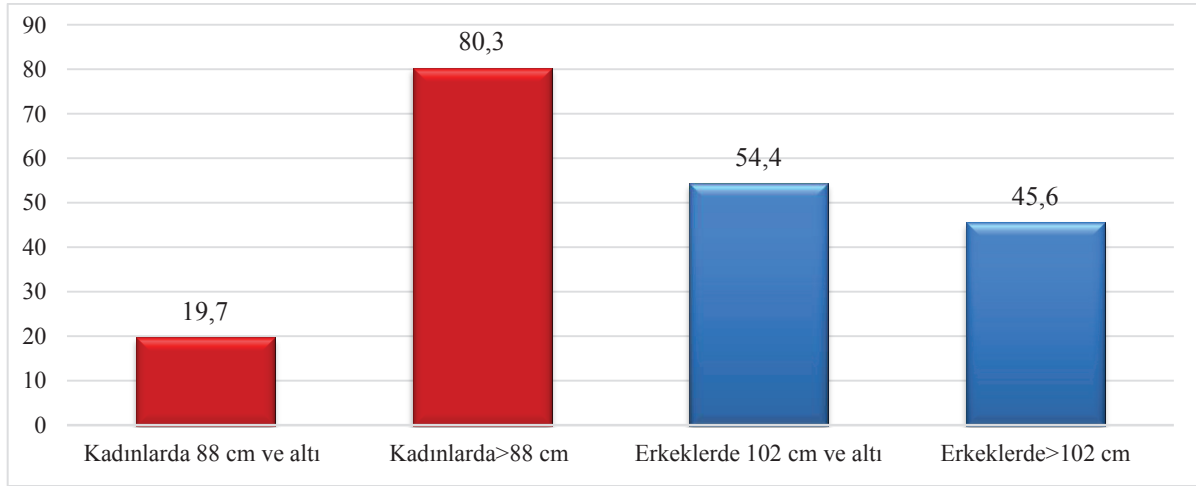
Cinsiyete göre yapılan incelemelerde diyabet izlemine katılmış ve sonucunda sağlıklı bulunmuş kişiler dışında kalan, açlık kan şekeri yüksek olan veya diyabet tanısı olan hastalar incelendiğinde; bu grupta cinsiyetler arasında açlık kan şekeri değerlerinin ve yaş gruplarına göre dağılımların benzer olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0,362$, $p=665$). Diyabet izlemine katılmış tüm hastalarla yapılan analize benzer şekilde kadınlarda obezite ve bel çevresi ölçümlerinin yüksekliği erkeklere göre daha fazladır ($p<0,001$) (Şekil 26-27). Aynı zamanda açlık kan şekeri yüksek saptanan veya diyabet tanısı olan bu hasta grubunda izleme katılan tüm hastalara göre aşırı kilolu ve obez hasta gruplarında yer alan ve patolojik bel çevresi ölçümlerine sahip hastaların oranları daha yüksektir (Tablo 43).

Tablo 43. Seçilmiş illerde diyabet tarama ve izlemine katılan ve AKŞ yüksek olan veya diyabet tanısı olan hastaların cinsiyete göre AKŞ, yaş grupları, BKİ ve bel çevresi ölçümlerinin yüzde dağılımı, 2016

	Erkek		Kadın		Toplam		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Açlık kan şekeri değeri							
<100 mg/dl	14	7,8	33	11,5	47	10,0	0,362 $\chi^2=2,033$
100-125,9 mg/dl	66	36,7	109	37,8	175	37,4	
126 mg/dl ve üzeri	100	55,6	146	50,7	246	52,6	
Yaş grupları							
45-49	14	7,8	32	11,1	46	9,8	0,665 $\chi^2=3,227$
50-54	35	19,4	54	18,8	89	19,0	
55-59	32	17,8	62	21,5	94	20,1	
60-64	45	25,0	59	20,5	104	22,2	
65-69	24	13,3	37	12,8	61	13,0	
70 ve üzeri	30	16,7	44	15,3	74	15,8	
BKİ grupları							
18,5-24,9	19	10,6	14	4,9	33	7,1	<0,001 $\chi^2=39,770$
25-29,9	85	47,2	68	23,6	153	32,7	
30 ve üstü	76	42,2	206	71,5	282	60,3	
Bel çevresi							
Kadınlarda 88 cm ve altı Erkeklerde 102 cm ve altı	91	50,6	23	8,0	114	24,4	<0,001 $\chi^2=108,943$
Kadınlarda>88 cm Erkeklerde>102 cm	89	49,4	265	92,0	354	75,6	



Şekil 26. Seçilmiş illerde diyabet tarama ve izlemine katılanların BKİ değerleri ve cinsiyete göre yüzde dağılımı, 2016

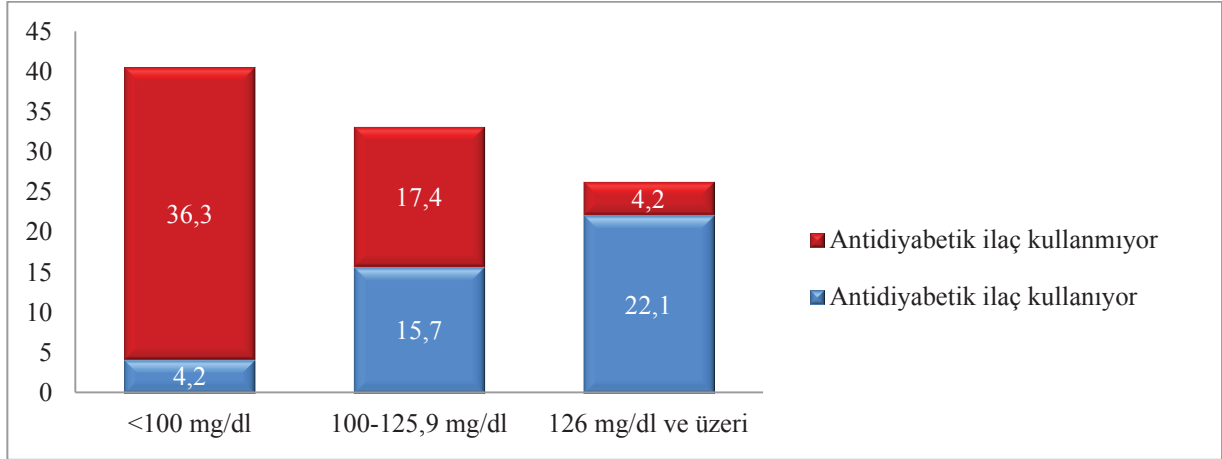


Şekil 27. Seçilmiş illerde diyabet tarama ve izlemine katılanların bel çevresi değerlerinin cinsiyete göre yüzde dağılımı, 2016

Diyabet tarama ve izlemine katılmayı kabul edenlerin yüzde 58,0'i antidiyabetik ilaç kullanmadıklarını söylemişlerdir. İlaç kullananların ise yüzde 52,6'sının açlık kan şekeri 126 mg/dl'nin üzerinde görülmüştür. (Tablo 44).

Tablo 44. Seçilmiş illerde diyabet tarama ve izlemine katılanların AKŞ düzeyleri ve kan şekeri kontrolü için ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016

	Antidiyabetik İlaç Kullanma Durumu				Toplam	
	Evet		Hayır		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Açlık Kan Şekeri Değeri						
<100 mg/dl	47	4,2	404	36,3	451	40,5
100-125,9 mg/dl	175	15,7	194	17,4	369	33,2
126 mg/dl ve üzeri	246	22,1	47	4,2	293	26,3



Şekil 28. Seçilmiş illerde diyabet tarama ve izlemine katılanların kan şekeri düzeyleri ve kan şekeri kontrolü için ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016

İller açısından farklılık olup olmadığına bakıldığında ise (Tablo 45, Tablo 46, Tablo 47) İstanbul ve Ankara için oranların benzer olduğu, Erzurum’da ise kan şekeri 100 mg/dl altında olanların oranının yüksek (yüzde 51,1) olduğu görülmektedir.

Tablo 45. İstanbul ilinde diyabet tarama ve izlemine katılanların AKŞ düzeyleri ve kan şekeri kontrolü için ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016

Açlık Kan Şekeri Değeri	İstanbul’da Antidiyabetik İlaç Kullanma Durumu				Toplam	
	Evet		Hayır		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
<100 mg/dl	23	4,5	171	33,3	194	37,7
100-125,9 mg/dl	89	17,3	98	19,1	187	36,4
126 mg/dl ve üzeri	110	21,4	23	4,5	133	25,9

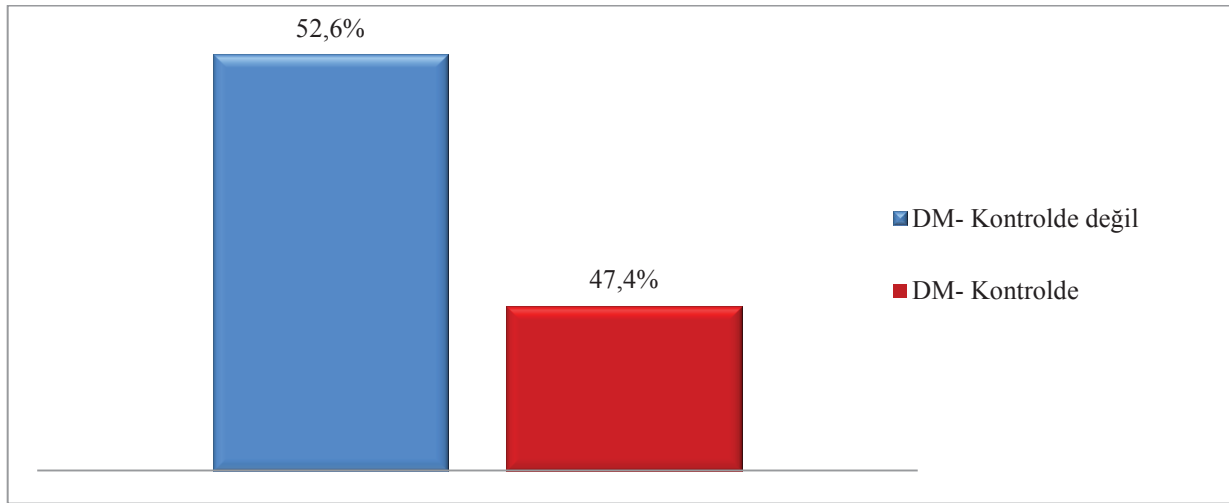
Tablo 46. Ankara ilinde diyabet tarama ve izlemine katılanların AKŞ düzeyleri ve kan şekeri kontrolü için ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016

Açlık Kan Şekeri Değeri	Ankara’da Antidiyabetik İlaç Kullanma Durumu				Toplam	
	Evet		Hayır		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
<100 mg/dl	11	3,8	87	30,2	98	34
100-125,9 mg/dl	55	19,1	43	14,9	98	34
126 mg/dl ve üzeri	83	28,8	9	3,1	92	31,9

Tablo 47. Erzurum ilinde diyabet tarama ve izlemine katılanların AKŞ düzeyleri ve kan şekeri kontrolü için ilaç kullanma durumlarının yüzde dağılımı, 2016

	Erzurum'da Antidiyabetik İlaç Kullanma Durumu				Toplam	
	Evet		Hayır			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Açlık Kan Şekeri Değeri						
<100 mg/dl	13	4,2	146	46,9	159	51,1
100-125,9 mg/dl	31	10,0	53	17,0	84	27
126 mg/dl ve üzeri	53	17,0	15	4,8	68	21,9

Bu çalışmaya katılan diyabetik hastaların yüzde 52,6'sı tedavi görmelerine rağmen kontrolde değil (Şekil 29).



Şekil 29. Seçilmiş illerde diyabeti olan kişilerin kontrolde ve tedavide olma durumlarının yüzde dağılımı, 2016

Diyabet izleme ve değerlendirmesine dahil edilmiş olan kişilerden, aile hekimine başvuruda antidiyabetik ilaç kullanmayan ve açlık kan şekeri yüksek saptanan 468 kişi incelendiğinde, başvuruda kişilere tedavi düzenleme ve önerilerde bulunma oranlarına göre hekimin kendisinin fizik aktivite ve beslenme önerilerinde bulunması ve antidiyabetik ilaç reçetesi vermesi en sık tercih edilen üç tedavi seçimi olarak gözlemlenmiştir.(sırasıyla yüzde 92,1, yüzde 83,5 ve yüzde 77,4) (Tablo 48)

Tablo 48. Seçilmiş illerde diyabet tarama ve izleminde başvuru anında antidiyabetik ilaç kullanmayan ve AKŞ yüksek saptanan kişilere aile hekimlerinin tedavi düzenleme durumlarının yüzde dağılımı, 2016

	İstanbul		Ankara		Erzurum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Fizik aktivite önerileri	205	92,3	138	92,6	88	90,7	431	92,1
Sağlıklı beslenme önerilerinin hekim tarafından verilmesi	191	86,0	128	85,9	72	74,2	391	83,5
Antidiyabetik ilaç reçetesi verilmesi	157	70,7	124	83,2	81	83,5	362	77,4
Sağlıklı beslenme önerileri için diyetisyene yönlendirilmesi	99	44,6	53	35,6	43	44,3	195	41,7
Antihiperlipidemik ilaç reçetesi verilmesi	44	19,8	49	32,9	22	22,7	115	24,6
Sigara bırakma önerileri	26	11,7	37	24,8	10	10,3	73	15,6
Alkol bırakma önerileri	1	0,5	19	12,8	0	0,0	20	4,3

Başvuruda diyabet tanısıyla ilaç kullanan hastalara komplikasyon izlemi için tetkik izlemi öngörülmektedir. Bu izlem kapsamında en çok yapılan yüzde 88,0 ile laboratuvar tetkikleri olup, en az yapılan işlemin EKG çekimi ve göz dibi incelemesi olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla yüzde 21,9 ve yüzde 27,1) (Tablo 49).

Tablo 49. Seçilmiş illerde diyabet tarama ve izleminde başvuru anında diyabet tanısıyla ilaç kullanan kişilerin komplikasyon izleminde tetkik istenme durumlarının yüzde dağılımı, 2016

	İstanbul		Ankara		Erzurum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Laboratuvar tetkikleri	109	88,6	56	81,2	56	94,9	221	88,0
Kardiyovasküler risk değerlendirmesi	103	83,7	45	65,2	43	72,9	191	76,1
Diyabetik ayak muayenesi	54	43,9	41	59,4	25	42,4	120	47,8
Nörolojik muayene	42	34,1	23	33,3	27	45,8	92	36,7
Göz dibi incelemesi yapılması	36	29,3	26	37,7	6	10,2	68	27,1
EKG çekilmesi	24	19,5	19	27,5	12	20,3	55	21,9

Hekimlerin saha uygulamasında karşılaştıkları sorunlar sorgulandığında; hekimler diyabet tanısı olmayan hasta başvurularında yüzde 86,0 oranla her hangi bir sorunla karşılaşmadıklarını belirtirken, en sık karşılaştıkları sorun olarak yüzde 10,1 ile hekimin muayeneye vakit ayıramaması olarak ifade etmişlerdir. Benzer oranlar diyabetik hasta izleminde de karşımıza çıkmaktadır (sırasıyla yüzde 77,4 ve yüzde 11,5) (Tablo 50 ve Tablo 51).

Tablo 50. Seçilmiş illerde diyabet tarama ve izleminde hekimlerin diyabet tanısı olmayan hasta izleminde karşılaştıkları güçlüklerin yüzde dağılımı, 2016

	İstanbul		Ankara		Erzurum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sorun yok	258	88,4	113	81,3	184	86,0	555	86,0
Hekimin muayene için vakit ayıramaması	26	8,9	12	8,6	27	12,6	65	10,1
Muayene olmak için hastanın vaktinin olmaması	10	3,4	16	11,5	17	7,9	43	6,7
Telefon ile çağrılanların gelmemesi	3	1,0	0	0,0	2	0,9	5	0,8

Tablo 51. Seçilmiş illerde diyabet tarama ve izleminde hekimlerin diyabet tanısı olan hasta izleminde karşılaştıkları güçlüklerin yüzde dağılımı, 2016

	İstanbul		Ankara		Erzurum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sorun yok	174	78,4	112	75,2	76	78,4	362	77,4
Hekimin muayene için vakit ayıramaması	32	14,4	14	9,4	8	8,2	54	11,5
Laboratuvar tetkikleri için aç olmaması	8	3,6	17	11,4	4	4,1	29	6,2
Muayene olmak için hastanın vaktinin olmaması	6	2,7	4	2,7	7	7,2	17	3,6
Tetkikleri tamamlamak için laboratuvar imkânlarının yeterli olmaması	14	6,3	1	0,7	1	1,0	16	3,4
Hastanın aç olarak laboratuvar tetkikleri için tekrar gelmek istememesi	2	0,9	3	2,0	2	2,1	7	1,5
Telefon ile çağrılanların gelmemesi	0	0,0	0	0,0	2	2,1	2	0,4

4.2 Saha Uygulaması Sırasında Olgu Başına Kullanılan Sürenin Değerlendirmesi

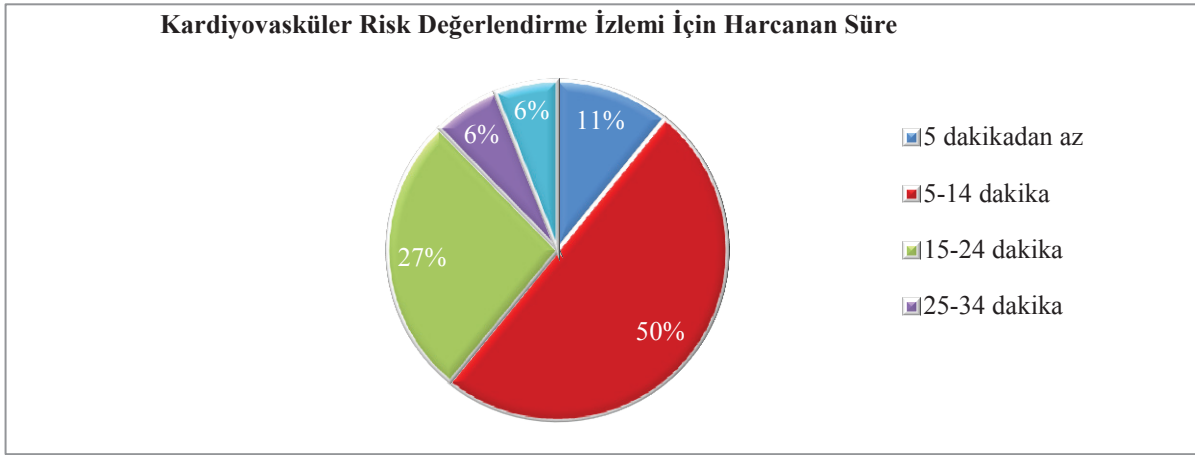
4.2.1 Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi İçin Ayrılan Süre

Kardiyovasküler risk değerlendirme için 40 yaş üstü başvuranlar değerlendirmeye alınmıştır. Saha uygulamasına katılmayı kabul eden tüm kişiler için hekimler; bireye özel riskin belirlenmesi için gerekli olan cinsiyet, yaş, sistolik kan basıncı, kolesterol değeri parametrelerini tespit etmişlerdir. Risk faktörleri ışığında ilgili tablodan bireye özel riski belirlemişlerdir. Bireylere dâhil oldukları risk kategorilerine uygun olarak diyet, fizik aktivite, sigara bırakma önerilerinde bulunmuşlar; antihipertansif veya antihiperlipidemik ilaç başlamışlar gerekiyorsa uzman hekime yönlendirmişlerdir. Tüm bu işlemler sonucunda harcanan süreler ilgili veri tabanına not edilmiştir.

Toplamda 1489 kişi değerlendirilmiş olup hekimler bu kişilerin yüzde 60,9'una kardiyovasküler risk değerlendirme için 15 dakikadan az süre harcadıklarını; yüzde 12,3'üne 25 dakika ve üzerinde süre harcadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 52, Şekil 30). Bu durumda, kardiyovasküler risk değerlendirme için, çoğunluk 15 dakikadan az bir süre harcamıştır.

Tablo 52. Seçilmiş illerde aile hekimlerinin kardiyovasküler risk değerlendirmesi işlemleri sırasında harcadıkları sürenin yüzde dağılımı, 2016

KVS	İstanbul		Ankara		Erzurum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Harcanan Süre								
5 dakikadan az	71	10,5	58	15,4	33	7,5	162	10,9
5-14 dakika	419	62,2	145	38,6	181	41,2	745	50,0
15-24 dakika	137	20,3	112	29,8	150	34,2	399	26,8
25-34 dakika	25	3,7	56	14,9	13	3,0	94	6,3
35 dakika ve üzeri	22	3,3	5	1,3	62	14,1	89	6,0



Şekil 30. Seçilmiş illerde aile hekimlerinin kardiyovasküler risk değerlendirmesi işlemleri sırasında harcadıkları sürelerin yüzde dağılımı, 2016

Kardiyovasküler risk değerlendirmesi için hekimlerin yarısı 5 ile 14 dakika harcadıklarını belirtmişlerdir. 5 dakikadan az harcayanların oranı yüzde 11'dir. Sonuç itibari ile bu değerlendirme için hekimlerin yüzde 60'ı 15 dakikadan az bir süre harcamışlardır.

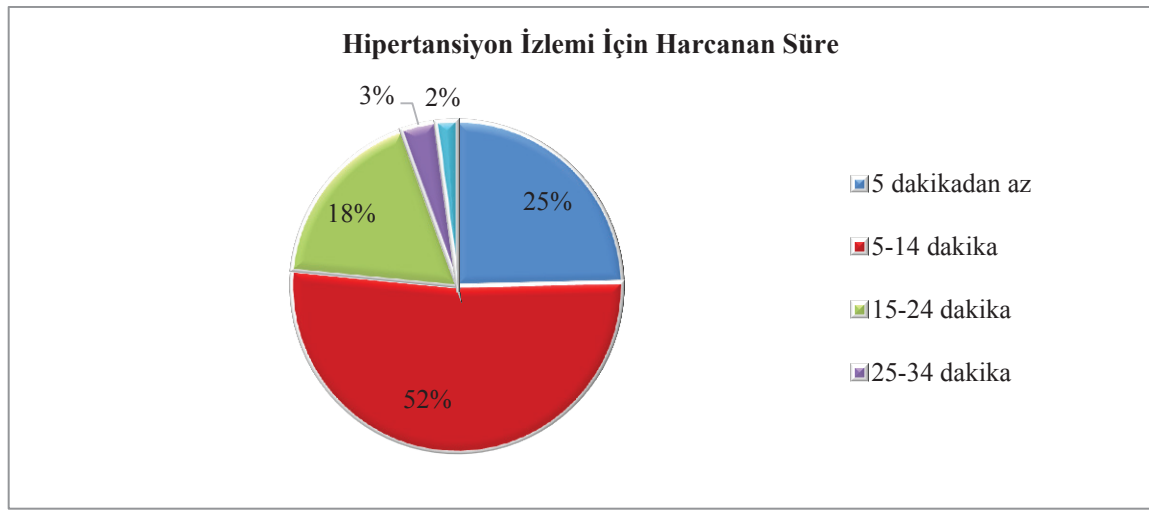
4.2.2 Hipertansiyon Tarama ve İzlemi İçin Ayrılan Süre

Hipertansiyon tarama ve izlemi için 18 yaş üstü başvuranlar değerlendirmeye alınmıştır. Hipertansiyon tarama ve izlemi sürecine katılmayı kabul eden tüm kişiler için hekimler; cinsiyet, yaş sorgulanması, sistolik ve diyastolik kan basıncı ölçümü ile ilaç kullanım durumlarını sorgulamışlardır. Bulgular sonucunda bireylere hipertansiyon ile ilgili sağlıklı yaşam önerilerinde bulunulmuş, gerekiyorsa tedavi seçimi veya komplikasyonların izlemi için tetkik istemi yapılmıştır. Tüm bu işlemler sonucunda harcanan süreler ilgili veri tabanına not edilmiştir.

Toplamda 2792 kişi değerlendirilmiş olup, hekimler bu bireylerin yüzde 77'sine hipertansiyon değerlendirmesi için 15 dakikadan az süre harcadıklarını; yüzde 5'ine 25 dakika ve üzerinde süre harcadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 53, Şekil 31).

Tablo 53. Seçilmiş illerde aile hekimlerinin hipertansiyon tarama ve izlem değerlendirme işlemleri sırasında harcadıkları sürenin illere göre yüzde dağılımı, 2016

Hipertansiyon	İstanbul		Ankara		Erzurum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Harcanan Süre								
5 dakikadan az	381	33,7	222	32,5	85	8,7	688	24,6
5-14 dakika	573	50,6	287	42,0	589	60,3	1449	51,9
15-24 dakika	138	12,2	100	14,6	266	27,2	504	18,1
25-34 dakika	18	1,6	69	10,1	7	0,7	94	3,4
35 dakika ve üzeri	22	1,9	5	0,7	30	3,1	57	2,0



Şekil 31. Seçilmiş illerde aile hekimlerinin hipertansiyon tarama ve izlemi sırasında harcadıkları sürelerin yüzde dağılımı, 2016

Sonuç olarak, hekimlerin yüzde 75’den fazlası bu değerlendirme için 15 dakikadan daha az süre harcadıklarını ve bu pratiğin hekimin çalışma akışını etkilemeyeceğini ortaya koymuştur.

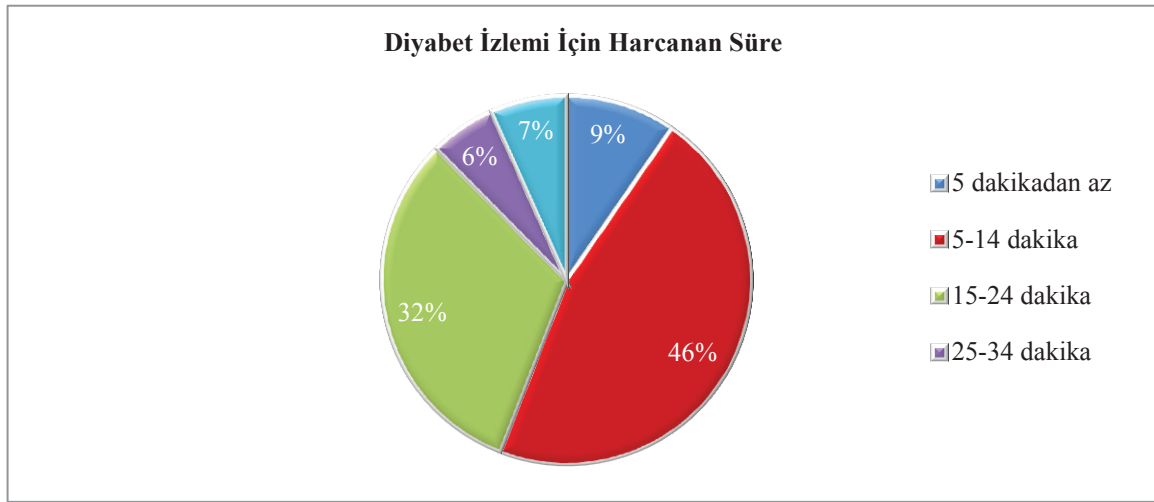
4.2.3 Diyabet Tarama ve İzlemi İçin Ayrılan Süre

Diyabet değerlendirmesi için 45 yaş üstü başvuranlar değerlendirmeye alınmıştır. Saha uygulamasına katılmayı kabul eden tüm bireyler için hekimler tarafından cinsiyet, yaş sorgulaması, sistolik ve diyastolik kan basıncı ile boy kilo ve bel çevresi ölçümü, ilaç kullanım durumlarının sorgulanmıştır. Bulgular sonucunda hastalara diyabet ile ilgili sağlıklı yaşam önerilerinde bulunulmuş, tedavi düzenlenmesi veya komplikasyonların izlemi için tetkik istemi yapılmıştır. Tüm bu işlemler sonucunda harcanan süreler ilgili veri tabanına not edilmiştir.

Toplamda 1113 başvuran değerlendirilmiş olup hekimler bu kişilerin yüzde 56’sına diyabet değerlendirmesi için 15 dakikadan az süre harcadıklarını; yüzde 12’sine 25 dakika ve üzerinde süre harcadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 54, Şekil 32).

Tablo 54. Seçilmiş illerde aile hekimlerinin diyabet tarama ve izlem değerlendirme işlemleri sırasında harcadıkları sürenin illere göre yüzde dağılımı, 2016

Diyabet	İstanbul		Ankara		Erzurum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Harcanan Süre								
5 dakikadan az	61	11,9	29	10,1	17	5,5	107	9,6
5-14 dakika	300	58,4	115	39,9	100	32,2	515	46,3
15-24 dakika	122	23,7	93	32,3	138	44,4	353	31,7
25-34 dakika	14	2,7	44	15,3	6	1,9	64	5,8
35 dakika ve üzeri	17	3,3	7	2,4	50	16,1	74	6,6



Şekil 32. Seçilmiş illerde aile hekimlerinin diyabet tarama ve izlemi sırasında harcadıkları sürelerin yüzde dağılımı, 2016

Diyabet tarama ve izleminin hekimler için 5 ile 24 dakika arasında sürdüğü ve hipertansiyon, kardiyovasküler riskdeğerlendirmesine göre daha fazla zaman aldığı gözlemlenmiştir. Genel olarak değerlendirildiğinde hipertansiyon izlemi, kardiyovasküler risk değerlendirmesi ve diyabet izlemine göre oransal olarak daha az zamanda tamamlanmıştır ve bu yüzden daha fazla kişi taranmıştır. Diyabet tarama ve izlemi daha fazla zaman gerektirdiğinden, en az anket diyabet için doldurulmuştur.

4.3 Verilerin Niteliksel Değerlendirilmesi

4.3.1 Kronik Hastalık İzlem Sonrası Genel Geribildirimlerin Analizi ve Öneriler

Kardiyovasküler risk değerlendirmesi, hipertansiyon ve diyabet tarama ve izleme programlarında hekimlerin yazılı geribildirimleri ve analizi bu kısımda yer almıştır. İlk önce her üç çalışmanın genel hatlarına yönelik sorunlar, daha sonra ise üç ayrı izlemin spesifik analizleri yer almıştır. Sorunlar ana başlık ve alt başlık olarak ikiye ayrılmış, çözüm önerileri geliştirilmiştir.

4.3.1.1 İzlem süreci

Sorun: Hekimin sırada bekleyen hastalar tarafından sözlü tacize uğraması, muayene süresini kısa tutmak zorunda kalması, etkili hizmetin verilememesi ve hastaya gerekli önerilerde bulunamaması

Öneri: *Bekleme salonunun duvarlarına afişlerle bilgi verilebilir. Bu bilgi, aile hekiminin yapacağı kronik hastalık takibi bilgisi olabilir.*

- Örneğin: “40 yaş üstü bireylere: hekiminize, 10 yıllık kardiyovasküler risk değerlendirmenizi yaptırdınız mı?

- Ya da “Hekiminizin size ayırmasını istediğiniz zamanı diğerlerine de tanyınız” olabilir,

Sorun: Hekimin hasta kayıtlarına ulaşmada sıkıntı yaşaması (sağlık.net ve Medulla gibi web sayfaların çalışmaması) ve bu sorunun süreci yavaşlatması

Öneri: *İnternet hızıyla alakalı ve geçici bir sorundur.*

Sorun: Tetkikler için beklenen süre, hastanın tekrar gelmek zorunda kalması ve hekimlerin izlem sürelerini yanlış değerlendirmelerine yol açması

Öneri: *Bu durum, hekimlerde kafa karışıklığına yol açmıştır. İzlem süresi için, tüm tetkikler istenildikten sonraki muayene süresi istenmiştir.*

4.3.1.2 Hastaların uyum durumu

Sorun: Hastaların tetkik yaptırmak veya tahlil sonuçlarını almak için iki-üç defa gelmek zorunda kalmaları

Öneri: *Ulusal ve uluslararası tüm sağlık işleyişleri bu şekildedir ve olağandır. Karnı tok gelen hastaya tetkik yapılamayacağı gibi, gün içerisinde de ancak acil tetkikler istenebilir. Bu durumda, gelen hastaya, bilgi vererek, laboratuvarından tetkik için randevu verilir ve sonuçlara göre beraber değerlendirileceği açıklanır.*

Sorun: Hastaların tetkik yaptırmayı reddetmesi (dış merkezde 1-2 ay öncesinde yapılmış olması)

Öneri: *Kısa vadede çözüm olarak, hastanın dış merkezde gördüğü hekimlerden, aile hekimi için tetkik sonuçlarının bir kopyasını istemesi olur. Uzun vadede, hastanın, hastanelerde ve diğer kuruluşlarda gördüğü hekimlerden, aile hekimine yönelik sağlığı üzerine (yapılan tetkik ve konsültasyon nedeni) kısa bir mektup istemesi ve hekimine geldiğinde elden teslim etmesi*

Sorun: Hasta-hekim ilişkisinde uyumsuzluk ve iletişim sorununun olması

Öneri: *Hasta-hekim ilişkisinde güven zamanla oluşan bir duygudur. Ama hekimiyle iyi iletişimi olmayan hasta, aile hekimini değiştirme hakkına sahiptir. İletişim eğer dilden kaynaklanıyor ise hastaya Türkçe konuşan biriyle gelmesi önerilebilir. Uzun vadede, ASM’lerde Kürt ve Arap dilleri konuşan bir sekreter ya da aracının bulunması güzel bir hizmet olur. Yurt dışında, örneğin Belçika’da,*

yoğun Türk veya Arap hastası olan hekimler, asistan, sekreter ya da hemşire istihdam ederlerken, ek meziyet olarak “Türkçe bilmesi ya da Arapça bilmesi” diye not düşerler.

Sorun: Hastanın hastalığını kabullenmemesi

Öneri: Hastayla konuşmak, tedavi edilmediği durumda oluşacak komplikasyonlara değinmek gerekir.

Sorun: Hastanın sorumlulukları: hastanın istenilen tetkikleri yaptırmaması, ilacını almaması, yaşam tarzında değişiklik yapmak istememesi

Öneri: Nedenleri araştırılır. Hastanın da kendi sağlığı ile ilgili sorumlulukları hatırlatılır.

Sorun: Hastanın ileri tetkik nedeniyle sevk edilmesi (kardiyoloji, oftalmoloji uzmanı)

Sorun: Misafir hasta olma durumu

4.3.1.3 Onam formu sorunları

Sorun: Onam formunu açıklamanın ve imzalatmanın, süreci uzatması

Sorun: İmza atma fikrinin hastayı tedirgin etmesi ve çalışmaya katılmaktan vazgeçmesi

Öneri: AHBS sistemine entegre edildiğinde, onam formunun imzalanmasına ihtiyaç kalmayacaktır.

Sorun: Her hastalık için ayrı bir onam formunun olması gerektiği

Öneri: Kronik hastalık takibi, AHBS sistemine entegre edildiğinde, onam formuna ihtiyaç kalmayacaktır.

4.3.1.4 Laboratuvar sorunları

Sorun: Laboratuvar randevularındaki yoğunluk durumu

Öneri: Kronik hastalıkların takibi aciliyet gerektirmediğinden, bu bir sorun teşkil etmemektedir.

Sorun: Santrifüj cihazının bozuk olması ve kan tahlili bakılamaması

Sorun: Bu takip için istenilen laboratuvar testlerin kotayı doldurması

4.3.1.5 İnsan kaynakları sorunları

Sorun: ASE eksikliği nedeniyle, hekimin çalışmada efektif olamaması

Öneri: Maliye Bakanlığının personel istihdam politikaları ve mezun olan personel sayısı ile bağlantılı olduğu için yavaş çözülecek bir sorundur.

Sorun: Kurumun diyetisyenleri sadece Toplum Sağlığı Merkezlerinde bulunduğundan, hekimlerin hastalarını kurum dışı diyetisyenlere yönlendirmesi.

Öneri: Toplum Sağlığı Merkezin’de (TSM) görevli diyetisyenlerin haftada bir ASM’de görev yapması.

4.3.1.6 Veri giriş sistemi sorunları

Sorun: Hekimin her yeni hasta için ve/veya aynı hasta için sisteme tekrar tekrar şifre girmek zorunda kalması. Bu sorunun, yoğun poliklinik günlerinde, hekimleri çok yorduğu ve demotive olmalarına yol açtığı

Öneri: *Bu sorun programın AHBS sistemine entegre olması ile düzelecektir.*

Sorun: Tamamlanmamış hasta kayıt formuna ertesi gün giriş yapılamaması (örneğin: istenildiği zaman)

Öneri: *Önce tahlil isteyip, sonuçları aldıktan sonra, tek defada giriş yapılması bu sorunu bu çalışma için çözmüştür. Ancak, ulusal bir programa geçildiğinde bu gibi sorunların bilgi işlemciler tarafından sorunsuz çözülebileceği düşünülmektedir.*

4.3.1.7 Hekimlerin ilgisi ve motivasyon durumu

Sorun: Bu çalışmaya katılanlara randevu verdiği için, Alo 184'de şikayet edilen hekimin motivasyon kaybı

Öneri: *Alo 184 hattını gereksiz ve haksız yere arayanlara, kamu hizmetini haksız sebepler ile meşgul etmekten dolayı uyarı yapılması ve tekrarlandığı takdirde cezalandırılması
Hastanın olumlu ve uyumlu olması, çalışmanın problemsiz ilerlemesi*

Sorun: Hekimin bilgisayara bakmaktan hastaya yeterince bakamaması ve iletişimde kopukluk oluşması

Öneri: *Kronik hastalık takibi yapacak hekimler, bir süre sonra soru yöneltme alışkanlığı kazanacak ve bilgisayara bakmak zorunda kalmayacaklardır.*

4.3.2 Hipertansiyon Tarama ve İzlemi Saha Uygulamasında Karşılaşılan Sorunlar ve Geribildirimlerin Ana ve Alt Başlıkları

4.3.2.1 Laboratuvar sorunları

Sorun: Laboratuvarlarda Tam İdrar Tahlili (TİT) ve proteinüri bakılamıyor olması

Öneri: *LABİM'e TİT bakılması için girişimde bulunulması. Aşılamayacak bir sorun ise bu sorunun veri giriş sisteminden kaldırılması.*

4.3.2.2 Ek tetkik sorunları

Sorun: Hekimlerin ASM'deki şartların EKG yapmak için uygun olmadığını savunması: yoğunluk, yetersiz tecrübe

Öneri: *Bu sorun yoğunluktan kaynaklanıyor ise hekimlerin hasta sayılarının 2500'e düşmesi ile çözülecektir. Ancak, EKG'nin okunması ve değerlendirilmesinde sıkıntı çekiliyor ise sertifikasyon sistemi ile pratik EKG eğitimleri verilebilir.*

Sorun: Birinci basamağın göz dibi muayenesi için uygun olmaması: yetersiz tecrübe

Öneri: Göz dibi muayenesi için hastanın göz hastalıkları uzmanına sevk edilmesi

4.3.2.3 Veri giriş sistemi sorunları

Sorun: Tansiyon değerlerinde 120'nin altında bir şıkkın olmaması

Öneri: Yaşı itibari ile taramaya katılan hastanın, Sistolik Kan Basıncı 120 mmHg'nin altında olabilir (örneğin: 110 ya da 100). Bu hastalar için, 120 mmHg şıkkı, ≤ 120 mmHg olarak değiştirilebilir.

Sorun: Z.00 tanı kodunun uygun seçenek olmaması (örneğin: Yaş 55, TA: 156/78, ilaç kullanmadığı için I 10- I 15 yerine Z.00 tanı kodu öneriyor.)

Öneri: Bu program hekimi yönlendirmeyi amaçlamaktadır. Durumu net olmayan hastanın 1-2 hafta takibe alınması ve daha sonra değerlendirilmesi beklenir. Tansiyon değeri yüksek ise tedavi edilir, tansiyon değeri normale dönerse Z.00 kodu girilir. Yine' de bu soru, alternatif bütün cevaplar göz önünde bulundurularak, tekrar gözden geçirilmeli.

4.3.3 Diyabet Tarama ve İzlemi Saha Uygulamasında Karşılaşılan Sorunlar ve Geribildirimlerin Ana ve Alt Başlıkları

4.3.3.1 Veri giriş sistemi sorunları

Sorun: Alınan ölçüler ile ekranda BKİ değerinin görülmesi ve obezite kategorisinin belirlenmesi isteği

Öneri: Bilgi işlemden rica ile BKİ hesaplaması ve sisteme entegre edilmesi istenilebilir.

Sorun: Tanı kodu sorunu. Hekimler, tarama ve izlem yaptıkları güne uygun bir tanı koymak istiyorlar (örneğin: Açlık kan şekeri: 560 mg/dl ve HbA1C'si yüzde 12,5 ve ilaç kullanmayan hastaya Z.00 tanı kodu öneriliyor. Bunu hekim şu sözlerle ifade ediyor "ilaç içmeyen, şeker hastası olamıyor").

Öneriler: Tedavi düzenlendikten sonra, tekrar değerlendirilebilir. Ancak, daha efektif olması açısından, ilaç kullanma durumunu dikkate almaksızın, açlık kan şekeri ve HbA1C değerlerine göre Diyabet tanısı önerilir. İki yerine 4 farklı tanı kodu önerilebilir:

- Teşhis konulmuş ve ilaç kullanan diyabetik hasta
- Teşhisi konulmuş ama ilaç kullanmayan diyabetik hasta
- Prediyabetik hasta (bozulmuş glukoz toleransı)
- İlk teşhis

4.3.3.2 Hasta uyumu

Sorun: Hasta boy ve kilo ölçülerini vermek istemiyor.

4.3.4 Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi Saha Uygulamasında Karşılaşılan Sorunlar ve Geribildirimlerin Ana ve Alt Başlıkları

4.3.4.1 Hekimlerin ilgisi ve motivasyon durumu

Sorun: Aile hekimleri SGK sınırlamasından dolayı anti-hiperkolesterolemik ilaç yazamama durumları ve hastanın ilacını alamaması (Hekimin sözü ile "kolesterol ilaçlarını yazamadığımız için hastayı sevk etmek zorunda kaldım")

Öneri: *Bir önceki ilerleme raporun analizinde, KVS tarama ve izleme çalışmasına katılan hastaların yüzde 69,3'ünde hiperkolesterolemi saptanmıştır (>190 mg/dl) (bk. Ekte Tablo 11-12). Ayrıca üç ilde, antihiperlipidemik ilaç kullanma oranları da oldukça düşüktü (yüzde 12,1). Hiperkolesterolemi düzeylerini kardiyovasküler risk değerleri ile karşılaştığımızda, antihiperlipidemik ilaç kullanması gereken hasta oranı yüzde 20'dir (bk. Ek Tablo 13).*

Kardiyovasküler hastalıklar dünyada ve Türkiye'de ölüm nedenlerinin ilk nedenidir. Ülkemizde nüfus başına düşen uzman kardiyolog oranların yetersizliğini de göz önünde bulundurur isek hiperkolesterolemi tedavilerinin büyük bir kısmı birinci basamağa düşmektedir. Bu konuda kısıtlanmış olan hekimler tedavi edemeyecekleri hastalıkları da takip edemeyeceklerdir. Yasal bir kısıtlaması olmayan bu durum, sadece mali bir sorundur. Başarılı bir birinci basamak sağlık hizmetinde kronik hastalık takibi için de çözümlenmesi gerekmektedir.

4.3.4.2 Hasta uyumu

Sorun: Hastanın tedaviye uyumu (televizyondan edindiği bilgidan sonra anti-hiperkolesterolemik ilacını bıraktı)

Öneri: *Kamu spotları ile televizyonda kardiyovasküler hastalıkların sıklığını ve tedavilere uyumun önemi vurgulanabilir.*

Sorun: Hastanın tedaviye uyumu (hekimin sözü ile "kolesterol ilacını önceki ölçümde kolesterolü düşük diye eczacı ilacı vermemiş. Şimdi kolesterol değerleri yüksek olduğu için tekrar reçetelendi")

Öneri: *Hastalarının sağlıkları ile ilgili kararları hekimlerin aldığı, eczacıların görevleri ise hekimin yazdığı ilacı temin etmek olduğunu izah etmeli. Gerekirse, üst yönetim eczacıdan bu hareketinin izahını isteyebilmeli.*

4.3.4.3 Veri giriş sistemi sorunları

Sorun: Yaş nedeni ile tansiyon ve kolesterol düzeyleri normal sınırlarda olmasına rağmen, zorunlu tanı kodu istemesi (hipertansiyon ve hiperlipidemi tanıları)

Öneriler: *"Yaş nedeniyle orta/yüksek/çok yüksek risk tespit edilmiş olup E.78 tanı kodu girilmek zorunda kalınmıştır" ifadesinin kullanılması önerilmiştir.*

AHBS sistemine geçildiğinde, bu soruya çözüm üretilmeli veya cevap verme zorunluluğu kaldırılmalı.

Sorun: "KVS Skor tablosunda yüzde 5 buldum ama bilgisayar yüzde 4 hesapladı ?"

Öneri: *Bir defa gelen bu şikâyet, istisnai bir durumdur.*

Sorun: KVS risk değerlendirmesinde, hastanın sistolik kan basıncı 110, ancak sistemde 120 den başlıyor "

Öneri: KVS Score tablosunda, SKB= 120 mmHg işaretlenmeli. Ancak daha sonrası için, bu SKB \leq 120 mmHg olarak değiştirebilir.

4.3.5 Sosyal Medya Paylaşımlarının Analizi

Hekimlerle sosyal medya aracılığıyla (Google ve Whatsapp grupları) iletişime geçilerek, "coaching" yapılmış ve sorulara en fazla 1 saat içinde cevap verilmiştir. Sosyal medya iletişimi sayesinde birçok geribildirim alınmış, belirlenen eksiklikler ve hatalar saptanarak süreç esnasında düzeltilmiştir.

Google grup aracılığıyla algoritmalar ve dosyalar paylaşılmış, whatsapp grubu sayesinde ise "hızlı" iletişim sağlanmıştır. Günün erken saatlerinden gece geç saatlere kadar hekimler gruplarda tecrübelerini paylaşarak, sorularını yöneltmişler ve birbirlerini motive etmişlerdir.

Sosyal medyadan aktarılan geribildirimlerin içeriği veri sistemine düşenler ile örtüştüğü için tekrar ele alınmamıştır. Birkaç söylem hariç: *"Birinci ve ikinci basamak arasında koordinasyonun sağlanması, kronik hastalıkların takibi için çok önemli"* denilmiş, *"Hafta da ya da ayda bir, aile hekimlerinin iç hastalıkları kliniğinde, iç hastalıkları uzmanlarının da ASM'lerde çalışması"* istenmiştir. Her hastaneden bir iç hastalıkları uzmanının konsültan hekim olması da arzular arasında yer almıştır. Mesleki tatmini arttırmak için, ikinci ve üçüncü basamağın, sevke geri dönüşünün olması da istekler arasında yer almıştır.

Çalışma süresince, sosyal medya gruplarının onlar üzerinde çok büyük etkisi olduğunu ifade eden hekimler, özellikle yöneticiler ile aynı ortamda bulunmak, ihtiyaç halinde şikâyetlerini dillendirmek ve çözümlere ulaşmak, hekimlere sahiplenilmiş hissettirmiştir.

Kanıt dayalı algoritmalar ile çalışmanın, hekimlerin mesleki tatminini yükselttiğini ifade etmişlerdir. Bu çalışma sayesinde hastalarda bir farkındalığının oluştuğunu, hastalarının ASM'den mutlu ayrıldıklarını, sağlıklı beslenmede, egzersiz teşvikinde ve sigara bıraktırmada SCORE tablosunun da zaman zaman çok ikna edici olduğunu aktarmışlardır.

4.3.6 Odak Grup Çalışmaları İle Süreç Analizi

Çalışmayı güçlendirme amacı ile saha uygulamasının "işleyiş süreci" niteliksel yöntemlerinden odak grup tartışmaları ile aile hekimlerinin gözünden "içeridekinin" kavramlarını dışarıdan olanlar için de anlaşılır kılacak şekilde, içeridekinin bakış açısını kaybetmeden değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Niteliksel araştırmalarda gerek evrenin farklı algılanışı gerekse küçük gruplarla, derinlemesine yapılacak araştırma modeli söz konusu olduğundan örneklemelerin gerçek evreni temsil etmesi ve sonuçların evrene genellemesi gibi kaygılar taşımayan, istatistiksel kaygılarla örnek büyüklüğü

hesapları içermeyen, olasılığa dayanmayan örneklerle çalışılmaktadır. Bu çalışma sırasında 4 odak grup tartışması planlanmıştır. İstanbul'da 2 (Avrupa, Anadolu Yakası), Ankara ve Erzurum'da 1'er odak grup yapılmıştır. Odak grup tartışma bulguları ayrı bir rapor olarak hazırlanmıştır ve DSÖ'ye sunulmuştur. O rapordan öne çıkanlar bu kısımda genel başlıklar altında ele alınmıştır.

Odak grup tartışmaları yarı yapılandırılmış, saha uygulamasının amaçları doğrultusunda akış ve başlıklar halinde görüşmeye yol gösterecek şekilde hazırlanmış bir görüşme rehberi kullanılmıştır (Ek. 5). Uygulanan teknik gereği olarak görüşmeler soru-cevap şeklinden çok, bir konuşma akışı halinde gerçekleştirilmiştir. Konular zaman ve sıralamaya sınır getirilmeden gerektiği yerde derinleştirilmiştir. Görüşmeler sırasında teyp kaydı katılımcıların izni ile yapılmış; 2-4 gözlemci yazılı notlar almış ve bu notlar çözümlenerek amaca uygun şekilde rapor edilmiştir.

4.3.6.1 Saha Uygulamasına Katılım Nedenleri – Süreç analizi

- Bu toplantılarda, aile hekimleri saha uygulanmasına gönüllü olarak katılma nedenlerini şu şekilde sıralamışlardır:
 - ✓ Planlanan kronik hastalık takibinin uygulanabilirliğini izlemek
 - ✓ Aile hekiminin iş tanımının değişimine katkıda bulunmak
 - ✓ Kendi işi ile ilgili alınacak kararlara etki etmek
 - ✓ Kronik hastalıkların izlemine yönelik parametreleri gözden geçirmek
 - ✓ Başka hekimlerin gönüllü katılımlarını teşvik etmek
 - ✓ Bu izlemlerin performans sistemine dâhil olacağı ve bununla ilgili gelir kaygısı
 - ✓ Uygulamaya konulması düşünülen takip sisteminin performans sistemine olumlu/olumsuz etkilerini gözleme isteği yanı sıra bu çalışma ile sürece dâhil olmak
 - ✓ Kronik hastalıkların izleminin birinci basamakta aile hekiminin sorumluluğu olduğunu vurgulamak
- Saha uygulamasında harcanan süreler ele alındığında, gruplarda ortak fikrin işlemlerin yaklaşık 15 dakika sürdüğü ancak bazı hasta gruplarının zor olduğu ve bu yüzden sürenin 25 dakikaya kadar uzayabildiği belirtilmiştir.
- Hekimler kronik hastalık izlemi için hazırlanmış anketlerde istenen bilgileri doldururken veri kayıt sistemindeki teknik aksaklıklar nedeniyle zorlandıklarını, bunun çalışma esnasında motivasyon kırıcı bir süreç olduğunu belirtmişlerdir. Kronik hastalık izlem formlarında her bir hastalık için ayrı veri girişi yapmanın mükerrer kayıtlara sebep olması nedeniyle sorun yarattığı ve Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS)'ne eklenebilecek ortak bir kayıt sisteminin olması gerektiğini vurgulamışlardır. Ayrıca veri girişinde kronik hastalık izlemi için hazırlanan formda sıkıntılar olduğu ve bu sebeple bazı alanlarda bilinçli bir şekilde “sorun yok” olarak işaretlemek zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir.
- Hekimlere veri girişi analizlerinin sonuçları paylaşarak erkek katılımının, kadın katılımından daha az olmasının sebepleri ve nasıl çözümlenebileceği sorulduğunda tartışmada ortaya çıkan başlıklar şu şekildedir:

- ✓ Kadınlar erkeklerden daha çok Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'ne başvuruyorlar. Bunun temel sebebi olarak da erkeklerin çalışıyor olması gösterilmiştir.
- ✓ Erkek katılımı konusunda ailenin dosyası üzerinden izlem yapılması gerektiği, gelmeyenlere yaptırım uygulanması gereği savunulmuştur.
- ✓ Kardiyovasküler risk değerlendirilmesinin ve kronik hastalık izlemlerinin daha iyi yapılabilmesi için erkek nüfusa da ulaşmak gerekliliğini savunmuşlar ve bu gruba ulaşabilmek için iş yeri hekimi ile ortak çalışmanın gerekliliğine vurgu yapmışlardır.
- ✓ Ancak Ankara'daki hekimlerce işyeri hekiminin görevleri konusunda aile hekimlerinin bir kavram kargaşası yaşadığı ifade edilmiştir. İşyeri hekimlerinin Sağlık Bakanlığı'na bağlı olup, aile hekimleri gibi veri gönderme mecburiyeti olursa ancak kronik hastalık takibi yapılır denilmiştir.
- Bu süreçte, hastaya kardiyovasküler risk değerlendirmesi yapmanın hekimin sunduğu öneri ve tedaviye daha uyumlu olmasını sağladığını vurgulamışlardır.
- İlaç kullanımına rağmen regüle olmayan hipertansiyon ve diyabet vakalarında tetkik istenmemesinin sebepleri sorgulandığında, cevaplar aşağıdaki şekilde olmuştur:
 - ✓ Veri giriş formunda teknik problemler
 - ✓ Hastanın vakit ayırmak istememesi
 - ✓ Hastanın son bir ay içerisinde yapılmış hali hazırda tetkik sonucu olması nedeniyle tekrar tetkik istenmemesi
 - ✓ İlaç kullanan ve regüle olmayan hasta grubunda, bazı hekimlerin tetkikleri anketten sonra istemiş olması
 - ✓ Erzurum ili için kırsal alanda tetkik istemek ve bu tetkik sonuçlarını sistemde görme sorunlarının olması
- Hekimin regüle olmayan hastada ilk başvurması gereken yaklaşımın ilaç yazmak yerine diyet önermesi gerektiği birkaç hekimin ortak görüşü olmuştur. Regüle olmama durumuna etki eden bir diğer sebebin ek hastalıklar olabileceği, bu durumla ilgili veri giriş formunun tasarımında eksiklikler, hatalar olduğu ifade edilmiştir.
- Erzurum odak grubu hekimlerine göre ASM'de çalışan diğer kişilerden destek alamadıkları için verilerin yarım kaldığı ve sisteme işleyemedikleri de belirtilmiştir.
- Açlık kan şekeri yüksek olup tedavi almayan hasta grubunun yapısı tartışıldığında bu grubun bir kısmının yeni vaka bir kısmının eski vakalardan oluştuğu öğrenilmiştir. Regüle olmayan eski vakaların içinde aslında ilaç kullananların da olduğu belirtilmiştir. Bu gruptaki kişilerde ilaç tedavisinin yanı sıra egzersiz ve diyet gibi tedaviyi tamamlayıcı unsurların eksik olduğu bütün hekimlerce onaylanmıştır.
- İstanbul odak grubunda tartışılan bir diğer önemli konunun ise bazı hastaların, özellikle antihiperlipidemik ilaç kullanımında, medyanın etkisinde kaldığı vurgulanmıştır. Hekimler medyanın kontrollü olarak işin içine katılması gerektiğini savunmuşlardır.

4.3.6.2 Saha Uygulamasının Etkisi

İstanbul odak gruplarından, saha uygulamasının hekimler ve hastalar açısından memnuniyet duygusu yarattığı temel tema olarak belirtilmiştir. Hekimler saha uygulaması öncesi kronik hastalık takibini bir ‘‘angarya’’ gibi görürken, çalışmaya katılma sonrasında bu düşüncenin memnuniyete dönüştüğünü belirtmişlerdir. Ayrıca bu memnuniyetin hastalarda da görülmesinin hekimlerde bir ‘‘tatmin duygusu’’ oluşturduğu söylenmiştir. Ancak Ankara odak grubundan hasta memnuniyeti, hasta-hekim iletişimine yönelik bir bildirimde bulunulmamıştır. Hasta memnuniyeti moderatör tarafından özellikle sorulmadan bireysel olarak ya da grupça kendiliğinden ortaya çıkmadığı ifade edilmiştir. Erzurum hekimleri ise bu saha uygulaması ile izlemlerin standart hale geldiği, kayıt altına almadıkları bilgileri kaydetme alışkanlığını kazandıklarını özellikle vurgulamışlardır.

Ancak, tüm görüşler bilgi ve deneyim geliştiği yönünde olmamıştır. Bu uygulamaları yapmaktan özel bir memnuniyet duymadığını ancak kayıt alma konusunda gelişmeler olduğunu belirten hekimler olmuştur.

Bu uygulamanın tedavinin yanı sıra egzersiz ve diyet önerilerinde bulunma, ikinci-üçüncü basamak sağlık kurumlarına yönlendirme gibi tıbbi davranışlarında da değişiklikler olduğu belirtilmiştir.

Saha uygulaması sırasında dışarıda bekleyen hastanın sıra kendine gelene kadar memnun olmadığını hatta hekimler bu yüzden tepkiler aldıklarını ifade etmişlerdir.

Saha uygulaması esnasında diğer aile hekimlerinin hastalarını sürece dâhil etmek istedikleri aktarılmıştır.

Kronik hastalığı taramasına başladıklarından bu yana hastalarına daha fazla ilaç yazma ihtiyacı duyduklarını ve bu çalışmayla hastaların ihtiyaçlarını fark ettiklerini açıklamışlardır. Özellikle kolesterol ilacı reçetelemelerinde bir artış olduğu belirtilmiştir.

4.3.6.3 Odak Grup Çalışmaları İle Süreç Analizi

- HT, DM ve hiperkolesterolemi hastalarında hastalığın regüle edilemediği durumlarda erişkin eğitimin gerekliliği ifade edilmiştir.
- Aile hekiminin desteğe ihtiyaç duyduğu alanlar; diyetisyen, psikolog gibi sağlık personelinin hastayla temasının artırılması, egzersiz listeleri, diyet listeleri, adım sayar gibi materyallerin hastalara sağlanması olarak açıklanmıştır.
- Hekimlere takiplere eklemek isteyecekleri diğer konular sorulduğunda; astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), obezite, metabolik sendrom gibi hastalıkların olabileceğini ancak müdahale edemedikleri (reçete yazamadıkları, uygun tahlili yapamadıkları) noktaların düzeltilmesi gerektiği ifade edilmiştir.
- Aile hekimleri eğitimlerinin yapısının interaktif olması gerektiğini, simülasyonlar uygulanabileceğini, role-playların hazırlanabileceği istekler arasındadır. Sistem üzerinde modüllerin hazır halde olup hekim istediğinde ulaşabilmesinin sağlanması gerektiği belirtilmiştir. Eğitici grubunun da kendi alanında yeterliliği bulunan kişilerden oluşması ve

katılımcı sayılarının 20 hatta bazı durumlar için daha da küçük gruplara bölünerek eğitimin planlanması gerektiği söylenmiştir.

- Eğitim içeriğinde EKG eğitimleri, akılcı ilaç kullanımı, akılcı laboratuvar kullanımı gibi konuların bulunabileceği belirtilmiştir.
- Bu eğitimlere hekimlerin katılımını sağlamak için sertifikasyon, eğitimlerin kredilendirilmesi ve gönüllülük esasına dayalı olması vurgulanmıştır.

4.3.6.4 Saha Uygulamasının Genele Yaygınlaşması

- İstanbul'daki hekimlerce saha uygulamasının tüm ülkede yaygınlaşarak uygulanmaya başlamasıyla hekimlerin karşılaşabileceği engeller ve sorunların olacağı ifade edilmiştir. Anketlerin rutin uygulamaya konulmasıyla hastalara ulaşma aşamasında sorunlar olabileceği öngörülmüştür.
- Ankara'daki odak grubu hekimlerinin hemen tümü toplantı boyunca kronik hastalıkların izleminin kendilerini zorlayacağı, iş yüklerini artıracığı ve hali hazırda yaptıkları raporlu kronik hastalık ilaç yazmada karşılaştıkları problemleri aktarmışlardır. Özellikle ilaç yazdırma konusundaki sorunlar hakkında grubun görüş birliği olmuştur. Hekimlerin ifadelerinden raporlu kronik hasta ilaç reçetelerinin çoğunlukla hastayı görmeden yapıldığı anlaşılmıştır. Kronik hastalık izlemi rutine girdiğinde nasıl bir uygulama olacağı ile ilgili endişeli bir yaklaşım içinde oldukları tespit edilmiştir. Şehir dışında olan ve gelemeyen hastalara erişim ile ilgili sorunların olacağı paylaşılmıştır. Bu endişeler sadece maddi performans kaygılarıyla ilgili olmayıp iş performansı ile ilgili olarak da ifade edilmiştir.
- Erzurum'daki hekimlere göre nüfusun yoğun, hekim sayısının az olduğu kırsal bölgelerde, performans dâhilinde yapılan gebe, bebek ve çocuk izlemleri ile de sıkıntı yaşandığı ve kronik hastalık izlemine zaman kalmayabileceğidir. Ayrıca kronik hastalık izlemine katılmak istemeyen kişilerin olabileceği, erkeklere kolay erişilemeyeceği ve bunun yaratacağı sorunlar gündeme getirilmiştir. Performans sistemine dâhil edildiğinde, bazı hekimlerin verileri "masabaşında" göstermelik girecekleri yönünde endişeler oluşmuştur.
- Hekimler kendilerine bağlı kişilerin takiplerini düzenlediğinde ve sistemlerini iyi organize ettiğinde poliklinik sayılarının azalabileceği ve bu uygulamanın mümkün olabileceği belirtilmiştir.
- Hastalara ulaşmada yaşanabilecek sorunları çözmek için hastalara ekonomik yaptırımlar gibi, bazı uygulamaların olması gerektiği fikri tartışılmıştır.
- Aile hekimlerince yapılan sevklerden geri dönüşlerde hastanın yetersiz bilgilendirildiği, yazılı geri dönüşlerin olmadığı konular ele alınmıştır. Çözüm olarak hastane ve aile hekimlikleri arası programların entegrasyonunun sağlanması ve uzman hekimlerin sistem üzerinden geri bildirim yapmaları önerilmiştir.

4.3.6.5 DSÖ Toplantısından ve ASM Ziyaretlerden Sonra Öne Çıkan Öneriler

- Veri girişleri AHBS sistemine dâhil edilmeli ve tekrarlayan sorular tek defada kayıt edilebilmeli (Örneğin TC kimlik numarası, yaş, boy, kilo, TA).
- Hastalar bilgilendirilmeli ve sorumluluk verilmeli.
- Bu çalışmanın önemli bir ferdi olan, ASE'lerin de eğitim günlerine davet edilmeleri. Kronik hastalık takibinin önemi aktarılmalı ve bu konuya duyarlılıkları arttırılmalı.
- AHBS sistemine entegre edilmiş gebe izlem ve kanser tarama programları DSÖ mensuplarını çok etkilediği ve aynı programın kronik hastalıklar içinde yapılması. Örneğin bir diyabet hastası için her üç ayda HbA1C'si bakılmadı diye bir uyarı verebilmeli.
- İnsan kaynakları sorunu önemli bir sorun ve giderilmesi için paralel olarak çözümler düşünülmeli (Örneğin hemşiresi olmayan sıfır nüfuslu birimler).
- Hekim ve hemşireleri motive etmeye devam etmeli ve eş zamanlı olarak halk arasında bu bilinci oluşturmak için Bakanlığımızca farkındalık çalışmaları yapılmalı: örneğin, kamu spotu aracılığıyla.
- Diğer kronik hastalıklar için de aynı girişimlerde bulunulmalı.
- Pozitif performans tercih edilmeli.

5. TARTIŞMA

Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi

Çalışmada kardiyovasküler risk değerlendirmesine cevap verenlerin profillerine bakacak olursak 40-54 yaş arası (yüzde 50), sigara kullanmayan (yüzde 85,6) ve kadın (yüzde 70,3) hastalardan oluşmaktadır. Bu durumda, kadınların ağırlıklı olduğu, sigara içme oranının az olduğu bu grupta riskleri yüksek tansiyon ve yüksek total kolesterol düzeylerinin oluşturduğu düşünülmektedir. SKB'ları 140 mmHg ve üzerinde olanların oranı yüzde 28'dir ve ulusal çalışmaların verileriyle örtüşmekle beraber, biraz altındadır. KVS SCORE'un istenildiği gibi sadece sağlıklı bireylere mi yoksa HT hastalarına da mı uygulandığı tam olarak ayırt edilememektedir.

Sistolik kan basıncı yüksek olup ilaç kullanmayanların oranı yüzde 41 olarak hesaplanmıştır. Antihipertansif kullananların ise yüzde 40'ının regüle olmadıkları saptanmıştır. İstanbul ilinde HT vakası diğer iki ile göre daha yüksek bulunmuştur ve HT hastası olup ilaç kullanmayanların oranı diğer illere göre daha yüksektir. Bunun yanı sıra, hastaların yüzde 70'inde hiperkolesterolemi saptanmıştır (Kolesterolemi ≥ 190 mg/dl) ve bunların yüzde 62'si ilaç kullanmamaktadırlar.

Odak grup toplantılarından öne çıkanlara göre medya ve medyatik kişilerin bunda büyük bir etkisi vardır. Diğer yandan, yine bu gruplardaki hekimler sosyal güvenlik uygulamalarının kısıtlamalarından dolayı antihiperlipidemik ilaç reçetelemesinde sıkıntılar yaşadıklarını ve bu yüzden hastaların kolesterol düzeylerini fazla takip etmediklerini açıklamışlardır.

Katılımcıların yaş aralıklarına baktığımızda, 65-69 yaş aralığında çalışmaya katılımında bir azalma olduğu görülmüştür. Bu durumda 60-69 yaş grubundaki yaşlıların daha mı az ASM'ye başvurdukları yoksa KVS SCORE'unu sağlıklı bireylere önermelerinin etkili olup olmadığı bilinmemektedir. Odak grup tartışmalarından, erkeklerin katılımının az olması ve 70 yaş üzerinde bir yükselişin gözlemlenmesi, erkeklerin çalışmasından ve ASM'lerin işyerlerine uzak olmasından kaynaklanabildiği gerçeğine dayandırılmıştır.

Kardiyovasküler risk değerlendirmesi sonucunda hesaplanan SCORE-Türkiye risk değerlendirme verileri cinsiyete göre incelendiğinde erkeklerin yüzde 42,6'sının yüksek ve çok yüksek risk grubunda iken, kadınlarda bu oranın yüzde 19,7 olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda KVS SCORE'unda önemli bir etken olan cinsiyet, bu çalışmaya erkeklerin katılmasının önemini vurgulamaktadır. Odak grubundan çıkan önerilere göre, işyeri hekimlerinin de bu çalışmaya dâhil edilmeleri veya erkek hastaların işyerlerine yakın bir ASM'de takip edilmeleridir.

Sigara içme durumuna göre incelendiğinde; sigara içen ve içmeyen grup arasında risk değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup; sigara içmeyen grupta çok yüksek risk grubuna gidildikçe oranlar azalırken aynı düşüş sigara içen grupta gözlenmemiştir. Erkeklerdeki SCORE-

Türkiye risk değerlerindeki yüksekliğin başvuran erkeklerin kadınlara göre daha ileri yaşta olmalarından ve daha yüksek oranda sigara içiyor olmalarından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Ayrıca çalışmaya katılanlarda orta riskte bir yoğunlaşma olduğu ve orta riskli hastaların diğer risk gruplarına göre sigara kullanım oranları daha yüksek olduğundan, sadece tütün kullanımını azaltmanın dahi kardiyovasküler riskin üzerinde bir etkisi olacağı görülmektedir. Hastaların yüzde 50'sinin KVS SCORE'u orta risk düzeyinde saptanmıştır ve sadece sağlıklı yaşam önerileri ile bu oranı düşürmek mümkün görünmüştür. Bu da birinci basamağın tedavi önermeksizin sadece sağlıklı yaşam önerileri (sağlıklı beslenme, fizik aktivite, alkol-sigara bırakma) ile yüzde 50'lik bir orana çok önemli bir etki yapacağını açık kanıttır. Bunun yanı sıra, azımsanmayacak bir oran (yüzde 26,4) için de ciddi önlemlerin alınması ve takip edilmesi gerektiği görülmüştür.

Hipertansiyon Tarama ve İzlemi

Hipertansiyon, kalp-damar hastalıkları risk faktörleri arasında en önde gelen ve en yaygın olanıdır, dünyada önlenebilir ölüm nedenleri arasında da bir numaralı risk faktörüdür. Ülkemizde yapılan üç çalışmada saptanan HT sıklıklarına baktığımızda, Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışmasının 2003'deki yayınına göre 18 yaş ve üzerinde yüzde 32, TURDEP II'nin 2010 yılında yayınladığı rakamlara göre 20 yaş ve üzerinde yüzde 31, Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması (TkrHRF)'nin 2011'deki yayınına göre, 18 yaş ve üzerinde ise yüzde 25'dir.

TURDEP II'nin ulusal çalışmasında HT prevelansının kadınlarda yüzde 32,3, erkeklerde ise yüzde 30,9'dur. Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışmasına göre'de kadınlarda bu oran yüzde 36,1, erkeklerde ise yüzde 27,5'dir. Ulusal çalışmalarda HT prevelansı kadınlarda daha yüksek görülüyorken bu çalışmada, erkekler de oran daha yüksektir (Erkek: yüzde 21,7- Kadın: yüzde 18,2) ve istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur.

Erkeklerin "aktif" oldukları yaşlarda ASM'ye daha az, erken emeklilik- emeklilik sonrasında ASM'ye daha fazla uğradıkları öngörülebilmektedir. Kadınlarda, hipertansiyon tarama ve izlemine katılımında 29 yaş sonrasında bir artış görülmüş ve bu artış 40-44 yaş aralıklarında pik yapmıştır. 70 Yaş ve üzerinde erkeklere nazaran daha az tarama ve izlemeye katılmışlardır.

Hipertansiyon Tarama ve İzlem çalışmasına cevap verenlerin profiline göre yüzde 67,7 ile kadın hastalar çoğunluktadır. İstanbul ilinde HT vakası diğer iki ile göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak Erzurum'da taranmış olan hastaların yaşları daha küçük olmasına bağlı vaka sayısının az olabileceği ve HT hastalığının yaş ile artış gösterdiğinin bir kanıtı olabileceği değerlendirilebilir.

Ayrıca, Erzurum ASM'lerin hasta profili diğer illere göre daha mı gençtir, merak edilen konular arasındadır. Kadın hastalar 25 yaşından itibaren ASM'leri daha çok ziyaret ederken, erkeklerde bu yaştan itibaren bir düşüş gözlemlenmiştir. Odak gruplarında, bunun nedeninin erkeklerin çalışıyor

Hastaların üçte biri antihipertansif kullanmakta olup, bunların yüzde 45'inin regüle olmadığı öne çıkmıştır. Bu da ölüm nedenlerinin başında gelen kalp ve damar hastalıkları için önemli bir bilgidir. Bunun yanı sıra, hastaların yüzde 38'inin tansiyonları yüksek olmasına rağmen tedavi edilmedikleri ortaya çıkmıştır.

Sistolik kan basıncı yüksek saptanan kişiler incelendiğinde, tedavi düzenleme ve önerilerde bulunma oranlarına göre hekimin kendisinin beslenme ve fizik aktivite önerilerinde bulunması ve antihipertansif ilaç reçetesi vermesi en sık tercih edilen üç tedavi seçimi olarak gözlemlenmiştir.

HT tarama ve izlem çalışmasının KVS risk değerlendirmesi ve DM'ye göre daha çok kayıt edildiği ortaya çıkmıştır. Bunun sebebi, taramanın diyabet ve KVS SCORE'una göre daha genç yaşta başlatılması (18 yaş ve üzeri) ve daha az süre gerektirmesi olabilir.

Diyabet Mellitus Tarama ve İzlemi

Yaşam tarzındaki hızlı değişimler ile çağın hastalığı olarak bilinen tip 2 diyabet hastalığı gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde artış göstermeye devam etmektedir. Ülkemizde yapılmış olan dört ulusal çalışmaya göre diyabet prevalansı 18 yaş ve üzerinde yüzde 13 Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevalans Çalışması (CREDIT), 20 yaş ve üzerinde yüzde 16,5 (TURDEP-II), 15 yaş ve üzerinde ise yüzde 11,1'dir (TKrHRF). 2009'da yapılan PURE çalışmasına göre de diyabet sıklığı 35-70 yaş aralığında yüzde 14.7'dir.

Diyabet mellitus tarama ve izlemine baktığımızda ise yine kadınların (yüzde 68,3) çoğunlukta olduğunu görüyoruz. Hastaların, cinsiyet fark etmeksizin, yüzde 70'inin patolojik bel çevresine sahip olduğu, yarısından fazlasının obez ve üçte birinin ise fazla kilolu olduğu ortaya çıkmıştır. Cinsiyete göre bakıldığında kadınlarda obezite yüzde 60, erkeklerde ise yüzde 40 olarak hesaplanmıştır. Tip 2 diyabet hastalığında obezitenin en önemli risk faktörü olduğu bilinen bir gerçektir. Bu durumda obezite ve fazla kiloluluk ile mücadele ülkemizin diyabet sorununa, deyim yerinde ise çok önemli bir neşter vuracaktır.

Obezite diyabet açısından önemli risk faktörlerinden birini oluşturmaktadır. Ülkemizde obezite sıklığı erişkin bireylerde oldukça yüksektir ve son dönemde dünyada da olduğu gibi prevalansı giderek artmaktadır. Ulusal düzeyde yapılan TURDEP-II (2010) çalışmasında 20 yaş üstü erkeklerde obezite prevalansı yüzde 27,3, kadınlarda ise yüzde 44,2 olarak yayınlanmıştır. DSÖ'nün Obezite Uzmanlar Komitesine göre abdominal bölgedeki yağ kütlesi de bir sağlık riski oluşturur ve değerlendirmede ölçüm yöntemi olan "bel çevresi" Beden Kütle İndeksine (BKİ) ek olarak kullanılmalıdır.

Obezite ile mücadele birinci basamaktan geçmektedir. Bunun yanı sıra, bu çalışmada katılımcıların %26'sının açlık kan şekerleri 126 mg/dl'nin üzerinde, yüzde 33'ünün ise 100 ile 125 mg/dl arasında görülmüştür. Katılımcıların yüzde 42'si antidiyabetik kullanmaktadırlar. İlaç kullananların yüzde 52'sinin regüle olmadıkları ortaya çıkmıştır. Açlık kan şekerleri yüksek olmasına rağmen, hastaların

yüzde 16'sı tedavi görmemektedir. Ciddi komplikasyonlara neden olan bu hastalığın regüle olması hem hasta için hem ülkenin ekonomisi için ciddi önem arz etmektedir. Bu savaşı azınlıkta olan endokrinolog uzmanlarına yıkmak ise büyük sorunlara yol açacaktır. Bu yüzden birinci basamağı bu yönde olabildiğince motive etmek gerekmektedir.

Diyabet izleme ve değerlendirmesine dâhil edilmiş olan kişilerden, antidiyabetik ilaç kullanmayan ve açlık kan şekeri yüksek saptanan kişiler incelendiğinde, hekimin kendisinin fizik aktivite ve beslenme önerilerinde bulunması ve antidiyabetik ilaç reçetesi vermesi en sık tercih edilen üç tedavi seçimi olarak gözlemlenmiştir.

Genel bilgilere bakacak olursak, hekimlerin daha çok yarısı verimli çalışmıştır. Tarama ve izleme için harcanan süreler çok makuldür. Kardiyovasküler risk değerlendirmesi ve HT tarama ve izlemleri için harcanan süreler 15 dakikanın altında sürmüştür. DM izlemi için harcanan süre ise 5 ile 24 dakika arasında sürmüştür. En az doldurulan anketlerin DM'yi ilgilendirmesi, bu yüzden şaşırtıcı değildir.

Niteliksel tartışma

Hekimler, Bakanlığın ve sahanın ortak çalışması olarak bunun bir ilk olduğunu vurgulamışlardır. Büyük bir kısmı heyecanla bu çalışmaya katkıda bulduklarını aktarmışlardır. Birinci basamakta kronik hastalık takibi zaten yapılması gereken ancak aksattıkları bir alan olarak gördüklerini ifade etmişlerdir.

Bakanlık aşısı, gebe izlem gibi diğer konulara yöneldiğinden, kronik hastalık takibi yapanlar, bunun asli işleri değilmiş gibi hissettiklerini ve bundan ötürü mutsuz olduklarını vurgulamışlardır. Düzenli olarak kronik hastalık takibi yapan hekimler ise daha standardize bir şekilde çalışmak adına katıldıklarını aktarmışlardır. Hekimlerin çoğunluğu bu çalışmanın hekim-hasta ilişkisini olumlu yönde etkilediğinde hemfikir olmuşlardır. Hekimlerin hastalıklarıyla ilgilenmesi, daha fazla soru sorması, tansiyonlarının ölçülmesi, hasta- hekim arasında oluşan güven duygusunu pekiştirdiğini ve bu sayede hastaların daha bilinçli ve istekli bir şekilde tetkik yaptırıldıklarını, verilen tavsiyelerin daha dikkatle dinlendiğini aktarmışlardır ve bütün bunların işlerine olan tatminlerini yükselttiğini vurgulamışlardır. Sosyal medya aracılığıyla hekimlerin yöneticilerle aynı platformda bulunması, yöneticilerin onları bizzat yerinde ziyaret etmeleri, onlar üzerinde büyük bir motivasyon oluşturmuştur. Bu saha çalışması aracılığıyla fikirlerinin alınması, geribildirimlerin dikkate alınması ve sorularına cevap bulmaları yine değerli hissetmelerine ve aile hekimliğinin gelişmesinde aktif rol alma hissini doğurduğunu aktarmışlardır.

Genel anlamda bakıldığında, çalışmaya, hastaların direnç göstermediklerini ancak aşısı takibi, gebe izlem ve SMEAR test takipleri gibi yoğunlukları olan hemşirelerin bu çalışmaya direnç gösterdiklerini ifade etmişlerdir.

Hekimler KVS risk değerlendirmesi anket çalışması için ortalama 5 ile 25 dakika harcadıklarını ve bu sürenin ortalama bir muayene süresini aşmadığını aktarmışlardır. Her hekimin iş yükünün aynı olmadığı, kırsal kesimde çalışan hekimlerin günde bazen 10-15 hasta baktığını, randevulu sisteme geçen hekimlerin günlük poliklinik sayılarının 55'den 30'lara kadar düştüğünü aktarmışlardır. Ve bu sayede çalışmaya daha rahat zaman ayırabildiklerini ancak, tetkik isteme ve sonuç verme ile bir anketi bazen üç görüşmede tamamladıklarını da eklemişlerdir.

6. SONUÇ

Kronik hastalıkların birinci basamakta takibi için yürütülen uygulamaların gönüllü aile hekimlerince ve hemen her aşamasında aile hekimlerinin görüşleri alınarak, sorunlarına çözüm bulunarak gerçekleştirilmesinin olumlu etkileri saha ziyaretleri, niceliksel ve niteliksel bulgular ile de belirlenmiştir.

Kardiyovasküler risk değerlendirmesine katılmayı kabul eden 40 yaş üzeri kişilere uygulanan cinsiyet, yaş, sistolik kan basıncı, sigara içme ve total kolesterol düzeyleri ile hesaplanan SCORE-Türkiye risk değerlendirme verileri analiz edildiğinde katılımcıların yüzde 22,1'inin düşük risk grubunda, yüzde 26,4'ünün yüksek/çok yüksek risk grubunda olduğu ve yüzde 51,5'inin ise orta risk grubunda olduğu belirlenmiştir. Bu durumda hastaların yarısından fazlasına sağlıklı yaşam önerileri (sağlıklı beslenme, fizik aktivite, alkol-sigara bırakma) verilmesinin risk düzeylerini düşürmekte yeterli olacağı düşünülmektedir.

Kardiyovasküler risk düzeylerinin önemli etkenlerden iki tanesi cinsiyet ve sigaradır. Çalışmaya katılmayı kabul edenlerin sigara içme durumlarına bakıldığında, sigara kullanımı erkeklerde yüzde 22,6 kadınlarda ise yüzde 14,4 olarak hesaplanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı bulunan bu fark, 2003 yılında yapılan Ulusal Hastalık Yüku- Maliyet Etkililik Çalışmasındaki verilerle de örtüşmektedir (erkeklerde yüzde 51, kadınlarda yüzde 19).

Kadınların ağırlıklı olduğu, sigara içme oranının az olduğu bu grupta, riskleri yüksek tansiyon ve yüksek total kolesterol düzeylerinin oluşturduğu kanısına varılmıştır.

Hipertansiyon ve diyabet vakalarında yüzde 39-52 oranında ilaç kullanmayan, ilaç kullandığı halde kan basıncı, açlık kan şekeri düzene girmemiş olan hastalar vardır. Bu hastaların yaklaşık yarısından tetkik istenmemiş olması odak grup tartışması konularından birini oluşturmaktadır. Tedavi yaklaşım farklılığı, hastanın yakında tetkik yaptırmış olması vb. nedenler öne sürülmektedir.

Değerlendirmeler sonucunda tespit edilen hipertansiyon, hiperlipidemi ve diyabet hastalarında regüle olmayan hasta düzeylerindeki genel yükseklik dikkat çekicidir (sırasıyla antihiperlipidemik ilaç kullananlar yüzde 32.9, antihipertansif ilaç kullananlar yüzde 39.5 (KVS izlem)- yüzde 38.9 (HT izlem); yüzde 52.6 (DM izlem).

İllere göre yapılan analizlerde sigara içme oranlarının, sistolik kan basıncı düzeyinin ve total kolesterol seviyelerinin patolojik değerlerde olma oranının İstanbul ilinde diğer illere göre yüksek oranlarda saptanması dikkat çekicidir. Aynı zamanda ilaç kullanımına rağmen regüle olmayan kolesterol ve tansiyon değerleri de İstanbul ilinde yüksek oranlardadır. Diyabet izleminde bu verilerden farklı olarak İstanbul'da regüle hasta oranları diğer illere göre daha yüksek oranlarda tespit edilmiştir. Diyabet hastalığı risk faktörlerinden olan BKİ ve bel çevresi ölçümlerinde yüksek oranlara ve regüle açlık kan şekeriindeki görece düşük oranlara Ankara ilinde rastlanmıştır. Sigara kullanımı da Erzurum ilinde

Ankara ve İstanbul'a göre daha düşük görünmüştür. Bu sonuçların İstanbul'un metropol yaşantısının kişilerde oluşturduğu stres faktörü olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. İstanbul ili özelinde bu sorunların değerlendirilmesi yararlı olacaktır.

Kardiyovasküler risk değerlendirmesi, hipertansiyon (HT) ve diyabet (DM) izlemi verileri illere göre değerlendirildiğinde başvuranlardaki yaş, cinsiyet dağılımlarının benzer oranlarda olmakla birlikte İstanbul'da hipertansiyon ve diyabet izlemine katılan kişilerde kadınların ve 60 yaş üzeri bireylerin oranının diğer illere göre gözlemsel olarak daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu durum aile sağlığı merkezlerinin kadınlar ve çalışma yaşamı dışında kalan erkekler tarafından kullanıldığını göstermektedir.

Kardiyovasküler risk değerlendirmesi, hipertansiyon ve diyabet izlemi verileri değerlendirildiğinde erkek hastaların başvuru sayısının kadınlara göre düşük olması; buna karşın kardiyovasküler risk skorlarının erkeklerde kadınlara göre daha fazla oranda yüksek ve çok yüksek grubunda tespit edilmesi dikkat çekmektedir. Erkeklerdeki risk skoru yüksekliğinin sigara içme oranlarındaki yüksekliğe ve başvuran erkek hastaların yaşlarının da kadınlara göre daha ileri yaş gruplarında olmasına bağlanabilir.

Kardiyovasküler risk skorlarındaki yüksekliğe benzer olarak sistolik kan basıncında ve açlık kan şekeri de erkeklerde kadınlara oranla yüksek değerler daha fazla oranda tespit edilmiştir. Değerlendirmeler hastalık tanısı olan başvurularla sınırlandırılarak yapıldığında cinsiyete bağlı olan farklılığın ortadan kalkması erkeklerde tanı alma oranının düşük olduğu sonucuna götürmektedir. Bu değerlerden farklı olarak kadınlarda bel çevresi ve BKİ değerlerinde patolojik değerler görülme oranları erkeklerden daha yüksek oranlardadır.

Erkekleri daha düşük kardiyovasküler risk gruplarında da tespit edebilmek ve erken tanı almalarını sağlamak için aile sağlığı merkezine başvurularını arttırıcı çalışmalar yapılması, başvurularının sınırlıklarının araştırılması yerinde olacaktır. Kadınlardaki obez olma oranlarındaki yüksekliğin nedeni çalışan nüfusun genel olarak erkekler olması ve kadınların daha sedanter bir yaşamlarının olması olabilir, sorunun nedenlerine inilip çözümler geliştirilmeli kadınlar aktif hayata teşvik edilmelidir.

Yapılan analizler sonucunda tüm izlemlerde benzer olarak saha uygulamalarının çoğunlukla 15 dakika ve altında vakitte tamamlandığı, sorunlar konusunda hekimlerin çoğunlukla 'sorun yok' seçeneğini (yüzde 70 in üzerinde oranlarda) işaretlemelerinin yanı sıra en sık hekim veya hastanın vakit yetersizliklerini (yüzde 10'lara varmayan oranlarda) sorun olarak işaretlediği tespit edilmiştir.

Hastaların saha uygulamasına direnç göstermedikleri kolayca katıldıkları hekimlerce belirtilmiştir. Tarama ve izlemlerin uygulamasında sıkıntı oluşmadığı gibi, hekimlerin günlük polikliniklerine kolayca entegre edilebilmiş gibi görünmektedir. Genel olarak değerlendirildiğinde hipertansiyon izlemi, kardiyovasküler risk değerlendirmesi ve diyabet izlemine göre oransal olarak daha az zamanda

tamamlanmıştır. Diyabet tarama ve izlemi uygulaması, hipertansiyon ve kardiyovasküler risk değerlendirmesine göre daha fazla zaman gerektirdiğinden daha az yapıp kayıt edilmiş olabilir.

Hastalara fizik aktivite ve sağlıklı beslenme önerileri tedavi esnasında hekimler tarafından en çok verilen danışmanlıklar arasında tespit edilmiştir.

Komplikasyon izlemleri açısından değerlendirildiğinde hem hipertansiyon hem de diyabet izlem çalışmasında ortak olarak yüzde 80'in üzerinde oranlarla en çok yapılan tetkik laboratuvar tetkiki isteme, ikinci sırada ise yüzde 70'in üzerinde oranlarla kardiyovasküler risk değerlendirmesi yapma olmuştur.

Her iki grup hastalık için komplikasyon izlemlerinin yeterli düzeylerde olmadığı gözlenmiş olmakla birlikte EKG çekiminin ve göz dibi incelemesinin hipertansiyon izleminde (sırasıyla yüzde 19,5 ve yüzde 12,9) diyabet izlemine (sırasıyla yüzde 27,1 ve yüzde 21,9) göre daha da düşük oranlarda yapıldığı saptanmıştır.

Hekimlerin komplikasyon izlemleri noktasında teşvik edilmesi, takiplerdeki oranların düşüklüğünün sebeplerinin irdelenmesi koruyucu hekimlik açısından önem taşımaktadır.

Saha uygulamasının ülke geneline yaygınlaştırılması öncesinde hekimlerle odak grubu toplantılarında tartışılan hususlar, çözüm önerileri geliştirilmesini ve tespit edilen aksaklıklar açısından duyarlı olunmasını sağlamıştır.

Bu saha uygulaması aracılığıyla aile hekimlerinin görüşleri, geribildirimleri dikkate alınmış ve sorularına yanıt bulmaları değerli hissetmelerine yol açmış ve aile hekimliğinin gelişmesinde aktif rol aldıkları duygusu oluşturmuştur.

Gerek niceliksel gerek niteliksel saha uygulaması sonuçları “Birinci Basamak Sağlık Hizmetinde Kronik Hastalık İzleminin” önemini, gerekliliğini ve uygulamanın hekimler sahiplendiğinde kolaylıkla başarılı bir şekilde yürütülebileceğini göstermiştir.

Sonuç olarak, birinci basamak sağlık hizmetinde kronik hastalık takibi ülke genelinde rutin haline gelmelidir. Zira yaşlanan nüfusumuz, artan yaşam süreleri ile artan kronik hastalıkların süresi ve maliyeti, ülkemizde diyabet ve kardiyovasküler hastalıkların oranındaki yükselişler, diğer ülkelere göre uzman sayılarımızdaki yetersizlikler, aile hekimlerimizi bu konuda güçlendirmeyi savunan çok önemli ve aşikâr nedenlerdir. Bu çalışmamızdan da öne çıkan yeni vakalar, obezite sorunu ve regüle olmayan kronik hastaların yüksek oranı, bu uygulamanın önemini açıkça vurgulamıştır.

Kronik hastalık izlemi bilindiği gibi maliyet etkin bir yöntemdir. En önemli yanı, mali getirilerinin de olmasıdır. Ayrıca birinci basamakta kronik hastalıkların izleminde, aile hekimleri, pozitif

performansın önemli olduğunu düşünmektedir. Her hâlükârda karlı olan bu girişimin en önemli yanı, mali getirilerin yanı sıra manevi getirilerinde olmasıdır. Hasta memnuniyeti önemlidir ve küçümsenmeyecek bir geri bildirimdir. Ayrıca kronik hastalıkların izleminin birinci basamakta aile hekimlerince yürütülebilecek hizmetlerden olduğu konusunda aile hekimlerinin hemen hepsi, pozitif performans olması şartıyla, hemfikir olmuştur.

Kronik hastalık takibi aynı zamanda hastanın merkezi bir yerde ele alınmasını, mükerrer/gereksiz tetkiklerin önlenmesini sağlamaktadır. Aile hekimliğinin en önemli ilkelerinden olan devamlılık kavramı ancak kronik hastalık takibinde anlam kazanmaktadır.

Bütün bunların yanı sıra, aile hekimlerine kronik hastalık takibi görevini vermek, kronik hastalıklar ile mücadelede, kendi başına yeterli değildir. Aile hekimlerine bu görevi verirken, ilaç yazmadaki kısıtlamalar tekrar gözden geçirilmelidir. Aynı zamanda, bu mücadelede, ikinci ve üçüncü basamaklar ile gerçek bir koordinasyon sağlanmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Altun B Arici, Nergizoğlu Derici Karatan Turgan et al, Calculations based on PatenT and PatenT2 studies, Hacettepe University, 2013, 5
http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/Turk_Hipertansiyon_Prevalans_Calismasi_Ozeti-1.pdf (erişim tarihi: 01.07.2018)
2. M. Jakab, L. Hawkins, B. Loring, J. Tello, T. Ergüder, M.Kontaş, Türkiye Ülke Değerlendirmesi. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Daha İyi Sonuçlar: Sağlık Sistemi İçin Zorluklar ve Fırsatlar, Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Ofisi, 2014
https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/BOH_%C3%9Cİke_raporu_TR.pdf (erişim tarihi: 01.07.2018)
3. Özer A, Türkiye’de NUTS Tr 5 Bölgesinde Esansiyel Hipertansiyon Tedavisinde Sosyal Güvenlik Kurumu Açısından İlaç Kullanımı ve Tedavi Maliyetinin Retrospektif Veri Tabanı Analizi, 2013
<http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11655/1127/f4702891-76ce-4f05-8427-bc30b19773c1.pdf;sequence=1> (erişim tarihi: 01.07.2018)
4. S. Kara, B. Arslan, H. Mergen, K. Öngel, Aile Hekimliği Polikliniklerinde Kardiyovasküler Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi, Tepecik Eğit. Hast Derg. 2012; 22 (3): 163-169
http://www.journalagent.com/terh/pdfs/TERH_22_3_163_169.pdf (erişim tarihi: 01.07.2018)
- Talha Burki, Country in Focus: diabetes prevalence on the rise in Turkey, The Lancet (erişim tarihi: 01.07.2018)
[https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(16\)00090-5](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(16)00090-5) (erişim tarihi: 01.07.2018)
5. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020, Ankara 2015
<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/508> (erişim tarihi: 01.07.2018)
6. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, Ankara, 2013
<https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf> (erişim tarihi: 01.07.2018)
7. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Diyabet Programı, 2014
8. Türkiye İstatistik Kurumu, Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2015
9. WHO Global Status Report on NCD, 2014
10. WHO- "Diabetes Programme.
<http://www.who.int/diabetes/en/> erişim: (erişim tarihi: 01.07.2016)
11. WHO Cardiovascular disease
https://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/en (erişim tarihi: 01.07.2018)

8. EKLER

EK 1- KRONİK HASTALIKLAR İZLEMİ ALGORİTMALARI

EK 2- KRONİK HASTALIKLAR İZLEMİ ANKET SORULARI

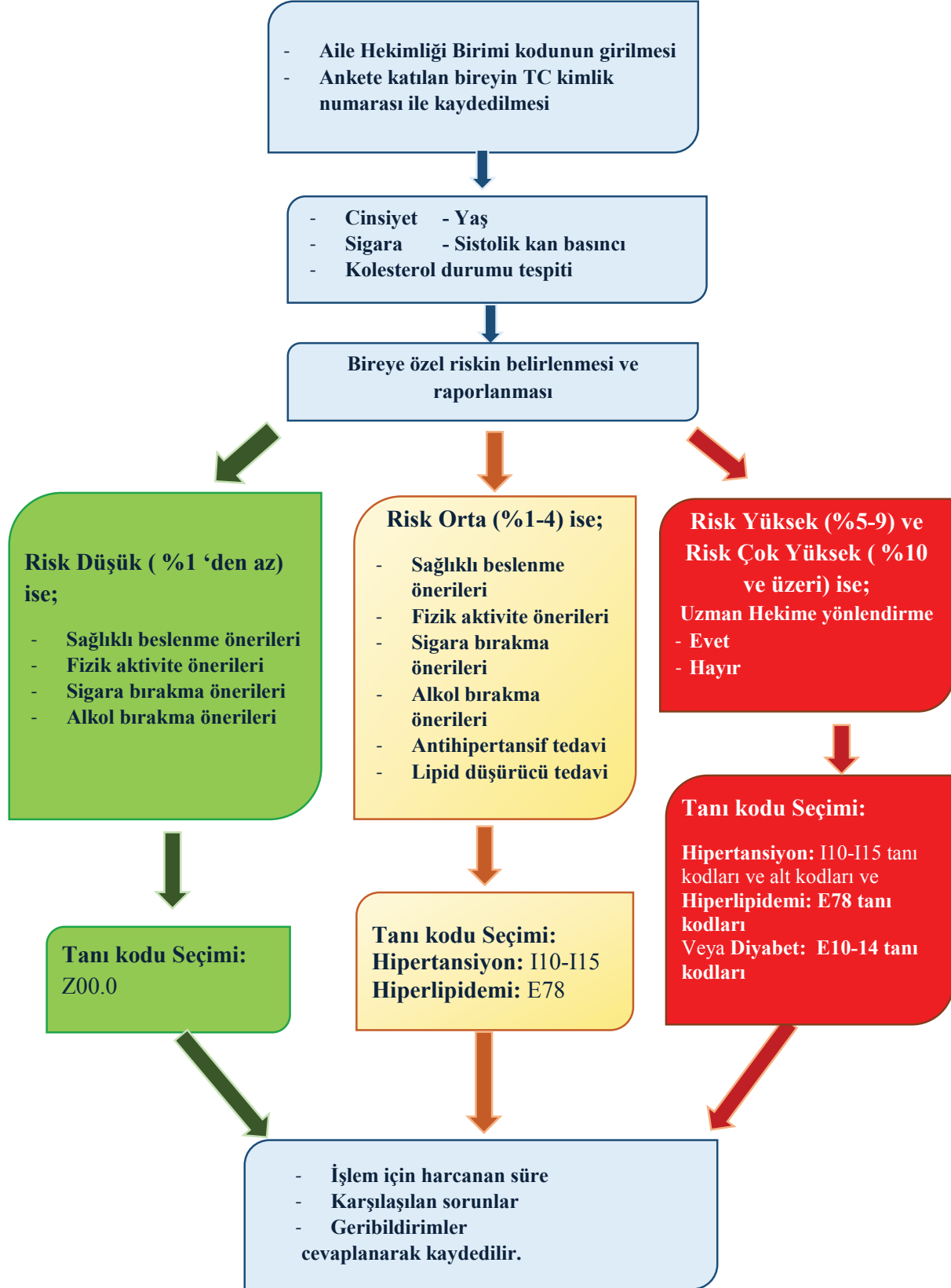
EK 3- SCORE TÜRKİYE

EK 4- DSÖ BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLARIN ÖNLEM VE KONTROLÜ: DÜŞÜK KAYNAK AYARLARINDA BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ REHBERİ

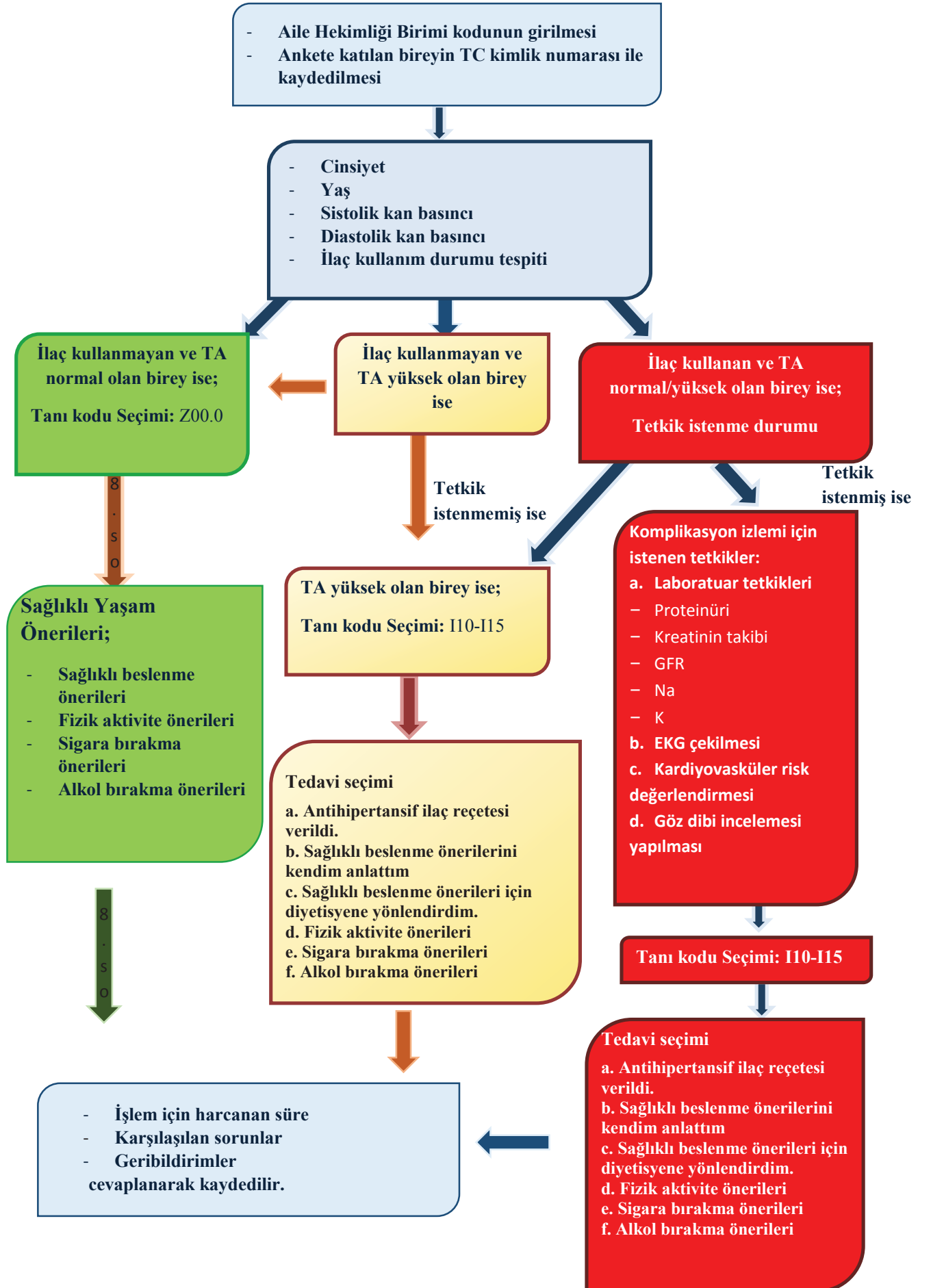
EK 5- ODAK GRUBU İÇİN SORULAR

EK 1. KRONİK HASTALIKLAR İZLEMİ ALGORİTMALARI

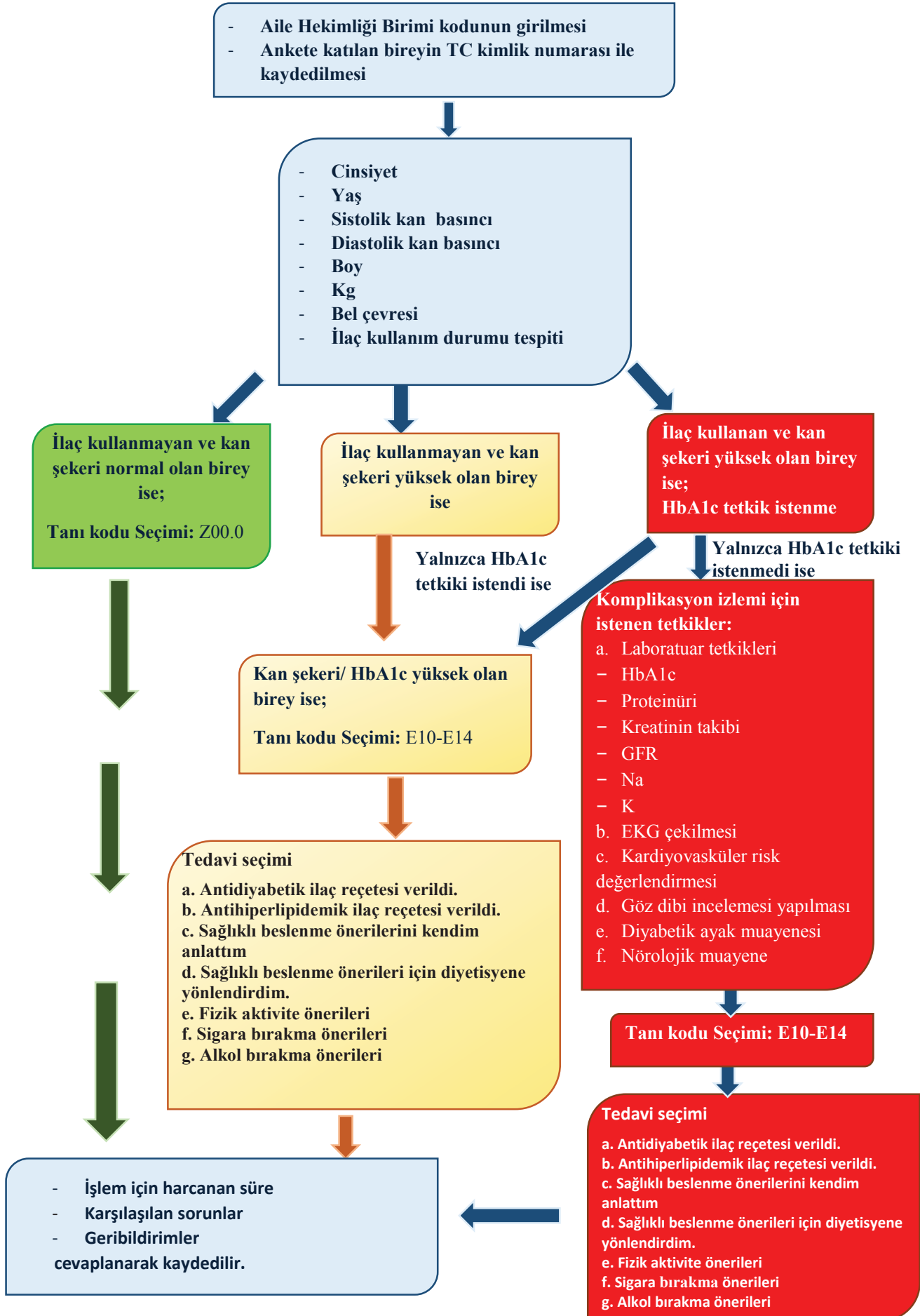
KARDİYOVASKÜLER RİSK DEĞERLENDİRMESİ ALGORİTMASI



HİPERTANSİYON DEĞERLENDİRME ALGORİTMASI



DIYABET DEĞERLENDİRME ALGORİTMASI



EK 2- KRONİK HASTALIKLAR İZLEMİ İÇİN ANKET SORULARI

KARDİYOVASKÜLER RİSK DEĞERLENDİRMESİ ANKET SORULARI

(TC kimlik numarasına göre karşılaştırılabilir olarak tanımlanması önemlidir).

1. Cinsiyeti

- a. Erkek
- b. Kadın

2. Yaşı

- a. 40-49
- b. 50-54
- c. 55-59
- d. 60-64
- e. 65-69
- f. 70 ve üzeri

3. Sigara içiyor mu?

- a. Evet (Bugün sigara içiyor)
- b. Hayır (Dün sigarayı bıraktı)

4. Sistolik kan basıncı ölçüm değeri (mmHg) nedir?

- a. 120-139
- b. 140-159
- c. 160-179
- d. 180 ve üzeri

5. Kan basıncı kontrolü için ilaç kullanıyor mu?

- a. Evet
- b. Hayır

6. Total kolesterol ölçüm değeri (mg/dl) nedir? (varsa son 1 ayda ölçülen değeri, yoksa ölçtüğünüz değeri yazınız).

- a. 140-189
- b. 190-229
- c. 230-269
- d. 270-309
- e. 310 ve üzeri

7. Kolesterol kontrolü için ilaç kullanıyor mu?

- a. Evet
- b. Hayır

Test sonucu değerlendirme:

Ekli tabloya göre kişiye özel risk raporlanır (bk. EK 3).

8. Kardiyovasküler risk değerlendirmesi sonrasında düşük riskli bireye hangi yaşam tarzı değişiklikleri önerilmiştir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
- Sağlıklı beslenme önerileri
 - Fizik aktivite önerileri
 - Sigara bırakma önerileri
 - Alkol bırakma önerileri
9. Kardiyovasküler risk değerlendirmesi sonrasında orta riskli bireye hangi yaşam tarzı değişiklikleri ve antihipertansif ve lipid düşürücü tedavi önerileri yapılmıştır? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
- Sağlıklı beslenme
 - Fizik aktivite
 - Sigara bırakma
 - Alkol bırakma
 - Antihipertansif tedavi
 - Lipid düşürücü tedavi
10. Kardiyovasküler risk değerlendirmesi sonrasında yüksek ve çok yüksek riskli bireye uzman hekime yönlendirilmiş mi?
- Evet
 - Hayır
11. Kardiyovasküler risk değerlendirmesi sonrasında düşük riskli bireyler için tanı kodu seçimi:
- Z00.0
12. Kardiyovasküler risk değerlendirmesi sonrasında orta riskli bireyler için tanı kodu seçimi: (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
- Hipertansiyon:** I10-I15 tanı kodları ve alt kodları,

I10	Esansiyel (primer) hipertansiyon
I11	Hipertansif kalp hastalığı
I12	Hipertansif böbrek hastalığı
I13	Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı
I15	Sekonder hipertansiyon

- Hiperlipidemi:** E78 tanı kodları ve alt kodları,

E78	Lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler
E78	Lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler
E78.0	Saf hiperkolesterolemi
E78.1	Saf hipergliseridemi
E78.2	Hiperlipidemi karma
E78.3	Hiperşilomikronemi
E78.4	Hiperlipidemi, diğer
E78.5	Hiperlipidemi, tanımlanmamış
E78.6	Lipoprotein eksikliği
E78.8	Lipoprotein metabolizması diğer bozuklukları
E78.9	Lipoprotein metabolizması bozuklukları, tanımlanmamış

13. Kardiyovasküler risk değerlendirmesi sonrasında yüksek ve çok yüksek riskli bireyler için uzman hekime yönlendirme yapıldı mı?

a. Hipertansiyon: I10-I15 tanı kodları ve alt kodları

I10	Esansiyel (primer) hipertansiyon
I11	Hipertansif kalp hastalığı
I12	Hipertansif böbrek hastalığı
I13	Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı
I15	Sekonder hipertansiyon

b. Diyabet: E10-14 tanı kodları

E10	İnsülin-bağımlı diyabetes mellitus
E11	İnsülin-bağımlı olmayan diyabetes mellitus
E12	Malnütrisyonu bağlı diyabetes mellitus
E13	Diyabetes mellitus, diğer tanımlanmış
E14	Diyabetes mellitus, tanımlanmamış

c. Hiperlipidemi: E78 tanı kodları ve alt kodları

E78	Lipoprotein metabolizması bozuklukları ve diğer lipidemiler
------------	---

14. İşlem için harcanan süre?

- a. Tarama için:**
- 5 dakikadan az
 - 5-15 dakika
 - 15 dakikadan fazla

15. Karşılaştıkları sorunlar

- Telefon ile çağrılanların gelmemesi
- Muayene olmak için hastanın vaktinin olmaması
- Hekimin muayene için vakit ayıramaması
- Laboratuvar tetkikleri için aç olmaması
- Hastanın aç olarak laboratuvar tetkikleri için tekrar gelmek istememesi
- Tetkikleri tamamlamak için laboratuvar imkânlarının yeterli olmaması. (Bu seçeneği işaretleyenlerin **hangi laboratuvar tetkikini ve neden yapamadığını** belirtmesi gerekir)
- Diğer

16. Geribildirimleriniz

HİPERTANSİYON İZLEMİ ANKET SORULARI

(TC kimlik numarasına göre karşılaştırılabilir olarak tanımlanması önemlidir).

1. Cinsiyeti

- a. Erkek
- b. Kadın

2. Yaşı

- a. 18-29
- b. 30-34
- c. 35-39
- d. 40-44
- e. 45-49
- f. 50-54
- g. 55-59
- h. 60-64
- i. 65-69
- j. 70 ve üzeri

3. Sistolik Kan Basıncı

- a. 129 mmHg altı
- b. 130-139
- c. 140-159
- d. 160-179
- e. 180 ve üzeri

4. Diastolik Kan Basıncı

- a. 84 mmHg ve altı
- b. 85-89
- c. 90-99
- d. 100-109
- e. 110 ve üzeri

5. Kan basıncı kontrolü için ilaç kullanıyor mu?

- a. Evet
- b. Hayır

6. Tetkik istendi mi?

- a. Evet
- b. Hayır

7. Komplikasyon izlemi için istenen tetkikler: (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a. Laboratuvar tetkikleri
 - Proteinüri
 - Kreatinin takibi
 - GFR
 - Na
 - K
- b. EKG çekilmesi
- c. Kardiyovasküler risk değerlendirmesi
- d. Göz dibi incelemesi yapılması

8. Sağlıklı bireyler için tanı kodu seçimi

- a. Z00.0

9. Tanı kodu seçimi

Hipertansiyon: I10-I15 tanı kodları ve alt kodları

I10	Esansiyel (primer) hipertansiyon
I11	Hipertansif kalp hastalığı
I12	Hipertansif böbrek hastalığı
I13	Hipertansif kalp ve böbrek hastalığı
I15	Sekonder hipertansiyon

10. Tedavi düzenlendi mi? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a. Antihipertansif ilaç reçetesi verildi.
- b. Sağlıklı beslenme önerilerini kendim anlattım
- c. Sağlıklı beslenme önerileri için diyetisyene yönlendirdim.
- d. Fizik aktivite önerileri
- e. Sigara bırakma önerileri
- f. Alkol bırakma önerileri

11. İşlem için harcanan süre

- a. **Tarama için; (1. Grup için)**
 - 5 dakikadan az
 - 5-15 dakika
 - 15 dakikadan fazla
- b. **Kronik hastalık izlemi için: (2. Grup için)**
 - 5 dakikadan az
 - 5-15 dakika
 - 15 dakikadan fazla
- c. **Komplikasyonların erken tespiti ve önlenmesi; (3. Grup için)**
 - 5 dakikadan az
 - 5-15 dakika
 - 15 dakikadan fazla

12. Karşılaştıkları sorunlar (1. Grup için sadece a,b,c seçenekleri, 2. ve 3. Gruplar için tüm seçenekler)

- a. Telefon ile çağrılanların gelmemesi
- b. Muayene olmak için hastanın vaktinin olmaması
- c. Hekimin muayene için vakit ayıramaması
- d. Laboratuvar tetkikleri için aç olmaması
- e. Hastanın aç olarak laboratuvar tetkikleri için tekrar gelmek istememesi
- f. Tetkikleri tamamlamak için laboratuvar imkânlarının yeterli olmaması. (Bu seçeneği işaretleyenlerin **hangi laboratuvar tetkikini ve neden yapamadığını** belirtmesi gerekir)
 - TİT (proteinüri/mikroalbuminüri)
 - Kreatinin
 - GFR
 - Na
 - K
 - Total kolesterol
 - HDL
 - LDL
- g. Diğer

13. Geribildirimleriniz

DİYABET İZLEMİ ANKET SORULARI

(TC kimlik numarasına göre karşılaştırılabilir olarak tanımlanması önemlidir).

- 1. Cinsiyeti**
 - a. Erkek
 - b. Kadın
- 2. Yaşı**
 - a. 40-44
 - b. 45-49
 - c. 50-54
 - d. 55-59
 - e. 60-64
 - f. 65-69
 - g. 70 ve üzeri
- 3. Boy:cm**
- 4. Kg: kg**
- 5. Bel çevresi:..... cm**
- 6. Açlık kan şekeri:mg/dl**
- 7. Kan şekeri kontrolü için ilaç kullanıyor mu?**
 - c. Evet
 - d. Hayır
- 8. Yalnızca HbA1c tetkiki mi istendi?**
 - c. Evet
 - d. Hayır
- 9. Komplikasyon izlemi için istenen tetkikler: (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)**
 - a. Laboratuvar tetkikleri**
 - HbA1c
 - Proteinüri
 - Kreatinin takibi
 - GFR
 - Na
 - K
 - Total kolesterol
 - HDL
 - LDL
 - b. EKG çekilmesi**
 - c. Kardiyovasküler risk değerlendirmesi**
 - d. Göz dibi incelemesi yapılması**
 - e. Diyabetik ayak muayenesi**
 - f. Nörolojik muayene**
- 10. Sağlıklı bireyler için tanı kodu seçimi:**
 - a. Z00.0

11. Tanı kodu seçimi;

a. Diyabet: E10-E14 tanı kodları ve alt kodları

E10	İnsülin-bağımlı diyabetes mellitüs
E11	İnsülin-bağımlı olmayan diyabetes mellitüs
E12	Malnütrisyona bağlı diyabetes mellitüs
E13	Diyabetes mellitüs, diğer tanımlanmış
E14	Diyabetes mellitüs, tanımlanmamış

12. Tedavi düzenlendi mi? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- Antidiyabetik ilaç reçetesi verildi.
- Antihiperlipidemik ilaç reçetesi verildi.
- Sağlıklı beslenme önerilerini kendim anlattım
- Sağlıklı beslenme önerileri için diyetisyene yönlendirdim.
- Fizik aktivite önerileri
- Sigara bırakma önerileri
- Alkol bırakma önerileri

13. İşlem için harcanan süre

a. Tarama için: (1. Grup için)

- 5 dakikadan az
- 5-15 dakika
- 15 dakikadan fazla

b. Kronik hastalık izlemi için: (2. Grup için)

- 5 dakikadan az
- 5-15 dakika
- 15 dakikadan fazla

c. Komplikasyonların erken tespiti ve önlenmesi: (3. Grup için)

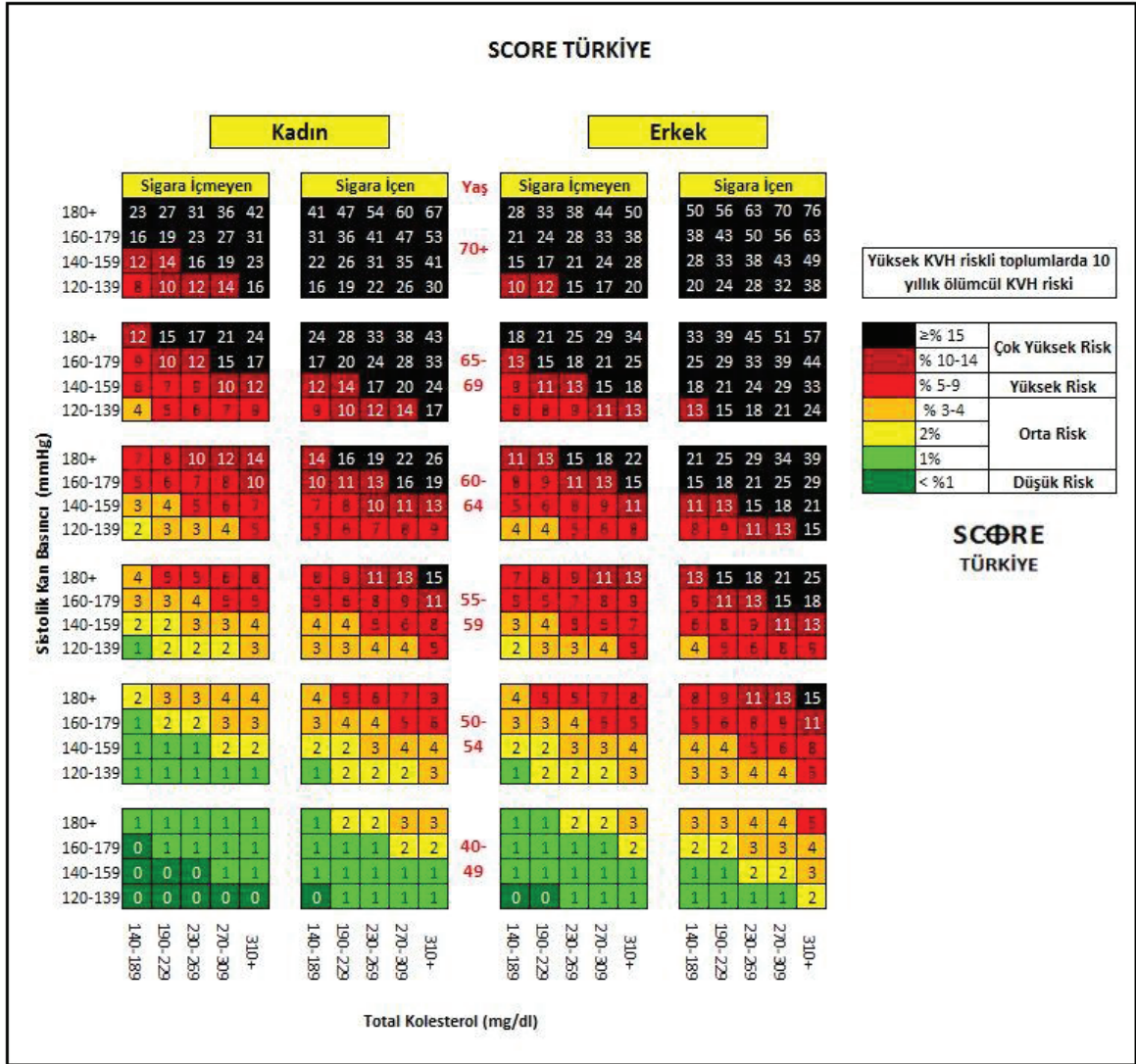
- 5 dakikadan az
- 5-15 dakika
- 15 dakikadan fazla

14. Karşılaştıkları sorunlar (1. Grup için sadece a,b,c seçenekleri, 2. ve 3. Gruplar için tüm seçenekler)

- Telefon ile çağrılanların gelmemesi
- Muayene olmak için hastanın vaktinin olmaması
- Hekimin muayene için vakit ayıramaması
- Laboratuvar tetkikleri için aç olmaması
- Hastanın aç olarak laboratuvar tetkikleri için tekrar gelmek istememesi
- Tetkikleri tamamlamak için laboratuvar imkânlarının yeterli olmaması. (Bu seçeneği işaretleyenlerin **hangi laboratuvar tetkikini ve neden yapamadığını** belirtmesi gerekir)
 - AKŞ/TKŞ
 - TİT (proteinüri/mikroalbuminüri)
 - HbA1c
 - Kreatinin
 - GFR
 - Kolesterol tetkikleri
- Diğer

15. Geribildirimleriniz

EK 3- SCORE TÜRKİYE



ÖRNEK HASTA DOSYASI

EK 4. DSÖ Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlem ve Kontrolü: Düşük Kaynak Ayarlarında Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Rehberi

Hastane - Sağlık biriminin adı:..... Hastanın adı:.....

Yaş:..... Hasta numarası:.....

Cinsiyet: 1 kadın 2 erkek

Aylık maaşı:.....

T.C. kimlik numarası:.....

Tanı (Uygun olanı işaretleyiniz):

Akut miyokard infarktüsü	Evet	Hayır
İskemik kalp hastalığı	Evet	Hayır
İnme	Evet	Hayır
Geçici iskemik atak	Evet	Hayır
Post miyokardial infarktüs	Evet	Hayır
Post inme	Evet	Hayır
Diyabet mellitus	Evet	Hayır
Bronşiyal astım	Evet	Hayır
KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı)	Evet	Hayır
(Şüpheli) Kanser	Evet	Hayır
Romatizmal kapak hastalığı	Evet	Hayır
Son dönem böbrek hastalığı	Evet	Hayır

Önemli başka bir tanı:

Tanı araçları:

	Muayene 1 Tarih:	Muayene 2 Tarih:	Muayene 3 Tarih:	Muayene 4 Tarih:
Kardiyovasküler risk - 10 yıl	1 <10% 2 10 <20% 3 20 <30% 4 30 <40% 5 ≥40%	1 <10% 2 10 <20% 3 20 <30% 4 30 <40% 5 ≥40%	1 <10% 2 10 <20% 3 20 <30% 4 30 <40% 5 ≥40%	1 <10% 2 10 <20% 3 20 <30% 4 30 <40% 5 ≥40%
Açlık kan şekeri				
İstirahat sonrası Sistolik Kan Basıncı -SKB (her muayene de iki okuma) mmHg				
İstirahat sonrası Diastolik Kan Basıncı -DKB (her muayene de iki okuma) mmHg				
Antihipertansif ilaç kullanımı	Evet / Hayır	Evet / Hayır	Evet / Hayır	Evet / Hayır
Kolesterol				
İdrar albümin oranı				
Peak flow oranı				

Diyabet hastasının ayak muayenesi	Evet / Hayır	Evet / Hayır	Evet / Hayır	Evet / Hayır
24 ay içinde diyabetik hasta göz muayenesi programı	Evet / Hayır			
Bel çevresi (cm)				
Tütün kullanımı	Evet / Hayır	Evet / Hayır	Evet / Hayır	Evet / Hayır
Tütün bırakma- Danışmanlık	Evet / Hayır	Evet / Hayır	Evet / Hayır	Evet / Hayır
Diyet/Fiziksel aktivite – Danışmanlık	Evet / Hayır	Evet / Hayır	Evet / Hayır	Evet / Hayır

	Muayene 1	Muayene 2	Muayene 3	Muayene 4
İlaçlar – Günlük doz				
Sevk nedeni (Kod numarası)*				
Yüksek seviyede geribildirim	Evet / Hayır	Evet / Hayır	Evet / Hayır	Evet / Hayır

***Kod numarası**

1. Yüksek kardiyovasküler risk % olan hasta
2. Total kolesterol > 320 mg / dl olan hasta
3. Hipertansiyon sistolik kan basıncı 160 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncı 100 mmhg olan hasta
4. 2 ila 3 antihipertansif ajanlarla tedaviye rağmen Hipertansiyon kan basıncı 140 olan hasta
5. Diyabet mellitus ve 2 ya da 3, antihipertansif maddeler ile yapılan tedaviye rağmen kan basıncı 130/80 olan hasta
6. 2 yıl göz muayenesi olmayan Diyabet mellitus hastası
7. Ağır enfeksiyonu olan Diyabet mellitus hastası
8. Bacakta ülser ve uyuşması olan Diyabet mellitus hastası
9. İdrarda pozitif albümini olan hasta
10. Miyokard infarktüsü veya stabilizasyon sonrasında Akut koroner sendromu olan hasta
11. Miyokard infarktüsü veya kalp yetmezliği olan akut koroner sendromu olan hasta
12. Miyokard infarktüsü veya günlük yaşam aktivitesini sınırlayan kalıcı ağrı ile Akut koroner sendromu olan hasta
13. Miyokard infarktüsü veya Akut koroner sendromu olan hasta
14. Kontrolsüz bronşiyal astımı olan hasta
15. Şüpheli kanseri olan hasta
16. Diğer (lütfen belirtiniz)

Hastanın sevk gerektiğinde, bu bölümü doldurunuz:

Tarih:.....

Mevcut tanı:.....

Kullanılan ilaçlar:.....

Sevk nedeni (Lütfen geçerli nedenlerden olduğunu kontrol edin):

.....

.....

Birinci basamak merkezine geri bildirim sağlamak için, bu bölümü doldurunuz:

Tarih:.....

Tanı:.....

Kullanılan ilaçlar:.....

Takip gereksinimleri:.....

Uyarılar:.....

ANKET FORMU

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında Bulaşıcı Olmayan Hastalıkları (BOH) önlemek ve yönetmek için, düşük kaynak ayarlarında kapasite değerlendirmesi

Bu anket birinci basamak sağlık hizmetlerinin yöneticileri tarafından doldurulacaktır.

Zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Ülke:..... Tarih:

Anketi dolduran kişinin ismi ve soy ismi:

Ünvanı:

Merkezin adı:

Merkezin mail adresi:

Merkezin sınıflandırılması:

- Kamu
- Özel
- Sivil Toplum Kuruluşu (STK)

Yerleşim yeri:

- Kırsal
- Kentsel
- Yarı kentsel

Not: Bu anket 'birinci basamak perspektifi' yani temel bakım hizmetleri üzerine (örneğin: muayene süresi) veya hizmetin kalitesi (örneğin: hasta algısı) vs üzerine bilgi vermez.

İNSAN KAYNAKLARI

1. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların (BOH) yönetimi için mevcut olan insan kaynakları:

	İş günü sayısı	Beklenen iş günü sayısı, olmadığı günler dâhil
a) Uzman hekim		
b) Aile hekimi / Pratisyen hekim		
c) Hemşire		
d) Halk Sağlığı uzmanı/ Sağlık eğitimcisi		
e) Diğer (belirtiniz...)		
f) Diğer (belirtiniz....)		

2. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkları (BOH) yönetimi için eğitilmiş doktor, hemşire ve/veya diğer sağlık çalışanları var mı?

	Doktor	Hemşire	Diğer sağlık çalışanları
Evet, düzenli eğitilmiş			
Evet, bir defa eğitilmiş			
Hayır, eğitilmemiş			

EKİPMAN

3. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların (BOH) yönetimi için mevcut temel ekipmanlar

Ekipman	Mevcut fonksiyonel cihaz sayısı	Onarılmayı bekleyen/ hizmet dışında cihaz sayısı
Kan basıncı ölçüm cihazı	Total:	Total:
Lütfen dağılımlarını yazınız	Mercure: Aneroid: Otomatik:	Mercure: Aneroid: Otomatik:
Oksijen balonları (full)		
Tartı		
EKG makinesi		
Mezura		
Nebülizatörler		
Peak flow meters		
Stetoskop		
Termometre		
Sağlık eğitimi malzemesi		
Oksimetre		
Ara parçaları		
Glukometre		

4. Hangi sıklıkta kan basıncı ölçüm cihazları kalibre ve kontrol ediliyor?

- Yılda bir kez veya daha fazla
- Yılda bir kez' den daha az
- Asla
- Bilmiyorum

5. Ekipmanın onarımı veya bakımı genelde nasıl yapılıyor?

- Merkezlerde onarılıyor
- Onarım için üreticiye geri gönderiliyor
- Onarım için "devlet deposuna" geri gönderiliyor
- Diğer, belirtiniz.....

6. Diğer türlü, ekipmanların onarımındaki zorluklar nelerdir?

.....

ALTYAPI/ HİZMETLER

7. Gerekli olduğu takdirde aşağıdaki prosedürler merkezinizde yürütülüyor mu?

a) Oksijen takma (maske veya tüp)	Evet	Hayır Neden?
b) İntravenöz sıvı takma (sıvı/damla)	Evet	Hayır Neden?
c) IV enjeksiyonu	Evet	Hayır Neden?
d) İntramüsküler (IM) enjeksiyonu	Evet	Hayır Neden?
e) Subkutan enjeksiyonu	Evet	Hayır Neden?
f) EKG	Evet	Hayır Neden?
g) Kardiopülmoner resüsitasyon	Evet	Hayır Neden?
h) Torba ile manüel havalandırma (ambu- torbası)	Evet	Hayır Neden?
i) Görme keskinliği muayenesi	Evet	Hayır Neden?
j) Çekiç ile nöropati muayenesi	Evet	Hayır Neden?
k) Peak flow testi	Evet	Hayır Neden?
l) Oftalmoskop kullanımı	Evet	Hayır Neden?

8. Aşağıdaki tetkikler merkezinizde yapılıyor mu?

(Anket gününde yapılıyor ise ancak "Evet" işaretleyiniz)

İdrar albümin/protein testi	Evet, bu merkezde	Evet, ama bu merkezde değil, sevk ile	Hayır
İdrarda glukoz/şeker	Evet, bu merkezde	Evet, ama bu merkezde değil, sevk ile	Hayır
İdrarda keton korpüsler	Evet, bu merkezde	Evet, ama bu merkezde değil, sevk ile	Hayır
Kan şekeri	Evet, bu merkezde	Evet, ama bu merkezde değil, sevk ile	Hayır
Troponin	Evet, bu merkezde	Evet, ama bu merkezde değil, sevk ile	Hayır
Kolesterol	Evet, bu merkezde	Evet, ama bu merkezde değil, sevk ile	Hayır
Serum Kreatinin	Evet, bu merkezde	Evet, ama bu merkezde değil, sevk ile	Hayır

9. Sevk öncesi, ağır hastayı stabilize edebilmek için bir yatağınız var mı?

- Evet
- Hayır

10a. Enjeksiyonlar merkezde sağlandığı durumda, ne tür iğneler kullanılır?

- Tek kullanımlık iğneler
- Tekrar kullanılan, steril iğneler. İğneler nasıl sterilize ediliyor?
- Enjeksiyonlar merkezde sağlanmıyor
- Bilmiyorum

10b. Kullanılmış iğnelerin imhası için güvenilir bir kutu mevcut mu?

- Evet, mevcut
- Hayır, mevcut değil

11. Aşağıdaki hizmetler merkezlerinizde mevcut mudur?

a) Hastaya sigara, alkol, beslenme ve/veya fiziksel aktivite alanlarında danışmanlık ve eğitim	Evet	Hayır	Bilmiyorum
b) Aile bireylerine sigara, alkol, beslenme ve/veya fiziksel aktivite alanlarında danışmanlık ve eğitim	Evet	Hayır	Bilmiyorum
c) Hastaya diyabet öz-yönetim danışmanlığı sağlamak	Evet	Hayır	Bilmiyorum
d) Hastaya insülin kullanımı için terapötik eğitimi vermek	Evet	Hayır	Bilmiyorum

İLAÇLAR

12a. İlaçlar hastalara dağıtılmak üzere merkeziniz tarafından mı satın alınıyor?

- Evet
- Hayır

12b. "Evet" ise, ilaç alımlarını hükümet mi sübvansede ediyor?

- Evet
- Hayır

13. İlaçların merkezinizde mevcudiyet durumu nedir? (Her ilaç için sadece bir şık seçiniz)

Jenerik ilaç	Her zaman Mevcut	Bazen Mevcut	Mevcut Değil
1) Adrenalin (enjeksiyon)			
2) Aspirin			
3) Atenolol			
4) Beklometazon solunum cihazı			
5) Benzatin benzilpenisilin (enjeksiyon)			
6) Enalapril			
7) Eritromisin			
8) Furosemid			
9) Glibenklamid			
10) Hidroklorotiazid			
11) Hidrokortizon (enjeksiyon)			
12) İnsülin (uzun etkili)			
13) İnsülin (çözünür)			
14) Ipratropium bromid			
15) Izosorbit dinitrat			
16) Statinler (levostatin yada simvastatin)			
17) Metformin			
18) Kalsiyum kanal blokerleri (nifedipin retard, amlodipin)			
19) Sodyum klorür infüzyonu			
20) Fenoksimetilpenisilin			
21) Prednizolon			
22) Salbutamol inhaler			
23) Salbutamol tablet			
24) Enjektabl Salbutamol			
25) Parasetamol			
26) Ibuprofen			
27) Kodein			
28) Oral Morfin			
29) Morfin (enjeksiyon)			
30) Gliseril trinitrat			
31) Heparin			
32) Amoksisilin			
33) Kotrimoksazol			
34) Prometazin (enjeksiyon)			
35) Enjektabl Glükoz solüsyonu			

HİZMET KULLANIMI

14. Ayakta tedavi hizmetleri için merkeziniz geçen ay içinde toplam ne kadar ziyaret edilmiştir?

Geçen ay toplam ziyaret sayısı:

Bu sayı neye dayanmaktadır?

- Kayıtlara
- Tahminlere

15. Ayakta tedavi hizmetleri için merkeziniz dün toplam ne kadar ziyaret edilmiştir?

Dün toplam ziyaret sayısı:

Bu sayı neye dayanmaktadır?

- Kayıtlara
- Tahminlere

16. Dün merkezimize gelen hastaların ziyaret nedenlerine göre rakamlar:

Kalp hastalığı, yüksek tansiyon, inme, kalp yetmezliği için yapılan ziyaret sayısı	
Diyabet için yapılan ziyaret sayısı	
Astım ya da kronik öksürük için yapılan ziyaret sayısı	
Kanser hastalarının ziyaret sayısı	

HASTALARIN SEVKİ

17. Acil bir durumda kronik hastanızı başka bir sağlık kuruluşuna sevk eder misiniz?

- Evet
- Hayır

Cevabınız "Evet" ise 18'inci soruya gidiniz, "Hayır" ise 25'inci soruya gidiniz.

18. Acil bir durumda merkezinize en yakın sevk kurumu kaç kilometre (km) uzaklıktadır?

..... Saat dakika Kilometre

19. Şiddetli semptomları veya acil bir durumu olan kalp hastalısını, diyabetik veya astım hastasını sevk etmek isteyip de edemediğiniz oldu mu ?

- Evet, Neden?.....
- Hayır

20. Merkezinizde ambulans var mı?

- Evet
- Hayır

21. Merkezinizde ambulans yoksa hastayı sevk etmek için bir ambulans ayarlanabilir mi?

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum

22. Hastalar merkezinize acil bir şekilde ulaşmak için hangi taşıma araçlarını sık kullanıyorlar?

- Ambulans
- Toplu taşıma
- Ticari araç (örneğin taksi)
- Özel araç
- Diğer (belirtin.....)

23. En yakın sağlık kuruluşuna hastayı sevk etmek ne kadar zaman alıyor?

.....saat dakika veya gün

24a. Bulaşıcı Olmayan Hastalığı olan hastayı/ kronik hastanızı ikinci bir görüş için uzmana yönlendirir misiniz?

- Evet
- Hayır, neden ?.....

24b. Cevap "Evet" ise, daha sonra hasta genelde:

- Tekrar size yönlendirilir, takibini yapmak için
- Üst düzey bir merkeze yönlendirilir

24c. Ek tetkikler yaptırmak için Bulaşıcı Olmayan Hastalığı olan hastayı/kronik hastanızı en yakın sağlık kuruluşuna sevk eder misiniz?

- Evet
- Hayır, neden ?.....

KAYIT TUTMA / TIBBİ BILGI SISTEMI

Hasta kayıtları

25. Hastaların merkeze erişimleri nasıl oluyor?

- Randevusuz
- Randevulu
- Karışık: randevulu/randevusuz

26. Merkeziniz hasta ziyaretlerinin kayıtlarını tutmakta mıdır?

- Evet, tüm ziyaretlerin kayıtları muhafaza edilir
- Evet, sadece bazı ziyaretlerin kayıtları muhafaza edilir (belirtiniz...)
- Hayır, ziyaretler kayıtları muhafaza edilmez

Cevabınız "Evet" ise 27'inci soruya geçiniz, "Hayır" ise, 29'uncu soruya geçiniz.

27. Hasta kayıtları için hangi araçları kullanıyorsunuz?

- Hasta dosyası
- Kayıt sistemi
- Diğer (belirtiniz...)

28. Hasta dosyaları hastaların her ziyaretinde ele alınıp, konsülte edilir mi?

- Evet, hasta dosyaları genellikle/her zaman konsülte edilir
- Evet, sadece gerektiğinde konsülte edilir
- Hayır, hasta dosyaları konsülte edilmez

Arşivler/ depolar

29. Merkezinizde depo, ya da kitap ve arşivleriniz var mı?

a) İlaçlar

- Evet, ama rutin olarak kullanılmıyor
- Evet, rutin olarak kullanılıyor, ama şu anda bitmiş
- Hayır

b) Tıbbi sarf malzemeleri (örneğin şırıngalar, bandajlar,...)

- Evet, ama rutin olarak kullanılmıyor
- Evet, rutin olarak kullanılıyor, ama şu anda bitmiş
- Hayır

Finansman ve yönetim

30a. Hastalar ilaçlar için ödeme yapıyorlar mı?

- Evet, tamamını ödüyorlar
- Evet, ama kısmen ödüyorlar. Hasta tarafından ödenen katkı payı:%
- Hayır, ilaçlar ücretsiz olarak temin ediliyor

30b. İlaçlar ücretsiz olarak temin edildiğinde, ya da kısmen ödendiğinde, kim sübvans ediyor?

- Merkezi yönetim
- Yerel yönetim
- Özel sigorta
- Sosyal Güvenlik Sigortası
- Diğer (belirtiniz...)
- Bilmiyorum

31a. Hastalar muayene ücreti ödüyorlar mı merkezimize?

- Evet, tamamını ödüyorlar
- Evet, ama kısmen ödüyorlar. Hasta tarafından ödenen katkı payı:%
- Hayır, muayeneler için ücret alınmıyor

31b. Muayeneler ücretsiz yapıldığında, ya da kısmen ödendiğinde, kim sübvans ediyor?

- Merkezi yönetim
- Yerel yönetim
- Özel sigorta
- Sosyal Güvenlik Sigortası
- Diğer (belirtiniz...)
- Bilmiyorum

32a. Hastalarınız tetkikler için merkezimize ödeme yapıyor mu?

- Evet, tamamını ödüyorlar
- Evet, ama kısmen ödüyorlar. Hasta tarafından ödenen katkı payı:%
- Hayır, tanısal testler için ücret alınmıyor

32b. Tanısal testler için ücret alınmadığında, ya da kısmen ücret alındığında, kim sübvans ediyor?

- Merkezi yönetim
- Yerel yönetim
- Özel sigorta
- Sosyal Güvenlik Sigortası
- Diğer (belirtiniz...)
- Bilmiyorum

TOPLUMSAL FAALİYETLER

33. Birinci basamakta, Bulaşıcı Olmayan Hastaları (BOH) desteklemek için düzenlediğiniz faaliyetleriniz ya da hizmetleriniz var mı?

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum

Cevabınız "Evet" ise, belirtiniz: (Örneğin, hasta transferleri için araç tahsil etme, hasta grup terapileri)

EK 5. ODAK GRUBU İÇİN SORULAR

1. Türkiye'de hiperkolesterolemik hastaların tedavi durumu nedir?
2. Hastalar ilaç kullanmayı kabul etmiyorlar mı?
3. Aile hekimleri 10 mg üzerinde statin yazamadığı için hiperkolesterolemiyi yeterince doze etmiyorlar mı?
4. Aile hekimi hiperkolesterolemik hastaları yeterince uzmana yönlendirmiyor mu?
5. Tedavi edilmeyen hiperkolesterolemi sorunu, Türkiye'nin yeni dalgası olan homeopati rüzgârından etkilenmiş olabilir mi? TV programlarına çıkan hocaların bu duruma bir katkısı var mı?
6. Homeopati de bir tercihtir. Hiperkolesterolemi için homeopatik ilaçlar nelerdir? Yurt dışında "kırmızı pirinç" olarak bilinen Tillman firmasının Cholesfytol tarzında ilaçlar var mı ülkemizde?
7. Kanda kolesterol düzeyi açısından, ilaç kullananlar ve kullanmayanlar arasında bir fark görülmedi, bunun sebepleri araştırılmalı mı? İlaçlarını düzenli almamalarından kaynaklanıyor olabilir mi? Aile hekiminin yazdığı dozaj yeterli gelmediği için olabilir mi? Kolesterol düzeyleri regüle edilmeye çalışıldı mı? vb.
8. KVS Risk Değerlendirmesi en çok kadınlar üzerinde uygulanmış (%70,6). Bunun özel bir nedeni var mıdır?
9. Kadınlar erkeklere nazaran ASM'leri daha mı sık ziyaret ediyorlar?
10. Erkekler çalışmaya direnç gösteriyorlar mı?
11. Kadın hastalar ile iletişim daha mı kolay sağlanıyor?
12. 140 ve üzeri bir SKB değeri çıkan hastalarda, bu değerler bir defaya mı mahsustu yoksa üç defa da mı ölçüldü?
13. KVS risk oranı %5'in üzerinde olan hasta hangi uzmana ve neye göre yönlendiriliyor? Kardiyolog? Kalp ve Damar Cerrahisi?
14. İlaç kullanımına rağmen regüle olmayan hastalarda, hekimlerin %40'ı tetkik istememiş. Bunun özel bir nedeni var mıdır? Tetkik istenmemiş, ancak hekimler önerilerde bulunmuş olabilirler mi?
15. Anti-diyabetik kullananların yarısından fazlasının diyabet hastalıkları regüle değil. Nedenleri araştırılmalı mı?
16. Açlık kan şekerleri yüksek olupta, tedavi görmeyenler, yeni vakalardan mı oluşuyor? Yoksa tedavi istemeyenlerden mi?
17. Büyük bir oranın bel çevresi patolojik. Bu sorunla mücadelede neler yapılabilir?
18. Başka hangi kronik hastalıklar için takip gerekli olabilir?

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ ÇALIŞMA EKİBİ

Doç Dr. Fatih KARA

Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ

Uzm. Dr. Banu EKİNCİ

Doç. Dr. Nazan YARDIM

Dr. Özlem YİĞİTBAŞIOĞLU

Dr. Adem KUCUR

Gülseher SANAÇ

Dr. Zübeyde ÖZKAN ALTUNAY

Tıb. Tek. Nevin ÇOBANOĞLU

Uz. Tıb. Tek. Gülay SARIOĞLU

Sağ. Uzm. Yrd. Asiyе KAPUSUZ

Hem. Şenay BENZEK

Hem. Fatma GÜRBÜZTÜRK

Tolga OZAN



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

T.C. Sağlık Bakanlığı
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı
Mahmut Esat Bozkurt Cad. Umut Sokak No:19 06590 Kolej / Çankaya - ANKARA
Tel: 0312 565 61 03
ISBN: 978-975-590-727-7
T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1119