

Comparison of Quarterly Data from Districts with the Highest and Lowest Chronic Disease Screening Rates in Family Health Centers: The Case of Istanbul

Serkan ÇİFTÇİ*

Mustafa METE**

*Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık Yönetimi bölümü, serkanciftci@stu.aydin.edu.tr, ORCID ID: 0009-0002-6822- 8581

**Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, mustafamete@aydin.edu.tr, ORCID ID: 0000-0002-1332-7905

Received Date: 08.09.2025 Revised Date: 11.10.2025 Accepted Date: 06.11.2025

Copyright © 2025 Serkan ÇİFTÇİ, Mustafa METE. This is an open access article distributed under the Eurasian Academy of Sciences License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT

Chronic diseases and complications related to chronic diseases are the leading causes of death both globally and in our country. At the same time, the average life expectancy has increased worldwide and in our country, which means that the elderly population is also increasing. As individuals age, they grow older along with their chronic illnesses. A population that is aging with an increasing number of chronic diseases becomes a society composed of sick individuals. This is a disadvantageous situation in many aspects, both for individuals and for countries. As in many countries, our country has initiated various practices to prevent chronic diseases, ensure early diagnosis, keep them under control, and manage the disease process of individuals with chronic conditions in a healthy manner. In our country, screening and monitoring programs for chronic diseases have been made available to family physicians under the name of the Disease Management Platform. The effective implementation of these programs will contribute to healthy aging with fewer complications and less damage. This study aims to investigate the reasons behind the differences by comparing the screening rates and demographic data of the districts in Istanbul with the highest and lowest chronic disease screening rates. It is believed that discussing the findings and proposing solutions will contribute to the more effective use of the system

Keywords: Chronic Diseases, Disease Management Platform, Family Medicine

Aile Sağlığı Merkezlerinde Kronik Hastalık Taraması Yapma Oranı En Yüksek ve En Düşük Olan İlçelerin Üç Aylık Verilerinin Karşılaştırılması: İstanbul Örneği

ÖZET

Dünyada ve ülkemizde ölüm nedenlerinin ilk sırasında kronik hastalıklar ve kronik hastalıklara bağlı komplikasyonlar gelmektedir. Aynı zamanda dünyada ve ülkemizde beklenen yaşam süresin artmıştır ki bu da yaşlı nüfusun artması anlamına gelmektedir. Yaşlı bireyler yaş alırken kronik hastalıkları ile birlikte yaşlanmaktadır. Kronik hastalık sayısı artarak yaşlanan bir nüfus hasta bireylerden oluşan bir toplum halini alır. Bu durumda hem bireyler hem de ülkeler açısından birçok yönden dezavantajlı bir durumdur. Birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde kronik hastalıkları önleme, erken teşhis, kontrol altına alma ve kronik hastalıkları olan bireylerin hastalık sürecini sağlıklı bir şekilde yönetebilmek için birçok uygulama başlatmıştır. Bizim ülkemizde de Hastalık Yönetim Platformu adı altında kronik hastalıkları tarama ve izleme programları aile hekimlerinin kullanımına açılmıştır. Bu programların etkili bir şekilde uygulanabilmesi, daha az ve daha hasarsız olarak kaliteli yaşlanmaya fayda sağlayacaktır. Bu çalışmada İstanbul ilinde kronik hastalık tarama oranları en yüksek ve en düşük olan ilçelerin tarama oranları ve demografik verileri karşılaştırılarak nedenlerinin araştırılması amaçlanmıştır. Elde edilen bulgulardan çözüm önerileri tartışılarak sistemin daha etkin kullanımına yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik Hastalıklar, Hastalık Yönetim Platformu, Aile Hekimliği



1. GİRİŞ

Dünyada ve ülkemizde beklenen yaşam süresi artmaktadır. Dolayısıyla dünyada olduğu gibi ülkemiz de yaşlanmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) verilerinde de görüldüğü gibi küresel yaşlanma süreci olarak adlandırılan "demografik dönüşüm" sürecinde olan Türkiye’de, doğurganlık ve ölümlülük hızlarındaki azalma ile birlikte sağlık alanında kaydedilen gelişmeler, yaşam standardının, refah düzeyinin ve doğuştan beklenen yaşam süresinin artması ile nüfusun yaş yapısı şekil değiştirmiştir. Çocuk ve gençlerin toplam nüfus içindeki oranı azalırken yaşlıların toplam nüfus içindeki oranı artış göstermiştir. Türkiye, oransal olarak yaşlı nüfus yapısına sahip ülkelere göre hala genç bir nüfus yapısına sahip olsa olmasına rağmen yaşlı nüfus sayısal olarak şekil 1’de görüldüğü üzere oldukça fazladır. Yaşlı nüfus oranı, her ülkeye göre değişmekle birlikte dünyada yaşlı nüfusu şekil 2’de görüldüğü üzere genel olarak her geçen yıl artmaktadır.

Yaşam süresinin uzaması pozitif olarak değerlendirilmekle birlikte yaş ilerledikçe eklenen kronik hastalıklarla mücadeleyi gerektirmektedir. Kronik hastalıklar yani Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (BOH) genelde yavaş devam eden, düzenli, sürekli tedavi, bakım ve izlenmesi gereken, bir ya da daha çok sistemde geriye dönülemeyen yapı ve fonksiyon bozuklukları oluşturan ve kişide yeti kaybına neden olabilen uzun sürelerde yaşanan sağlık sorunlarıdır. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Center for Disease Control and Prevention (CDC) ise, bulaşıcı olmayan kronik hastalıkları 1 yıl ve yahut daha uzun süren ve devamlı tıbbi müdahale oluşturan ve yahut günlük yaşam koşullarını kısıtlayan ve yahut ikisini birden gerektiren durumlar olarak tanımlar Kronik Hastalıklar literatürde aynı zamanda bulaşıcı olmayan hastalıklar şeklinde de söylenilmektedir (Bayram ve Artuklu, 2023: 103).

Yaşam süresinin artması, tanı, tedavi yöntem ve gereçlerinin gelişmesi, koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi, pek çok ülkede bulaşıcı hastalıkların kontrol altında tutulması, hızlı kentleşmenin neden olduğu stresörler, gelişen ve değişen teknoloji ile fiziksel aktivitenin çok az olması, beslenme şeklindeki değişimler gibi yaşam şekli değişiklikleri kronik hastalıkların görülme sıklığının artmasına neden olmaktadır (Karakoç ve Taşkın, 2014: 63).

En sık görülen kronik hastalıklar diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, kanser hastalıkları olarak tanımlanabilir. Kronik böbrek hastalıkları, kronik akciğer hastalıkları, nörolojik hastalıklar ve obezite de kronik hastalıklar kapsamında değerlendirilmektedir. Yaşın ilerlemesi ile birlikte de bireylerde görülen kronik hastalık sayısı da artmaktadır.

Kronik hastalıklar olarak aşağıda belirtilen hastalıklar inceleme programına dahil edilmiştir.

- Kardiyovasküler Hastalıklar -KVH
- Obezite
- Hipertansiyon
- Diyabet

2. KRONİK HASTALIKLARIN DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE DURUMU

Kronik hastalıkların her ülkede görülme sıklığı değiştiği gibi birçok kronik hastalık ölüm nedenlerinin başında gelmektedir. Kalp hastalığı ile kanser hastalıkları ve diyabet Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) ölüm ile sakatlık nedenleri arasında ilk sıralardadır. Ölümlerin ise %60 ile %70’inin sebebi kronik hastalıklardır. Ülkeye yıllık sağlık bakım maliyeti 4,1 trilyon dolar olan kronik hastalıklar sağlık maliyetlerinin %75’ ini



oluşturmaktadır (Barondess, 2014: 2). Geçen yıllar içerisinde 877.500'den çok Amerikalı kalp hastalığı veya felç nedeniyle ölümler gerçekleşmekte ve bu tüm ölümlerin 1/3 oluşturmaktadır.

Bu hastalıklar diğer bir değişle Amerikan sağlık sistemine her yıl 216 milyar dolara mal olmakla beraber 147 milyar iş gücü kaybına yol açmaktadır (Barondess, 2014: 45). Ayrıca Amerika Birleşik Devletleri'nde yıl boyunca 1,7 milyondan fazla insana kanser teşhisi konmakla birlikte neredeyse 600.000 insanını kanserden kaybetmektedir. Kanser Ölüm nedenlerinin ikinci sırasında yer almaktadır. Kanser tedavisinin maliyeti artmakla kalmayıp 2030 yılına kadar 240 milyar doların üzerine çıkacağı beklenmektedir (Mariotto et al., 2020: 1).

Diğer yaygın olarak karşımıza çıkan kronik hastalıktan biri de diyabettir. 34,2 milyondan çok Amerikalı vatandaş diyabet hastasıdır ve Amerika Birleşik Devletleri'ndeki 88 milyon yetişkin insanı daha prediyabet olarak bilinen ve onları tip 2 diyabet riskine sokan bir duruma sahiptir. Diyabet aynı zamanda böbrek yetmezliği, kalp hastalığı ve körlük gibi ciddi komplikasyonlara sebep olduğu için sağlık bakım maliyeti oldukça yüksek olan kronik hastalıklar arasındadır. Nitekim 2017 yılında, teşhiste bulunulan diyabetin toplam tahminen maliyeti, tıbbi maliyetler ve iş kaybı olarak 327 milyar dolar olarak gerçekleşmiştir (Diabetes Care, 2018: 918).

Son yıllarda dünyada ve ülkemizde birçok kronik hastalığa sebep olan obezite, mücadele edilmesi gereken ciddi bir sorundur. ABD' de çocukların %20'si ve yetişkin insanların %42'si tip 2 diyabet tanısı almıştır. 17-24 yaş aralığındaki gençlerin %25'inden daha fazlası ABD ordusuna aşırı kilolu oldukları için alınmamaktadır. Obezite, ABD sağlık sistemi yıl boyunca yaklaşık 173 milyar dolara harcamaktadır (Ward et al., 2021: 1170).

Çizelge 1 Tip 2 diyabet tanısı alanların oranı (ABD)

Çocuk	%20
Yetişkin	%42

Kanada ve Almanya'da ise genç yaştaki insanlarla yapılan çalışmalarda bir kişide birden fazla kronik hastalık görülme sıklığı (multi morbidite prevalansı) oranının %8 olarak rapor edilmiştir (Wang et. al. 2008: 32; Roberts et. al. 2015: 45). Altı ayrı ülkede ve 42,000 kişide yapılan bir çalışmada genel olarak birden fazla multi morbidite prevalansı en yüksek Rusya'da, (%34,7), en düşük Çin'de (%20,3) olduğu tespit edilmiştir (Arokiasamy et al. 2015: 125). İsveç'teki yaşlı insanlar arasında yapılan çalışmada ise multi morbidite prevalansı %54,8 ve multi morbiditesi olan kişilerde hastalık ortancası 3 olarak bildirilmiştir (Marengoni et al., 2008: 435). Üç Güneydoğu Asya ülkesinde, birinci basamak sağlık sistemine başvuran hastalarda oluşturulan bir çalışmada multi morbidite prevalansı Kamboçya'da, %60,4 Vietnam'da, %40,7 Myanmar'da %35,5 olarak bildirilmiştir (Pengpid et al., 2018: 4).



Çizelge 2 Multi morbidite prevelansı çalışması

Çalışma Adı	Yapılan Ülke	Prevalans Oranı
Altı ayrı ülkede 42.000 kişi	Rusya (En Yüksek)	%34,7
	Çin (En Düşük)	%20,3
İsveç'teki yaşlılar	İsveç	%54,8
Üç Güneydoğu Asya Ülkesi	Kamboçya	%60,4
	Vietnam	%40,7
	Myanmar	%35,5

Dünyada ve Türkiye'de ölüme sebep olan hastalıkların ilk sırasında kronik hastalıklar gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 'nün 2021 yılında yayımladığı bilgilere ışığında bulaşıcı olmayan hastalıklar, her geçen yıl 41 milyon insanın ölüm sebebi olmaktadır. Bu rakam dünyadaki tüm ölüm sebeplerinin %71'ini oluşturmaktadır.

Çizelge 3 Bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin sıralaması

1	Kardiyovasküler Hastalıklar	Dünyadaki tüm ölümlerin %71
2	Kanser	
3	Solunum Yolu Hastalıkları	
4	Diyabet	

Kardiyovasküler hastalıklar, bulaşıcı olmayan hastalıklara sonucu ölümlerin ilk sırasında yer alırken bu sonucu kanserler, solunum yolu hastalıkları ve diyabet oluşturmaktadır (WHO, 2015: 2). Türkiye'de 2012 yılında oluşan 30-70 yaş arası ölümlerin %87,5'inin Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar neden ile olduğu tespit edilmiştir. Bu ölümlerin %36,6'sı kardiyovasküler hastalık (KVH), %38,9'u kanser, %7'si kronik havayolu hastalıkları ile 5,8'i ise diyabet sonucunda gerçekleşmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2013).

Çizelge 4 Türkiye'deki ölümler (2012 yılı, 30-70 yaş arası)

	Hastalık	Oran	Açıklama
1	Kanser	%38,9	2012 yılında Türkiye'de olan 30-70 yaş ölümlerde %87,5'inin nedeni bulaşıcı olmayan (kronik) hastalıklar (BOH) idi.
2	Kardiyovasküler Hastalıklar	%36,6	
3	Solunum Yolu Hastalıkları	%7	
4	Diyabet	%5,8	

DSÖ'nün 2014 senesinde yayımladığı ülkelerin bulaşıcı olmayan hastalıklar profili çalışmasında, ülkemizde bulaşıcı olmayan hastalıklara kaynaklı ölümlerin toplam ölüm sayılarının %86'nı oluşturduğu; ölümlerin %47'sinin kardiyovasküler (KVR) hastalıklar, %22'sinin kanser ve %8'inin ise kronik solunum hastalıklarından olduğu tespit edilmiştir (WHO, 2022: 65).



Çizelge 5 WHO çalışması (2014 yılı, Türkiye)

	Hastalık	Oran	Açıklama
1	Kardiyovasküler Hastalıklar	%47	2014 yılında WHO'nun çalışmasında
2	Kanser	%22	Türkiye'de meydana gelen ölümlerin
3	Diyabet	%9	%86'sının nedeni bulaşıcı olmayan
4	Solunum Yolu Hastalıkları	%8	(kronik) hastalıklar (BOH) idi.

Benzer durumlarda, DSÖ'nün 2017 senesinde yayımlanan bulaşıcı olmayan hastalıklar süreç değerlendirmesine göre ülkemizde bulaşıcı olmayan hastalıklara sebebiyle ölüm oranı %88 olarak bulunmuştur (WHO, 2022: 186). 2015 yılına ait son DSÖ sayılarına göre ise, her Türk vatandaşının BOH 'lardan bir sebeple erken yaşta (70 yaşından önce) ölme ihtimali 1/6'dır (%16,8); bu varsayım erkeklerde (%22,5) kadınlara (%11,6) olarak açıklanmıştır ve daha da yüksek olduğu düşünülmektedir (WHO, 2017: 18).

Çizelge 6 WHO çalışması (2015 yılı, Türkiye)

Her Türk vatandaşının BOH nedeniyle erken yaşta ölme ihtimali %16,8'dir	Cinsiyet	Oran
	Erkek	%22,5
	Kadın	%11,6

Ülkemizde yaşın ilerlemesi ile kronik hastalıkların artış oranı Şekil 3'de yer almaktadır.

3. KRONİK HASTALIKLARIN BİREY, TOPLUM VE SAĞLIK SİSTEMİNE ETKİLERİ

Bireyler Üzerine Etkileri

Uzun süreli ve yavaş ilerleme gösteren kronik hastalıklar bireylerin yaşamlarının sonuna kadar devam eden hastalıklardır. Bu hastalıkların sayısı yaş ilerledikçe artarken komplikasyonlarının görülme olasılığı da artmaktadır. Birden fazla kronik hastalığın varlığı bireylerde yeti ve organ kayıplarına sebep olmaktadır. Bu şekilde yaşlanmak beklenen ölüm yaşının artmasını anlamsız kılmaktadır. Önemli olan yaşın ilerlemesi ile yaşam kalitesinin olabildiğince iyi olmasının sağlanmasıdır.

Kronik hastalıkların uzun süre tedavi gerekmekle beraber tedavi sürecinde en önemli faktörlerden biri kişinin tedaviye uyumudur. İlaç tedavisine zayıf uyum, tedavinin etkinliğini azaltmakta ve hastalığın seyrini olumsuz etkilemektedir (Walsh et al., 2019: 1322). Özellikle kırsal bölgelerde sağlık kurumlarına ulaşım şehirlerdeki gibi kolay değildir. Bu yüzden kırsal kesimlerde kulaktan kulağa yayılan bilgiler ya da arkadaş tavsiyesiyle ilaç kullanmak oldukça yaygındır. Çünkü toplumumuzun sağlık okuryazarlığı seviyesi düşük olup, bu oran, Sağlık Bakanlığının 2018'de gerçekleştirdiği çalışmada on kişiden yedi kişi olarak bildirilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018: 12).

Ülkemizde sağlık kurumlarına başvuran kronik hastalıkları olan bireylerde yapılan çalışmalarda sağlık okuryazarlık düzeyi farklılık göstermekte, bir çalışmada %80'inin kötü düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bildirilmişken (Ocakoğlu vd. 2020: 9), bir diğerinde çoğunluğunun orta düzeyde (Coşkun ve Bahçıvan, 2021: 4) ve bir başka çalışmada hemen hemen tüm katılımcıların iyi düzeyde (Eski ve Yalçınöz, 2022: 12) sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalıkların etkin şekilde yönetimi bilgi



ve beceri gerektiren karmaşık bir durumdur. Kronik hastalıkların hem önlenmesinde hem de yönetiminde sağlık okuryazarlığı önemli bir rol oynamaktadır. Kronik hastalığı olan bireylerin hastalık yönetimine dahil edilmesi, başarılı bir şekilde hastalıklarını kontrol altında tutabilmesi için sağlık okuryazarlığı önemli bir basamaktır. Özellikle genç ve orta yaş grubu hastalar bu süreci etkili yönetebilirse daha kaliteli yaşlanmalarını sağlayacaklardır. Aksi takdirde yaşın ilerlemesiyle birlikte yaşam kalitesini düşmesi ve bakıma muhtaç duruma gelmesi kaçınılmaz olmaktadır.

Toplum Üzerine Etkileri

Kronik hastalıkları olan bireylerin ilerleyen süreçte başkalarına bağımlı haline gelmesi artık bireysel bir sorundan çıkarak toplumsal bir sorun haline gelmeye başlamaktadır. Çünkü artık birçok kişi ve kurum bu durumdan etkileniyor demektir. Bu durum hasta ve ailesinin stres, anksiyete, korku, çaresizlik ve yalnızlık gibi duygular yaşamasına neden olmaktadır. Bireylerin hastalığın getirdiği fizyolojik, psikolojik ve duygusal sorunlarla başa çıkması kendisini daha iyi hissetmesinde bireye verilecek sosyal, fiziksel ve ruhsal destek çok önemlidir (Gustavsson et al., 2007: 295). Kronik hastalık süreci ilerledikçe hastalar öz bakımlarını karşılamak için bakım verene daha çok ihtiyaç duymaktadır.

Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığın ilerlemesiyle birlikte kişisel bakımlarına destek olmak için başkasına ihtiyaç duydukları gibi hastalığın tedavi ve bakım sürecinde de bir başkasına ihtiyaç duymaktadırlar. Bakım veren bu ihtiyacı karşılamak için işini bırakabilir ya da çalışma süresini azaltabilir. Diğer aile bireylerine veya sosyal aktivitelere zaman ayıramayabilir, kendi öz-bakım gereksinimlerini yerine getiremeyebilir (Greco et al., 2017: 53). Bakım sürecinde, bakım verenlerin yaşamı fiziksel, psikolojik, ekonomik, sosyal ve manevi olarak etkilenmekte ve tüm bu nedenler ağır bir yük oluşturmaktadır (Ågren et al., 2015: 36). Bakım verenlerin destek ihtiyaçlarını değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada bakım verenlerin profesyonel desteğe çok ihtiyaç duydukları, fiziksel sınırlılıklar ve psikososyal etkilenme nedeniyle problem yaşadıkları bulunmuştur (Hwang et al., 2014: 811). Literatürde kronik hastalığı olan bireylere bakım verenlerin yüklerini inceleyen çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Ündey, 2017: 2; Pehlivan vd., 2018: 20). Ancak bakım alanın bakım verenlerine karşı yük hissetme durumları göz ardı edilmektedir. Bu duygular algılanan yük olarak ifade edilmekte ve bakım alan bireyin suçluluk, anksiyete ve depresyon yaşamasına neden olmaktadır (Arechabala et al., 2012: 617). Bu durum kronik hastalığı olan bireylerin yanı sıra onlara bakım veren psikolojik, ekonomik ve sosyal sorunları olan hasta yakınlarının sayısının arttığı toplum haline gelmesine sebep olmaktadır.

Sağlık Sistemine Etkileri

Kronik hastalıkların birey ve toplum üzerine etkilerinin yanı sıra en önemli etkilerinden birisi de sağlık sistemi üzerine etkileridir. Kronik (palyatif hem uzun süre tedavi gerektiren hem de komplikasyonları sebebiyle daha maliyetli tedavi sürecine geçilmesine sebep olan ve özellikle yaşlı hastalarda bu bakımları verecek kurumların (palyatif bakım, geriatri, yaşlı bakım merkezleri vb.) sayısının artmasına sebep olacak hastalıklardır. Bu durumun bir ülkenin sağlık ekonomisine maliyeti oldukça yüksektir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde yıllık sağlık bakım maliyeti 4,1 trilyon dolar olan kronik hastalıklar sağlık maliyetlerinin %75' ini oluşturmaktadır. 2016 yılında Kronik hastalıkların Türkiye ekonomisine toplamda ekonomik maliyeti 69,7 milyar TL tespit edilmiştir. Sağlık ekonomisine maliyet analizi yapılırken yük analizi, hükümetin BOH ile ilgili sağlık hizmeti



harcamalarının buz dağının yalnızca görünen yüzü olduğunu göstermiştir. Verimlilik kaybından kaynaklanan ilave gizli maliyetler sağlık hizmeti harcamalarından fazladır.

Türkiye’de kronik hastalıkların ekonomik yükü Çizelge 7’de detaylı olarak görülmektedir. Bireyler kronik hastalıklar ile erken tanı ve doğru hastalık yönetimi olmadan yaşamaya devam ederse sağlık maliyetlerinin ve işgücü yükünün artması kaçınılmaz olacaktır.

Kronik hastalıkların her yönden olumsuz etkilerinden dolayı risk faktörlerinin değerlendirilerek erken tanı almasının sağlanması, tanı almış bireylerin izlem ve tedavi planlarının oluşturularak düzenli takipler ile hastalığın kontrol altına alınmasının sağlanması amacıyla birçok önleme ve kontrol programları geliştirilmektedir.

4. KRONİK HASTALIKLARI ÖNLEME VE KONTROL PROGRAMLARI

Kronik hastalıkları önleme programlarının başında yaşam şekli değişikliği gelmektedir. Sağlıksız beslenme özellikle tuz tüketiminin fazla olması, fiziksel aktivite yetersizliği, tütün ve alkol kullanımı kronik hastalıkların oluşmasının nedenlerinin başında gelmektedir.

Sağlıksız beslenme, kardiyovasküler hastalıklar ki bunun da başında hipertansiyon gelmektedir, tip 2 diyabet ve diğer kronik hastalıkların oluşmasında direk etkilidir. Özellikle aşırı tuz, yağ ve karbonhidrat tüketimi obeziteye sebep olduğu için kronik hastalıkların oluşmasını kolaylaştırmaktadır. Oysaki sadece sağlıklı beslenme birçok kronik hastalığı önlemeye, geciktirmeye ve yönetmeye yardımcı olur. Dengeli ve sağlıklı beslenme kişilerin zevkine, geleneklerine, kültürüne ve bütçesine göre yapılabilir.

Düzenli fiziksel aktivite de yine aynı şekilde birçok kronik hastalığın oluşmasında, önlenmesinde etkilidir. Her hafta 150 dakika orta tempoda fiziksel aktivite (hızlı adımlar veya bahçe çalışmaları gibi) ve haftada 2 gün kas gücünü artırıcı aktiviteler, başta obezite, diyabet ve kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde ve yönetilmesinde faydalıdır. Ancak ülkemizde kronik hastalıkların fazla olması gerek sağlıklı beslenme gerekse fiziksel aktivite konusunda toplum olarak çok duyarlı olmadığımızı göstermektedir.

Aşırı alkol alınması, yüksek tansiyon, değişik kanserler, kalp hastalığı, felç ve karaciğer hastalıklarına tetiklemektedir. Alkol tüketimine sınır koyarak bu sağlık sorunları azaltılabilir. Alkol kullanımı ve gece hayatı gibi birçok sebeple ilişkilendirilen uyku problemi, diyabet, kalp hastalığı, obezite ve depresyonun gelişiminde rol oynamaktadır. Yetişkinler günde en az 7 saat uyumalıdır.

Sigara kullanımı, kalp ve akciğer hastalıkları, tip 2 diyabet ve kanser hastalığı gibi çok ciddi sağlık sorunları ile erken ölüm riskini artırmaktadır. Aşırı alkol tüketimi ise yüksek tansiyon, çeşitli kanserler, kalp hastalığı, felç ve karaciğer hastalıklarına yol açmaktadır.

Bütün bunların yansısı ailenin öyküsünün de bilinmesi (ailede kalp hastalığı, kanser, diyabet veya osteoporoz şeklinde kronik bir hastalık öyküsü varsa) hangi kronik hastalıklara çıkabileceğini ve risk taşıdığını bilmek açısından önem taşımaktadır. Tüm bu sağlıklı yaşam şekli değişikliklerinin dışında düzenli olarak koruyucu sağlık hizmetinden faydalanmak ve gereken tarama programlarını yapmak kronik hastalıkları önlemek veya erken teşhis etmek için en önemli noktalardan biridir.

Kronik hastalıkların bir diğer özelliği ise büyük ölçüde önlenabilir olmasıdır. Özellikle sigara içmemek, fiziksel aktivite, sağlıklı beslenmek, alkol kullanımı sınırlamak ile bu hastalıklar büyük oranda önlenilmektedir.



Kronik hastalıkların önlenmesi ve erken tanı almasında bireylerde oluşturulabilecek yaşam tarzı değişikliklerinin yanı sıra ülkelerin sağlık politikalarında da bu yönde değişiklik yapması gerekmektedir. Kronik hastalıklar sebebi ile erken ölümlerin önemli çoğunluğu, genel sağlık kapsamının veya sağlık hizmetlerine ulaşımın genellikle az olduğu düşük veya orta gelirli ülkelerde daha çok olmaktadır. Bu sebeple, evrensel sağlık kapsamının geliştirilmesi ve teşvik edilmesi, bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadelede ve önlenmesi muhtemel küresel ölümlerin sayısını düşürmeye çalışmada oldukça önemlidir.

Bulaşıcı olmayan hastalıkların (BOH) önlenmesi ve kontrolünde ilerleme sağlanabilmesi için, bu hastalıklara ilişkin küresel hedeflerin ve göstergelerin düzenli olarak izlenmesi ve raporlanması büyük önem taşımaktadır. Ülkelerden sağlanan güvenilir veriler, BOH kaynaklı ölüm ve sakatlıkların küresel ölçekte artışını durdurmak, bilimsel temelli politika geliştirilmesini desteklemek ve elde edilen gelişmelerin değerlendirilmesine katkı sağlamak açısından kritik bir rol oynamaktadır.

Ayrıca kronik hastalıkların ortaya çıkışı; genetik özellikler, bireylerin yaşam tarzı ve sosyal davranışları, sağlık sistemine ilişkin unsurlar, toplumsal faktörler ile çevresel sağlık belirleyicilerinin bir araya gelmesiyle şekillenmektedir (Cockerham et al., 2017: 50). Söz konusu risk faktörleri genellikle birlikte görülür ve birbirleriyle etkileşim içerisindedir. Bu nedenle, kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrolüne yönelik stratejiler geliştirilirken bu karmaşık ilişki ağı mutlaka dikkate alınmalıdır. Dünya genelinde farklı dillere, milletlere, kimliklere ve sağlık sistemlerine sahip 7 milyardan fazla insan yaşamakta olsa da kronik hastalıkların yönetimi ve önlenmesine dair karşılaşılan güçlükler ve mevcut fırsatlar paylaşılarak, küresel sağlık sorunlarının büyük bir kısmının üstesinden gelinmesi mümkündür (Airhihenbuwa et al., 2018: E33).

DSÖ Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Departmanı bu konuda Küresel ölçekte liderlik, koordinasyon, rehberlik ve teknik destek sağlama görevi bulunmaktadır. Bu kapsamda, 2019 yılında Dünya Sağlık Asamblesi tarafından, bulaşıcı olmayan hastalıkların (BOH) önlenmesi ve kontrolüne yönelik olarak 2013-2020 yıllarını kapsayan DSÖ Küresel Eylem Planı'nın süresi 2030 yılına kadar uzatılmıştır. Ayrıca, BOH ile mücadelede ilerlemeyi hızlandırmak amacıyla 2023-2030 dönemini kapsayan bir Uygulama Yol Haritası hazırlanması talep edilmiştir. Bu Yol Haritası, bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve yönetiminde en yüksek etkiyi sağlayacak dokuz küresel hedefe ulaşmaya yönelik eylemleri desteklemektedir. BOH kaynaklı hastalık yükündeki artış, Birleşmiş Milletler (BM) Yüksek Düzey Komisyonu'nun bu hastalıklara karşı yürütülen küresel mücadele çabalarını hızlandırmasına neden olmuştur (Heller et al., 2019: 41). Birleşmiş Milletler 'in 2018 yılında gerçekleştirdiği toplantının temel odak noktası, yalnızca riskli bireysel davranışların ele alınması değil, aynı zamanda bu davranışların ardındaki yapısal etmenlerin de ön plana çıkarılması olmuştur. Bu bağlamda, ülkelerin bulaşıcı olmayan hastalıkların (BOH) azaltılmasına yönelik hedef ve stratejilere öncelik vermeleri gerektiği vurgulanmış; bunun hem sağlık hem de ekonomik açıdan acil bir ihtiyaç olduğunun altı çizilmiştir. BOH 'ların öncelikli bir alan olarak ele alınması, sadece birey sağlığının korunması açısından değil, aynı zamanda tasarruf edilen sağlık harcamaları, artan iş gücü verimliliği ve genel ekonomik büyüme gibi somut ekonomik kazanımlar sağlayan stratejik bir yatırım olarak değerlendirilmektedir (WHO, 2018: 15).

Bu kapsamda, 2018 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölge Ofisi tarafından Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'na yönelik olarak, bulaşıcı olmayan (kronik) hastalıkların önlenmesi ve kontrolüne ilişkin "Yatırım Gerekçeleri Raporu" hazırlanmıştır.



Bu rapor, kronik hastalıklarla mücadelenin ekonomik ve sağlık alanındaki kazanımlarını ortaya koyarak, ilgili politikaların geliştirilmesine katkı sağlamayı amaçlamaktadır. Bu raporda BOH yükünü azaltmaya yönelik politika ve tedavilerden oluşan ve 2017 yılında onaylanan “Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı” paylaşılmıştır. Bu eylem planının içeriğinde aşağıdaki önleme ve kontrol programları yer almaktadır:

- T.C. Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan: 2013 – 2017
- Ulusal Kanser Kontrol Programı: 2013 – 2018
- Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı:
- 2014–2017
- Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı: 2015–2020
- Türkiye Diyabet Programı: 2015–2020
- Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı: 2014–2017
- Türkiye Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı: 2015–2020
- Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı: 2015-2018
- Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı: 2014–2017
- Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı: 2017-2021

Bu eylem planlarının hayata geçirilebilmesi için; kronik hastalıkların önlenmesinde ve erken tanı ve tedavinin başlatılmasında, var olan kronik hastalıkların izlemelerinin ve tedavi planlamalarının düzenli olarak takip edilmesinde birinci basamak sağlık hizmeti sunucularının önemi büyüktür. Kırsal, kentsel her bölgede hizmet veren birinci basamak sağlık kurumları ilk başvurulacak ve en kolay ulaşılabilir sağlık kurumlarıdır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici uygulamaları kapsayarak toplumun genel sağlık düzeyini ve refahını en üst seviyeye çıkarmayı amaçlamaktadır. Özellikle uzun süreli seyir gösteren kronik hastalıkların bireylerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi dikkate alındığında, bu hastalıkların düzenli izlenmesi ve yönetimi büyük önem taşımaktadır. Klinik süreçlerin takibi ve sürekli ilaç tedavisi gerektiren bu tür kronik durumların, Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) aracılığıyla izlenmesi hem hastalıkların kontrol altına alınması hem de sağlık hizmetlerinin etkinliği açısından kritik bir rol oynamaktadır (Oktar vd., 2021: 10).

Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı Kronik Hastalıkları önleme ve kontrol programlarını hayata geçirmek, Kronik hastalıkların tarama ve izlem süreçlerinin, kanıta dayalı rehberler doğrultusunda aile hekimliği birimlerince etkin bir şekilde yürütülmesi ve yönetilmesi amacıyla “Hastalık Yönetim Platformu” (HYP) uygulaması hayata geçirilmiştir. Bu platform, birinci basamak sağlık hizmetlerinde kronik hastalıkların sistematik takibini sağlamayı hedeflenmektedir. Aile hekimlerine kayıtlı 18 yaş üstü her birey için hipertansiyon, obezite, kardiyovasküler risk değerlendirme ve diyabet taramaları ve tanı almış bireylerin izlemleri ve yaşlı sağlığı değerlendirmeleri yapılabilmektedir. Bu taramalar sayesinde kronik hastalıkların önlenmesi, izlemler sayesinde kronik hastalıkların semptom ve bulgularının kontrol altına alınması, komplikasyon izlemi ile fonksiyon kayıplarının önüne geçilmesi hedeflenmiştir (Yazıcıoğlu ve Bahçivan, 2022: 15).



Aile Hekimlerinin kronik hastalık hizmetlerini yönetebilmesi için uygulamaya koyulan “Hastalık Yönetim Platformu” uygulaması, Aile Hekimlerinin kullandıkları diğer yazılım programlarına entegre edilmiştir. Böylece birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunda kronik hastalıkların tarama ve izlemlerinin yapılmasının kolaylaştırılması ve etkinliğinin artırılması sağlanmaktadır. Ayrıca, kronik hastalıkların tarama ve izlemlerine dair hipertansiyon, diyabet, obezite, kardiyovasküler risk değerlendirmesi ve çok yönlü yaşlı değerlendirmesi konularında Türkiye, il, ilçe ve aile hekimi için tarama/izlem hedef nüfus sayıları, hedefin gerçekleşme oranına dair bilgilerin yer aldığı performans ekranları oluşturulmuştur.

“Hastalık Yönetim Platformu” 01 Ocak 2021 tarihi itibari ile Aile Hekimlerinin kullanımına sunulmuştur. 01 Temmuz 2021 tarihi itibariyle de Aile Hekimliği Ödeme Sözleşme Yönetmeliğine dayanılarak hazırlanan Aile Hekimliği Tarama ve Takip Katsayısına ilişkin Yönergenin yürürlüğe konulması ile HYP kullanımı zorunlu hale gelmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2023: 3). Söz konusu yönetmeliğe 30.10.2024 tarihli ve 32707 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik ile düzenleme getirilerek 01.11.2024 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere yürürlüğe koyulmuştur (Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği, 2021: 1).

Aile Hekimlerinin pozitif performans kapsamında yaptıkları kronik hastalık tarama parametreleri obezite, diyabet, hipertansiyon ve kardiyovasküler risk değerlendirmelerinden oluşmaktadır. Kronik hastalık izlem kapsamında ise obezite, diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler risk değerlendirmesi ve yaşlı izlemleri parametreleri bulunmaktadır. İlerleyen süreçte bu tarama ve izlem parametreleri artırılmaktadır. Her ay sonunda her aile hekimi biriminin her parametre için kendine kayıtlı bireylere yaptıkları tarama ve izlem oranları sistem üzerinden Sağlık Bakanlığı tarafından takip edilmektedir. Bu izlem ve tarama oranları belirlenen katsayılar ile hesaplanarak aile hekimlerine pozitif performans kapsamında bir performans ödemesi yapılmaktadır. İzlem ve tarama yapmayan veya yapamayan aile hekimine herhangi bir ödeme yapılmamaktadır. Bu durumda kronik hastalık tarama ve izlemi yapılamayan aile hekimi birimine kayıtlı bireyler bu durumdan yararlanamamaktadır.

Her ay sonunda sağlık bakanlığı ve il sağlık müdürlükleri tarafından istatistikleri kayıt altına alınan kronik hastalıkların tarama ve izlem oranları, aile hekimi birimleri arasında farklılık gösterdiği gibi ilçe bazlı da farklılık göstermektedir. Bu değişikliklerin birçok sebebi vardır. Yapılan izlemler daha önce tanı almış hastalara yapılmaktadır. Bu sebeple kronik hastalıkların önlenmesinde değil, kronik hastalıkların ilerlemesinde ve komplikasyonlarının önüne geçilmesinde fayda sağlamaktadır. Taramalar ise tanı almayan hastalara yapıldığı için kronik hastalıklara yakalanma riski olan hastaların tespit edilerek hastalığa yakalanmasının önüne geçilmesini sağlamaktadır. O yüzden sağlıklı toplum ve sağlıklı yaşlanmak için taramaların önemi büyüktür. Bu sebeple yaptığımız bu çalışmada; İstanbul ilinde en çok tarama yapan ilk 3 ve en az tarama yapan son 3 ilçenin nedenlerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

5.GEREÇ-YÖNTEM

İstanbul ilinde aile hekimleri tarafından kendilerine kayıtlı giriş yaptıkları tarama oranlarından oluşan veriler ile her ilçenin tarama oranları hesaplanarak sıralama yapılmaktadır. Bu çalışmada Ocak-Şubat-Mart 2025 aylarına ait tarama oranlarının ortalamasına göre en düşük ve en yüksek ilk 3 ilçe belirlenerek nedenleri araştırılmıştır. Bu



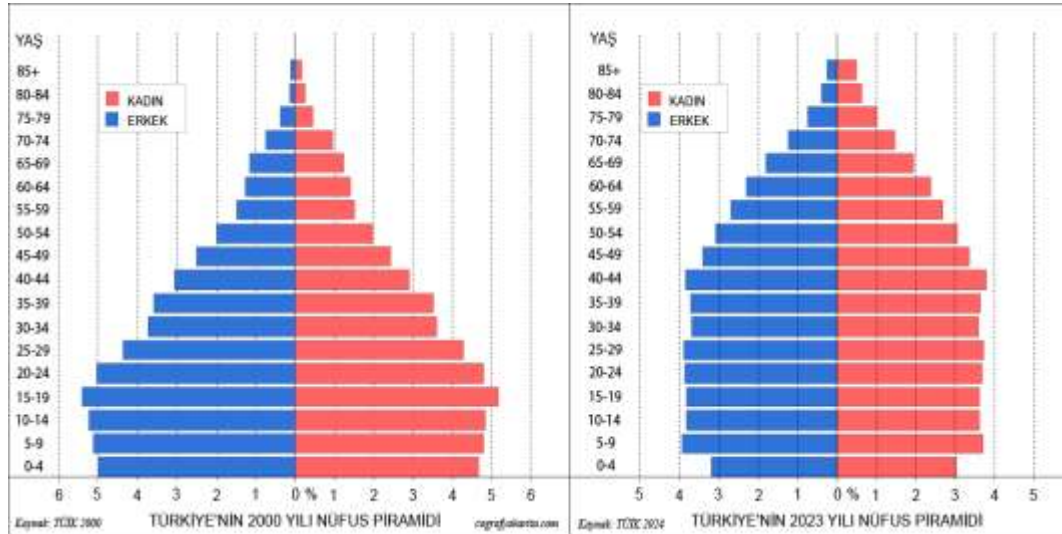
ilçelerin sosyo- kültürel ve sosyo-ekonomik yapıları incelenerek aile hekimlerine kayıtlı nüfus sayılarının ilçe bazlı ortalaması, nüfus dağılımı, bireylerin yaş, cinsiyet, diyabet, obezite, hipertansiyon ve kardiyovasküler değerlendirme için aylık yapması gereken tarama sayıları tespit edilmiştir. Her parametre diğer parametrelerle karşılaştırıldığı gibi ilçeler arası karşılaştırma da yapılmıştır.

İstatistiksel yöntemlerin uygulanabilmesi için veriler önce Excel programına aktarılmış ve bu program kullanılarak yapılmıştır. Bu çalışmada yalnızca tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılmıştır. Tarama oranlarının aylık verileri üzerinden ilçelere ait aritmetik ortalamalar hesaplanmış, ilçeler arası karşılaştırmalar Çizelgeler ve şekillerle görselleştirilmiştir.

6. BULGULAR

Türkiye’de yaşlı nüfus son on yılda %49 artmıştır. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki yüzdesi ise 2020 yılında %9,5’e yükselmiştir.

- TÜİK nüfus verileri, 2000- 2024,
- TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2008-2020
- Birleşmiş Milletler Dünya Nüfus Beklentileri 2022 yılı verilerine göre dünya genelinde yaşlı nüfus oranı %9,8 olarak belirlenmiştir.



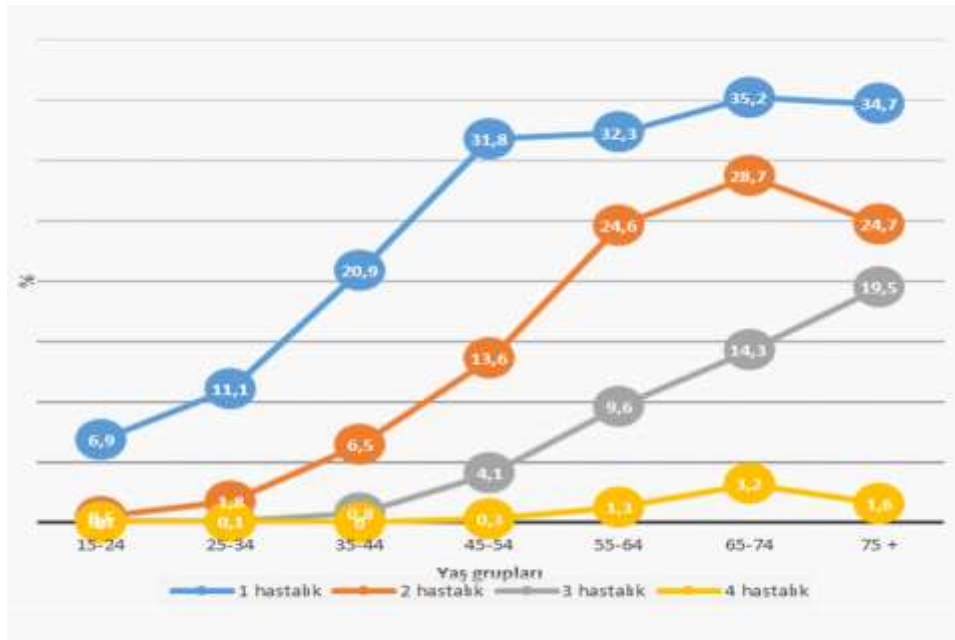
Şekil 1. Türkiye nüfus piramidi



Şekil 2. Dünya nüfus piramidi

- World Life Expectancy, 2000.
- World Life Expectancy, 2025.

Türkiye’de herhangi bir kronik hastalığı olmayanların oranı yaşa ve cinsiyete standardize olarak %62,8’dir. Bir kronik hastalığı olanlar %21,4, iki hastalığı olanlar %10,6, üç hastalığı olanlar %3,7 ve 4 hastalığı olanlar %0,46’dır. Üç ya da daha fazla kronik hastalık görülmesi kadın ve erkek arasında farklılık göstermemektedir. Aşağıdaki grafikte yaş gruplarına göre kronik hastalık oranları yer almaktadır.



Şekil 3. Yaşla birlikte kronik hastalık sayısı artışı (Türkiye bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri kohort çalışması, 2021)



Türkiye’ de direk ve dolaylı yollardan kronik hastalıkların ekonomik yükü toplamda 69,7 milyar TL’dir.

Çizelge 7 Türkiye’de BOH’ların ekonomik yükü (milyar TL)

Maliyet	KVH	Kanser	Diyabet	kronik hava yolu hastalıkları	Bütün BOH’lar Toplam
Doğrudan maliyetler					
Sağlık hizmetleri; hükümet harcamaları	11,0	5,5	3,3	4,8	24,6
Dolaylı maliyetler					
İşe devamsızlık	1,2	-	0,4	-	1,6
İşte var olamama	7,9	-	13,9	-	21,8
Erken ölümler	6,5	14,1	0,2	0,9	21,7
Toplam dolaylı maliyetler	15,5	14,8	14,5	0,94	45,1
Toplam yük	26,5	19,6	17,8	5,7	69,7

* (Türkiye’de bulaşıcı olmayan (kronik) hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için Yatırım Gerekçeleri Raporu, 2018)

Diyabet tarama oranlarının en yüksek olduğu ilçelerin G, Ç ve B, en düşük olduğu ilçelerin ise C, Ğ ve A olduğu görülmektedir.

Çizelge 8 Diyabet tarama oranları en yüksek ve en düşük olan ilçeler

Diyabet Tarama Oranları	En Yüksek Olan İlçeler (%)	Diyabet Tarama Oranları	En Düşük Olan İlçeler (%)
G	176	C	81
Ç	166	Ğ	62
B	158	A	47

*2025 ilk 3 aylık veridir.

Obezite taramalarına bakıldığında ise tarama oranları en yüksek olan ilçelerin G, F, E, en düşük olduğu ilçelerin ise C, Ğ ve B olduğu görülmektedir.

Çizelge 9 Obezite tarama oranları en yüksek ve en düşük olan ilçeler

Obezite Tarama Oranları	En Yüksek Olan İlçeler (%)	Obezite Tarama Oranları	En Düşük Olan İlçeler (%)
G	71	C	35
F	70	Ğ	32
E	67	B	19

*2025 ilk 3 aylık veridir.

F, G ve B ilçeleri hipertansiyon tarama oranlarında en yüksek ilçeler iken C, Ğ ve A ilçeleri tarama oranları en düşük ilçelerdir.

**Çizelge 10 Hipertansiyon tarama oranları en yüksek ve en düşük olan ilçeler**

Hipertansiyon Tarama Oranları	En Yüksek Olan İlçeler (%)	Hipertansiyon Tarama Oranları	En Düşük Olan İlçeler (%)
F	64	C	30
G	64	Ğ	30
B	61	A	12

*2025 ilk 3 aylık veridir.

Kardiyovasküler tarama oranları en yüksek olan ilçeler G, F ve Ç ilçeleri, en düşük olanlar ise D, Ğ ve A ilçeleridir.

Çizelge 11 KVR tarama oranları en yüksek ve en düşük olan ilçeler

KVR Tarama Oranları	En Yüksek Olan İlçeler (%)	KVR Tarama Oranları	En Düşük Olan İlçeler (%)
G	79	D	41
F	70	Ğ	35
Ç	68	A	17

*2025 ilk 3 aylık veridir.

Bütün parametrelerin (Diyabet, Obezite, Hipertansiyon, Kardiyovasküler risk) 2025 yılı ilk 3 ay için ortalamaları alınıp sıralandığında toplamda tarama ortalamaları en yüksek olan ilçeler G, F ve Ç ilçeleridir.

Çizelge 12 Toplam tarama ortalamaları en yüksek olan ilçelerin sıralaması

İlçe	Diyabet Tarama Ort. (%)	Obezite Tarama Ort. (%)	Hipertansiyon Tarama Ort. (%)	KVR Tarama Ort. (%)	Toplam Ort.
G	176	71	64	79	97,5
F	157	70	64	70	90,25
Ç	166	64	57	68	88,75

*2025 ilk 3 aylık veridir.

Bütün parametrelerin (Diyabet, Obezite, Hipertansiyon, Kardiyovasküler risk) 2025 yılı ilk 3 ay için ortalamaları alınıp sıralandığında toplamda tarama ortalamaları en düşük olan ilçeler C, Ğ ve A ilçeleridir.

Çizelge 13 Toplam tarama ortalamaları en düşük olan ilçelerin sıralaması

İlçe	Diyabet Tarama Ort. (%)	Obezite Tarama Ort. (%)	Hipertansiyon Tarama Ort. (%)	KVR Tarama Ort. (%)	Toplam Ort. (%)
C	81	35	30	42	47
Ğ	62	32	30	35	39,75
A	47	19	12	17	23,75

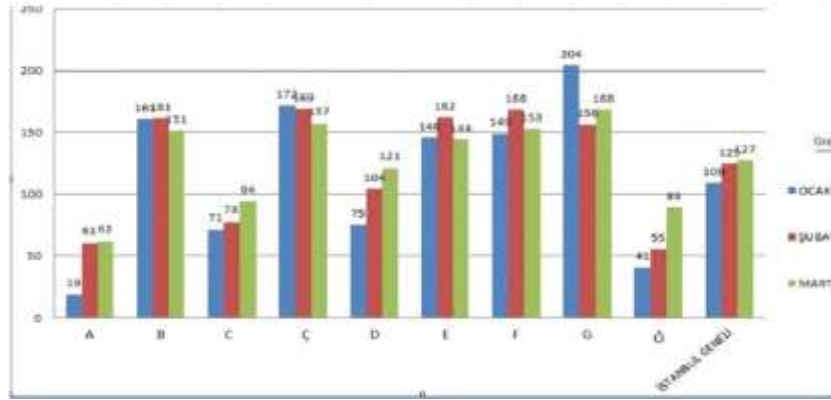
*2025 ilk 3 aylık veridir.



Her bir parametre ve toplam parametrelerin ortalamalarına göre sıralama yapıldığında ilk sıralara yerleşen ilçeler diyabet taramasında G, Ç, B, Obezite taramasında G, F, E, Hipertansiyon taramasında F, G, B, KVR taramasında G, F ve Ç ilçeleridir. Toplam parametrelerin ortalamalarına göre tarama ortalaması en yüksek ilk 3 ilçe ise G, F ve Ç ilçeleridir.

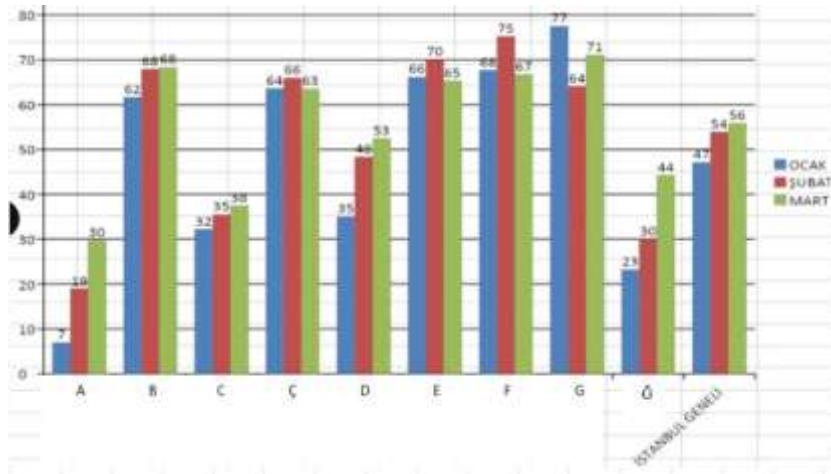
Aynı şekilde her bir parametre ve toplam parametrelerin ortalamalarına göre sıralama yapıldığında son 3 ilçeler diyabet taramasında C, Ğ, A, obezite taramasında C, Ğ, B, hipertansiyon taramasında C, Ğ, A, KVR taramasında D, Ğ ve A ilçeleridir. Toplam parametrelerin ortalamalarına göre tarama ortalaması en düşük son 3 ilçe ise C, Ğ ve A ilçeleridir.

Bu ilçelerin 2025 yılı ocak, şubat ve mart aylarına göre her parametre için aylık tarama oranları grafiği aşağıdaki gibidir.



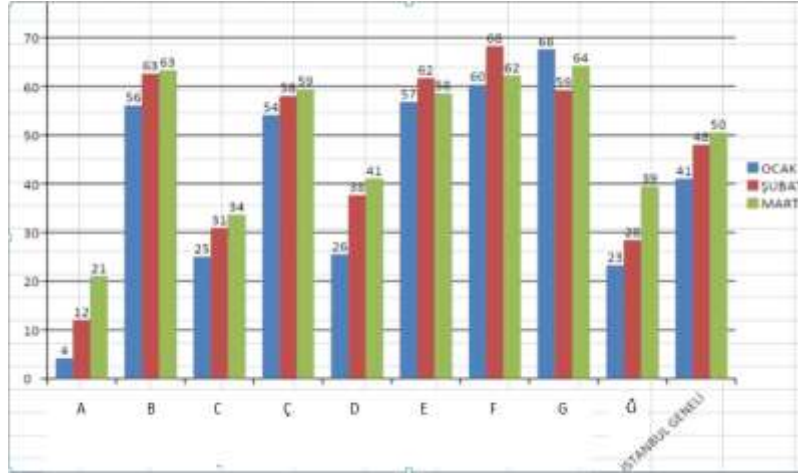
Şekil 4. Diyabet tarama oranlarının aylara göre dağılımı

*2025 ilk 3 aylık veridir.



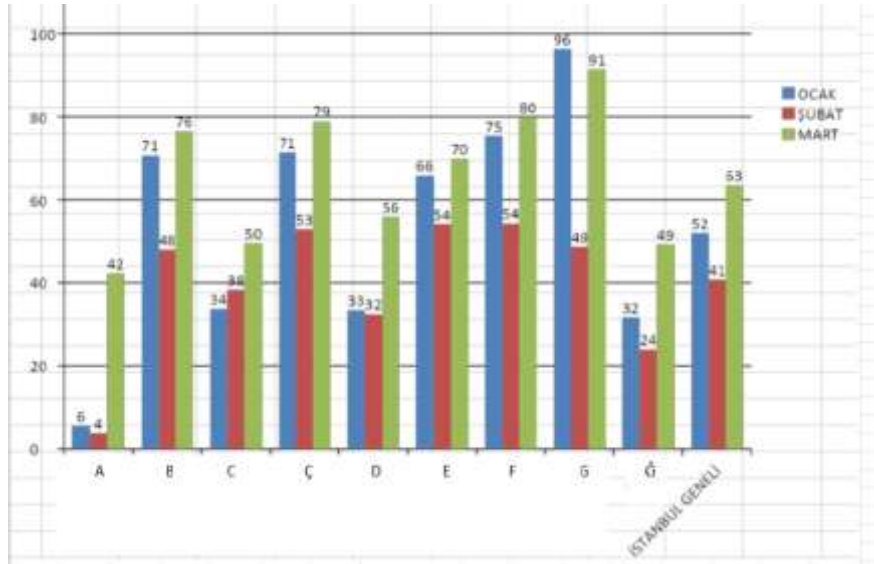
Şekil 5. Obezite tarama oranlarının aylara göre dağılımı

*2025 ilk 3 aylık veridir.



Şekil 6. Hipertansiyon tarama oranlarının aylara göre dağılımı

*2025 ilk 3 aylık veridir.



Şekil 7. KVR tarama oranlarının aylara göre dağılımı

*2025 ilk 3 aylık veridir.

İlçelerin kronik hastalık taraması yapılması ya da yapılamamasını etkileyen değişkenlerin başında ilçelerin nüfusu, ilçelerde bulunan aktif aile hekimliği birim sayısı ve aile hekimi başına düşen hasta sayısı gelmektedir. Aşağıdaki Çizelgelerde çalışmamızda incelenen ilçelere ait bu veriler yer almaktadır (Çizelge 14).



Çizelge 14 İlçelerin AHB ve nüfus durumları

İlçe	AHB Sayısı		AHB Doluluk Durumu		Nüfus	
	Toplam	Dolu	Boş	Aktif AHB Durumu	Toplam	AHB Başına Düşen Ortalama
A	7	7	0	7	16.979	2.305
B	106	95	11	84	344.868	3.104
C	61	55	6	49	167.264	2.831
Ç	86	82	4	78	280.528	3.054
D	158	147	11	136	462.189	3.061
E	231	223	8	215	749.356	3.239
F	82	78	4	74	232.156	2.797
G	13	13	0	13	48.936	2.891
Ğ	85	85	0	85	263.063	3.025

*2025 Mart ayı veridir.

İlçelerin toplam nüfusu, nüfusun yaşa ve cinsiyete göre dağılımı göre dağılımı kronik hastalık taraması yapılması ya da yapılamamasını etkileyen faktörlerdendir. Aşağıdaki Çizelgelerde çalışmamızda incelenen ilçelere ait bu veriler yer almaktadır (Çizelge 15).

Çizelge 15 İlçelerin demografik verileri

İlçe	Nüfus	Yaşa Göre Nüfus Dağılımı (%)				Cinsiyete Göre Nüfus Dağılımı (%)	
	Toplam	0-1 yaş	1-18 yaş	18-65 yaş	65 yaş üstü	Kadın	Erkek
A	16.979	162	1.993	10.882 (%64)	3942 (%23,2)	8.318	8.661
B	344.868	10.793	104.935	214.551 (%62,2)	14.592 (%4,2)	167.627	177.241
C	167.264	1.584	23.112	115.392 (%68,9)	27.176 (%16,2)	92.789	74.475
Ç	280.528	4.945	66.218	184.186 (%65,6)	25.179 (%8,9)	142.712	137.816
D	462.189	4.735	60.395	307.458 (%66,5)	89.601 (%19,3)	254.222	207.967
E	749.356	15.463	183.065	504.129 (%67,2)	46.699 (%6,2)	372.931	376.425
F	232.156	4.061	46.132	160.159 (%68,9)	21.804 (%9,3)	101.594	130.562
G	48.936	703	8.316	31.727 (%64,8)	8.190 (%16,7)	23.906	25.030
Ğ	263.063	3.102	39.894	190.441 (%72,3)	29.626 (%11,2)	136.176	126.887

*TÜİK nüfus verileri 2024



7. TARTIŞMA

Tüm dünyada ve Türkiye’de nüfusun yaşlandığı ve yaşla beraber kronik hastalıkların arttığı kaçınılmaz bir gerçektir. Türkiye’de 15-24 yaş aralığında görülen oranları düşük olmakla birlikte kronik hastalıkların varlığı, daha çok doğuştan ve genetik yatkınlığa bağlı olarak açıklanabilir. Türkiye’de en erken yaş aralığı olarak 15-24 yaş aralığında görülen kronik hastalıklar, yaşın ilerlemesiyle oranları artarak ve yeni kronik hastalıklar eklenerek 75 yaş ve üzerine kadar devam etmektedir. Bu durum toplumun hastalanarak yaşlanması demektir. Bu sebeple kronik hastalıkların erken tanı alması ve kontrol altına alınabilmesi için tarama programları uygulanması şarttır.

Kronik hastalıkların direk ve dolaylı yoldan maliyetinin toplamı 69,7 milyar TL’dir. Bu sadece ekonomik maliyet çıktısıdır. Bunun yanında kronik hastalıklar ile yaşlanmak bireylerin, ailelerin ve toplumun yaşam kalitesini etkiler. Bu yönüyle ekonomik maliyetin yanı sıra sosyolojik ve psikolojik maliyeti de düşünmek gerekir. Zira önümüzdeki 25 yıl boyunca kronik hastalıkların sağlık yüküne katkılarında belirgin artışlar öngörülmektedir (Patel, et al., 2011: 422).

Bu amaçlar doğrultusunda uygulamaya koyulan HYP sisteminde kronik hastalıkların parametrelerine göre tarama oranlarının İstanbul ilinde ilçeler arasında farklılıklar gösterdiği görülmektedir. 2025 yılı ilk 3 aylık verilerde parametreler ayrı ayrı incelenip parametre bazında ortalamaları alındığında diyabet tarama oranı en yüksek olan ilçeler G, Ç B, en düşük ilçeler C, Ğ ve A’dır.

G ilçesinin diğer parametrelerine bakıldığında obezite, hipertansiyon ve KVR taramalarında, ayrıca toplam tarama oranlarının ortalamaları alındığında da tarama oranları en yüksek ilçeler arasında olduğu görülmektedir. G ilçesinin toplam nüfusu 48.936 olarak TÜİK verilerinde yer almaktadır. Aile Hekimliği Birim sayısı 13, Aile Hekimi başına düşen ortalama nüfus sayısı 2.891’dir. Nüfusun yaşa göre dağılımına bakıldığında kronik hastalıkların taramasının başladığı 18-65 yaş nüfus oranı %64,8, 65 yaş üstü nüfus oranı ise %16,7’dir.

Bu durumda G ilçesinin kronik hastalık taraması yapılması gereken hedef nüfusu toplam nüfusun %81,5 oranındadır. Aile hekimlerinin birim başına düşen ortalama nüfusunun her birim için nüfus dağılımı, her aile hekiminin kronik hastalık tarama yapması gereken hedef nüfusunu belirler. Bu verileri ancak aile hekimi kendi ekranından görebilmektedir. Nüfusun cinsiyete göre dağılımı yaklaşık oranlardadır. Kadın sayısı 23.906 iken erkek sayısı 25.030 dur. G ilçesinde tarama oranlarının yüksek olmasını bu değişkenlerin hepsi etkilemektedir. Boş Aile Hekimliği Birimi olmaması aile hekimi olmayan hastaları muayene etmek zorunda olmadıkları anlamına gelir ki bu da kendisine kayıtlı nüfusunun dışında extra bir hasta yükü yoktur demektir.

Dolayısıyla sadece kendi hedef nüfusunun kronik hastalık tarama planlamasını yaptığı ve uyguladığını düşündürmektedir. G ilçesi ve yakınlarında özel hastane, tıp merkezi hatta kamu hastanesi gibi sağlık kurumlarının sayısı azdır. Bu durumda da nüfusun çoğunluğunun daha çok birinci basamak sağlık kurumlarını yani aile hekimlerinden hizmet aldığını düşünecek olursak hasta hekim buluşmasını kolaylaştıran faktörlerdendir. G ilçesindeki erkek nüfusun hayvancılık, tarım gibi işler yapması daha çok ilçede veya yakınlarında çalışıyor olabilme 65 yaş ve üstü nüfusun oranı %16,7 olması cinsiyet etkeninin kronik hastalık tarama yapmasını zorlaştırmadığı anlamına gelmektedir.



Tarama ortalamaları en yüksek olan diğer bir ilçe Ç ilçesidir. Ç ilçesi Diyabet, KVR taraması ve toplam genel tarama ortalamalarına göre tarama oranları en yüksek ilk üç ilçenin içinde yer alırken Obezite ve Hipertansiyon taramalarında ilk üç ilçe içerisinde değildir. Aslında diyabet taraması yapılırken obezite taraması yapılması, hipertansiyon taraması yapılırken KVR taraması yapılması beklenir. Ancak Ç ilçesinde durumun böyle olmadığı görülmüştür. Her parametre için Ocak-Şubat-Mart aylarının grafiklerine bakıldığında Obezite taraması için oranların yaklaşık olduğu, hipertansiyon taramasının aylara göre yükseldiği görülmektedir. Çalışmamızda ilk üç aylık veri alındığından durum böyle olabilir. Yıl sonunda yıllık ortalama alındığında obezite ve hipertansiyon tarama ortalamalarının durumunu görmek gerekir. Ayrıca diyabet ve KVR taramaları laboratuvar sonuçlarından değerlendirildiğinden bu durum laboratuvar istemi yapılan her hasta için aynı zamanda diyabet ve KVR taraması yapılmış olabileceğini de düşündürmektedir.

Toplam nüfusu 280.528 olan ilçenin 18- 65 yaş nüfus oranı %65,6, 65 yaş üzeri nüfus oranı ise %8,9 dur. İlçesinin kronik hastalık taraması yapılması gereken hedef nüfusu toplam nüfusun %74,5'ini oluşturmaktadır. G ilçesi ile karşılaştırıldığında G'nin kronik hastalık taraması yapılması gereken nüfus oranı (%81,5) Ç ilçesinden daha fazladır. Ç ilçesinin nüfusu G ilçesine göre daha genç iken, G ilçesinin nüfusunun daha ulaşılabilir olduğu düşünülmektedir. Nüfusun cinsiyet dağılımında kadın nüfusunun yaklaşık 5 bin kişi erkek nüfusuna göre daha fazla olması, 1-18 yaş aralığındaki nüfusun %23,6 olması ve dolayısıyla 65 yaş nüfusundan fazla olması Ç ilçesinin daha genç ve doğurgan nüfusa sahip olduğunu göstermektedir. Genç, ev hanımı ve bebekli anneler aile hekimliği birimlerinden daha fazla hizmet almaktadır. Bu durum kronik hastalık taramalarının yapılmasını avantajlı duruma getirmektedir.

Ç ilçesinin AHB başına düşen ortalama nüfusu 3.054' dür. 86 AHB olan ilçede 78 aktif AHB, 82 dolu AHB, 4 boş AHB vardır. İlçenin kronik hastalık tarama oranlarının yüksek olması bu durumun Aile hekimleri tarafından tolere edildiğini göstermektedir.

B ilçesi diyabet ve hipertansiyon taramalarında ilk üç ilçeden biri olurken obezite, KVR taramaları ve toplam genel tarama ortalamalarına göre tarama oranları en yüksek ilk üç ilçenin arasında değildir. İlk üç aylık verilerin grafikleri incelendiğinde diyabet ve hipertansiyon tarama oranlarının ocak- şubat ve mart aylarında İstanbul ortalamasının üzerinde olduğu, obezite taraması ortalamasının her üç ayda da yaklaşık değerlerde olduğu, KVR tarama ortalamasında şubat ayında belirgin bir düşüş olduğu fark edilmektedir. Şubat ayında havaların soğuk olması, okulların tatil olması ve bu sebeplerle hastaların Aile hekimlerinden hizmet alamamış olması, hastaya ulaşılammış olması gibi nedenlerle açıklanabildiği gibi kış aylarında daha çok ortaya çıkan çeşitli enfeksiyonlar sebebiyle hasta yoğunluğundan tarama yapılamamış olması ile açıklanabilir.

B ilçesinin toplam nüfusu 344.868'dir. Nüfusun yaşa göre dağılımına bakıldığında 18-65 yaş aralığında olan nüfus oranının %62,2, 65 yaş üstü nüfus oranının ise %4,2 olduğu görülmektedir. Toplamda kronik hastalık taraması yapılması gereken hedef nüfus %66,4' dür. Bu oran G ilçesinde %81,5, Ç ilçesinde %74,5'dir. B ilçesinin nüfusunun tarama yapması gereken hedef nüfusu diğer iki ilçeye göre daha düşüktür yani bebek ve çocuk nüfusu G ve Ç ilçelerine göre daha yüksektir. Bu durum hem avantaj hem dezavantajdır. Kronik hastalık tarama yapılması için ulaşılması gereken kişi sayısı azalırken nüfusun bebek ve genç nüfus olması diğer koruyucu sağlık hizmetlerinin yoğun olarak verildiğini düşündürmektedir. Cinsiyet dağılımında erkek nüfusun yaklaşık 10 bin kişi fazla olduğu görülmektedir. Erkek nüfusun fazla olması çalışan nüfus oranına etki etmektedir. İstanbul



ilinde çalışan nüfusun çoğunlukla ikamet ettiği ilçenin dışında çalışması Aile hekimlerinin hastaya ulaşması ya da hastanın aile hekimine ulaşması konusunda sorunlarla karşılaşılmasına sebep olmaktadır. Bu durum da kronik hastalıklar için tarama yapılmasını zorlaştıran faktörlerdendir.

B ilçesinin AHB sayısı 106 iken aktif AHB sayısı 84 dür. 95 dolu, 11 boş AHB vardır. 11 boş birimde kayıtlı hasta olması durumunda o hastalar da birinci basamak sağlık hizmetlerini diğer aile hekimlerinden almakta olduğu anlamına gelir ki bu durumda aile hekiminin iş yükünü artıran faktörlerdendir. AHB başına düşen hasta sayısı ortalama 3.104' dür. AHB başına düşen hasta sayısının az olması kronik hastalıklar taramalarının vakit kalmasına sebep olacaktır.

Tarama oranları en yüksek ilk üç ilçeden birisi de F ilçesidir. F ilçesi Diyabet taraması hariç Obezite, Hipertansiyon, KVR taramalarında ve toplam genel tarama ortalamalarına göre tarama oranları en yüksek ilk üç ilçeden bir tanesidir. İlçenin oranları incelendiğinde ocak-şubat ve mart ayları için diyabet tarama ortalaması sıralamasında ilk üç ilçede olmasa da İstanbul il ortalamasının üzerindedir.

İlçenin diğer dinamikleri incelendiğinde toplam nüfusunun 232.156 olduğu görülmektedir. Yaşa göre nüfus dağılımına bakıldığında 18-65 yaş oranı %68,9 iken 65 yaş ve üstü nüfus oranı %9,3'tür. Toplam kronik hastalık tarama yapılması gereken oran %78,2'dir. Bu oran B ilçesinde %66,4, G ilçesinde %81,5, Ç ilçesinde %74,5 'tir. Hedef nüfus oranı olarak F ilçesi ile Ç ilçesi birbirine yakındır. Cinsiyet dağılımında ise F ilçesinin erkek nüfusu yaklaşık 30 bin kişi kadın nüfusundan fazladır. Erkek nüfusun yaş dağılımı bilinmemekle beraber 65 yaş üstü G ilçesinde %16,7, F ilçesinde ise %9,3 dür. G ve F ilçelerinde 65 yaş üstü nüfus oranının fazla olması, bu ilçelerinin merkeze uzak olması ve daha çok yazlık yaşam şeklinin hâkim olması ile ilişkilendirilebilir. Bu durumda Aile hekimlerinin hastalar ile iletişim halinde olmasını kolaylaştıran faktörlerdendir. Bu iki ilçenin ortak özelliği merkeze uzak olmaları, 65 yaş üstü nüfusun fazla olması ve hastaların aile hekimlerinden daha fazla hizmet almaları, bu durumda da hastalara ulaşımın kolay olabileceğini düşündürmektedir.

F ilçesinde 82 AHB ve 4 boş birim vardır. Aktif AHB sayısı 78'dir. AHB başına düşen hasta sayısı ortalama 2.797'dir. G ilçesinin AHB başına düşen hasta sayısı da 2.891'dir. Yani her iki ilçenin de başarı oranını etkileyen faktörlerden bir tanesi de AHB başına düşen hasta sayısının bu aralıkta olmasıdır ki bu durumunda kronik hastalıkların tarama yapılabilmesi için aile hekimlerinin ancak zaman ayrılabilirdiği şeklinde yorumlanabilir.

Obezite tarama oranları en yüksek olan ilk üç ilçenin içerisinde E ilçesi dikkati çekmektedir. E ilçesi diğer hiçbir parametrede ve toplam genel tarama ortalamalarına göre tarama oranları en yüksek ilk üç ilçenin arasında değildir. İlk üç aylık verileri içeren grafikler incelendiğinde E ilçesinin diğer parametrelerde yani diyabet, hipertansiyon ve KVR tarama oranları ortalamalarında da İstanbul ili genel ortalamasının üstünde olduğu görülmektedir. Kronik hastalıklar tarama oranlarını etkileyen değişkenleri incelendiğinde toplam nüfusunun 749.356 olduğu görülmektedir. Nüfusun yaşa göre dağılımına bakıldığında 18-65 yaş nüfus oranı %67,2, 65 yaş ve üstü nüfus oranı ise %6,2'dir. İlçenin genç nüfus oranının daha fazla olduğu görülmektedir. 18-65 yaş aralığındaki nüfusun fazla olması çalışan nüfusun fazla olabileceği anlamına gelmektedir.

Sadece obezite taraması oranının yüksek olması aile hekimlerinden hizmet alan 18 yaş üstü bireylerin obezite taramasının da yapıldığı şeklinde yorumlanabilir. Obezite taramasında yer alan değerlerin boy, kilo, bel çevresi ölçümleri gibi verilerden oluşması nedeniyle aile



hekimine gelen her kişiye yapılması daha kolay olan taramalar arasındadır. Diğer taramalarda laboratuvar istemleri gibi daha detaylı verilere ihtiyaç vardır. Nüfusun cinsiyet dağılımında ise kadın ve erkek nüfusunun yaklaşık sayılarda olduğu görülmektedir.

231 AHB sayısı olan E ilçesinin 223 aktif, 8 boş birimi olduğu, AHB başına düşen ortalama nüfusun ise 3.239 kişi olduğu verilerine ulaşılmıştır. Bu sayı G, Ç, F ve B ilçelerinin AHB başına düşen ortalama hasta sayısından en yüksek olanıdır. Aile hekimi başına düşen ortalama nüfusun fazla olması kronik hastalıkların taranmasını zorlaştıran faktörlerden olduğu düşünülmektedir. Ayrıca ilçenin büyük olması hastaya ulaşımı da zorlaştırıyor olabilmektedir. E ilçesinin özelinde böyle bir durum söz konusu olabilir.

Şimdiye kadar tartışılan G, F, Ç, B ve E ilçeleri, kronik hastalık tarama parametrelerinden en az birisinde 2025 yılı ocak-şubat ve mart aylarının ortalamalarına göre tarama oranları en yüksek ilk üç ilçelerden birisiydi. Bunun yanında tarama oranları en düşük olan ilçeler de bulunmaktadır.

Tarama oranları en düşük olan ilçeler arasında C ilçesi dikkati çekmektedir. C ilçesi Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon tarama oranlarında en düşük son üç ilçe arasındayken KVR tarama oranı düşük ilçeler arasında değildir. Ancak C ilçesinin KVR tarama grafiği incelendiğinde bu parametrede de İstanbul ilinin ortalamasının altında kaldığı görülmektedir. İlçenin toplam genel tarama ortalamalarına göre tarama oranları en düşük ilk üç ilçeden bir tanesi olduğu da görülmektedir.

C ilçesinin toplam nüfusu 167.264, 18-65 yaş aralığında olan nüfus oranı %68,9, 65 yaş ve üstü nüfus oranı ise %16,2'dir. Kronik hastalık tarama hedef nüfusu toplamda %85,1'dir. Yaşa göre nüfus dağılımına bakıldığında 18 yaş üstü genç nüfus oranının da yaşlı nüfusun oranının da fazla olduğu görülmektedir. Cinsiyete göre dağılımına bakıldığında ise kadın nüfusunun 92.789, erkek nüfusunun 74.475 olduğu dolayısıyla kadın nüfusunun erkek nüfusundan 18.314 kişi fazladır. Genç nüfusun fazla olması çalışan nüfusun fazla olduğunu, yaşlı nüfusun fazla olması ise yerleşik nüfusun yaşlı olabileceği şeklinde açıklanabilir. Çalışan nüfusun fazla olması Aile hekiminden hizmet almayı olumsuz etkilemektedir. Çünkü çalışan nüfusun ikamet ettiği ilçeden farklı ilçede çalışma olasılığı oldukça yüksektir.

C ilçesinde toplamda 61 AHB, 49 aktif AHB, 55 dolu, 6 boş AHB bulunmaktadır. AHB başına düşen ortalama hasta sayısı 2.831'dir. AHB başına düşen hasta sayısı kronik hastalık tarama oranı yüksek olan G ve F ilçeleri ile yaklaşık değerlerde olmasına rağmen C ilçesinin tarama oranları düşüktür. İlçede yaşlı nüfusun evden çıkamayan ya da Aile hekimliği birimlerinden hizmet almayan nüfus olma olasılığı yüksektir. Genç nüfusun fazla olmasına rağmen çalışan nüfusun fazla olması Aile hekiminin hastaya ulaşmasını engelleyen faktörlerdendir. Ayrıca C ilçesi diğer sağlık kurumları yönünden zengin ilçelerdendir. Nüfusun sosyo- kültürel ve sosyo-ekonomik durumunun yüksek olduğu düşünüldüğünde aile hekiminden hizmet almayan nüfusun oranının yüksek olma olasılığı muhtemeldir. Tüm bu dinamikler incelendiğinde bu durumların C ilçesinin kronik hastalık tarama oranlarını olumsuz etkilediği şeklinde yorumlanabilir.

Kronik hastalık tarama oranları en düşük ilçelerden birisi de Ğ ilçesidir. Ğ ilçesi diyabet, obezite, hipertansiyon ve KVR travmalarında oranları en düşük ilçeler arasında olduğu gibi toplam genel tarama ortalamalarına göre tarama oranları en düşük ilk üç ilçeden bir tanesidir.

İlçenin nüfusu 263.063'tir. İlçenin 18-65 yaş oranı %72,3 iken 65 yaş üstü nüfus oranı %11,2'dir. Kronik hastalık taraması yapılması gereken 18 yaş üstü nüfus oranı %83,5'tir. Cinsiyet dağılımına bakıldığında ise kadın nüfusunun erkek nüfusuna göre yaklaşık 10 bin



kişi fazla olduğu görülmektedir. Ğ ilçesi nüfus dağılımı parametrelerine göre C ilçesi ile benzerlik göstermektedir. Genç ve çalışan nüfusun ve yaşlı nüfus oranlarının fazla olması tıpkı C ilçesinde olduğu gibi yerleşik nüfusun yaşlı olabileceği ve çalışan nüfusun ilçe dışında çalışmış olma olasılığının yüksek olması şeklinde açıklanabilir.

Ğ ilçesinde 85 AHB bulunmaktadır ve AHB başına düşen ortalama nüfus 3.025' tir. İlçede boş AHB yoktur ve AHB'lerin tamamı aktiftir. AHB başına düşen ortalama nüfusun fazla olmaması, ilçede boş birim olmaması aslında kronik hastalıklar için tarama yapılmasını kolaylaştırıcı faktörlerdir. Ancak Ğ ilçesinde durum böyle değildir. Yine C ilçesinde olduğu gibi Ğ ilçesinde de diğer sağlık kurumlarının fazla olması, nüfusun sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik durumunun yüksek olduğu düşünüldüğünde aile hekiminden hizmet almak yerine diğer sağlık kurumlarından hizmet almayı tercih ediyor olmaları olasılığı yüksektir. Bu durumda aile hekiminin hastaya ulaşmasını zorlaştırır. Tüm bu dinamikler incelendiğinde bu durumların Ğ ilçesinin kronik hastalık tarama oranlarını olumsuz etkilediği şeklinde yorumlanabilir.

D ilçesi diyabet, obezite, hipertansiyon tarama oranlarına göre en düşük ilçeler arasında değilken KVR tarama oranları en düşük ilçeler arasındadır. Diyabet, obezite ve hipertansiyon tarama oranlarının da İstanbul il ortalamalarının altında olduğu görülmektedir.

D ilçesinin toplam nüfusu 462.189, 18-65 yaş nüfus oranı %66,5, 65 yaş üstü nüfus oranı %19,3'tür. Toplam kronik hastalıklar tarama hedef nüfusu %85,8'dir. Cinsiyet dağılımında ise kadın nüfusu erkek nüfusuna göre yaklaşık 50 bin kişi fazladır.

Yaşlı nüfusun fazla olması kronik hastalıkları tarama açısından olumsuz bir değişkendir. Nitekim D ilçesinde de yaşlı nüfusun fazla olması KVR taraması yapılmasını olumsuz yönde etkilemiş olabileceği şeklinde yorumlanır. Yaşlı nüfus eğer evden çıkamıyor ise aile hekimine gelemmez. Kronik hastalık taraması yapabilmesi için bireylerin aile hekimliği birimlerine gelerek birtakım değerlendirmelerinin yapılması gerekir. Ayrıca yaşlı nüfusun hareket kısıtlılığı, duyma, görme ve anlamada güçlük gibi olabilecek ek özellikleri tarama yapılmasını güçleştirir. D ilçesinde yaşlı nüfusun fazla olması, genç nüfusun fazla olması hastaya ulaşılması açısından dezavantajdır.

İlçede 158 AHB var iken 136 birimin aktif olduğu ve 11 boş birimin olduğu görülmektedir. AHB başına düşen nüfus ortalama 3.061'dir. AHB başına düşen ortalama nüfusun fazla olmaması ile birlikte 11 boş birimin olması, o birimlere kayıtlı hastaların da diğer birimlerden hizmet alması anlamına gelir ki bu durum aile hekiminin iş yükünü artıran bir durumdur. Ancak AHB başına ortalama nüfusu 3.104 olan ve D ilçesi gibi 11 boş birimi olan B ilçesinin tarama oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum D ilçesinde yaşlı nüfusun fazla olması, hastaya ulaşılabilirliğin zor olması ve ilçede diğer sağlık kurumlarının daha fazla kullanılıyor olmasının etkilediği şeklinde açıklanabilir.

Tarama oranları en düşük ilçelerden diğeri ise A ilçesidir. A ilçesini kendi içinde tartışmak gerekir. İlçenin tarama ortalamalarına bakıldığında diyabet, hipertansiyon ve KVR taramalarında ortalamaları en düşük ilçeler arasında yer alırken obezite taramasında tarama ortalamaları en düşük son üç ilçe arasında değildir. Ancak bununla birlikte obezite taramasında da İstanbul ili genel ortalamasının altındadır. Çalışmaya dahil edilen ocak-şubat ve mart aylarının grafikleri incelendiğinde aylara göre yükseliş eğiliminde olduğu görülmektedir.

İlçenin toplam nüfusu 16.979 olmakla beraber bu nüfusun yaz aylarında arttığı, kış aylarında azaldığı bilinmektedir. Yaşa göre nüfus dağılımında 18-65 yaş üstü nüfus oranı %64, 65 yaş



üstü nüfus oranı %23,2, toplam 18 yaş üstü nüfus oranı ise toplamda 87,2'dir. 0-1 yaş nüfus oranının %0,9, 1-18 yaş nüfus oranının %11,7 olduğu ilçede yaşlı nüfusun yerleşik nüfus olduğu düşünülmektedir. İlçede kadın ve erkek nüfusu birbirine yakındır. İlçenin tarama oranlarını yaşlı nüfusun fazla olması ve çalışan nüfusun ilçe dışında olması olumsuz yönde etkileyen faktörlerdendir.

A ilçesinde 7 AHB vardır ve hepsi aktif AHB 'lerdir. Boş AHB yoktur. AHB başına düşen ortalama nüfus 2.305 tir. AHB başına düşen ortalama hasta sayısı düşük olmakla birlikte A ilçesi için hastalara ulaşım zordur. Zira A ilçesi Büyükkada merkez olmak üzere Kınalıda, Heybeliada ve Burgaz adası olmak üzere 4 adadan oluşmaktadır.

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

Kronik hastalıkların tarama oranlarının 2025 yılı ilk üç aylık verilerin her parametre için ayrı ayrı ve genel ortalamaları incelendiğinde tarama oranları en yüksek ilçelerin G, F ve Ç (Çizelge 12), tarama oranları en düşük son üç ilçenin ise C, Ğ ve A (Çizelge 13) ilçeleri olduğu görülmektedir. Tarama oranları en yüksek olan üç ilçenin ortak özelliklerinin başında AHB başına düşen nüfus sayılarının yaklaşık olması dikkati çekmektedir.

F ilçesinin 2.797, G ilçesinin 2.891, Ç ilçesinin ise AHB başına düşen ortalama nüfus sayısının 3.054 tür. Her üç ilçenin boş birim sayılarına bakıldığında G ilçesinde boş birim olmadığı, F ve Ç ilçelerinde 4 boş birim olduğu görülmektedir. Tarama oranları genel ortalamaya göre en düşük olan C, Ğ ve A ilçesinin AHB başına düşen ortalama nüfus sayısı C ilçesinde 2.831, Ğ ilçesinde 3.025, A ilçesinde ise 2.305'tir. C ilçesinde 6, Ğ ve A ilçesinde hiç boş birim yoktur.

Aile hekimlerinin ortalama nüfus sayıları kronik hastalık taraması yapabilmeleri için önemlidir. Çünkü kronik hastalık taramalarının yapılması zaman almaktadır. Aile hekimleri diğer koruyucu sağlık hizmetlerini de verdiği için AHB başına düşen ortalama nüfus sayısı önemlidir. Yapılan bu çalışmada genel tarama ortalamaları en yüksek olan ilçelerin AHB başına düşen ortalama nüfusu 2.800-3000 aralığındadır. Tarama oranlarının artması için AHB başına düşen ortalama nüfusun azaltılması bunun için yeni birimler açılması önemlidir. Bunun yanı sıra tarama oranları en düşük olan ilçelerin de AHB başına düşen ortalama nüfus sayılarının 2.300- 3.000 aralığında olduğu görülmektedir. Bu durum tarama oranları düşük olan ilçelerin oranlarının düşük olması AHB başına düşen ortalama nüfus sayıları ile ilişkilendirilemez.

Bu ilçelerde tarama yapılamamasının başka nedenleri araştırılmalıdır. Ayrıca ilçelerde boş birim sayısının fazla olması da o birimlere kayıtlı hastaların diğer AHB 'lerden hizmet almasına sebep olmaktadır. Bu durum da aile hekimlerinin iş yükünü artırmaktadır. Bu sebeple boş birimlere aile hekimi atama yapılması da kronik hastalık tarama oranlarını artıracaktır.

Tarama oranlarını etkileyen diğer değişkenler nüfus dağılımının yaş ve cinsiyete göre dağılımıdır. Bu dağılım ilçe bazlı bir fikir verse de her AHB ye kayıtlı nüfusun kendi içinde yaşa ve cinsiyete göre dağılımını bilmesi Aile hekiminin iş yükünü ve iş planını yapması için kolaylaştırıcı olacaktır. Nüfus dağılımının bilinmesi özellikle yaşlı nüfusa ulaşılması için önemlidir.

Tarama oranları yüksek olan ilçelerin yani F, G ve Ç ilçelerinin sınırları içerisinde diğer sağlık kurumlarının az olması bu durumun aile hekimliği birimlerinin daha aktif kullanıldığını ve AHB 'lerin daha ulaşılabilir olduğunu göstermektedir. Kronik hastalık



taramalarının yapılabilmesinde hasta-hekim buluşması önemlidir. Hasta aile hekiminden hizmet almaz ise aile hekimi de hastaya ulaşamaz ise hiçbir parametrede tarama yapılması mümkün değildir. Tarama oranları düşük olan C ve Ğ ilçelerinde AHB 'lerin yanı sıra diğer sağlık kurumlarının sayısı yüksektir. Bu ilçelerde kişiler diğer sağlık kurumlarını kullanmayı tercih edebilirler.

Aile hekimlerine kayıtlı olmalarına rağmen aile hekimlerine hiç muayene olmamış ya da iletişim bilgileri güncel olmamış olabilir. Bu durumlar ilçelerin tarama oranları olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durumda Aile hekimine kayıtlı 18 yaş üstü her bir birey aile hekimlerinde kronik hastalık taraması yaptırmaları konusunda uyarılabilir. Eğer bireyler diğer sağlık kurumlarında kronik hastalık taramalarını yaptırıyorsa sistemler arası entegrasyon yapılarak aile hekimlerinin ya da her sağlık kurumunun kronik hastalık taraması yapılan bireylerin bilgilerin güncel olması şartıyla verilerini görmesi sağlanabilir. Bakanlığın bu yönde çalışmalar yürüttüğü bilinmektedir. Ğ ve C ilçelerinin daha çok bu sebeplerden tarama oranlarının düşük olduğu düşünülmektedir.

Sonuç olarak; Kronik hastalıklar tarama oranlarını etkileyen birçok değişken mevcuttur. Kronik hastalık tarama oranları sadece koruyucu sağlık hizmeti veren Aile hekimleri tarafından yapılacaksa bu konuda tarama yapılmasını kolaylaştırıcı çözümler getirilmelidir. AHB başına düşen nüfusun azaltılması, hastaların da bu süreçte sorumluluk almasının sağlanması ya da diğer sağlık kurumları ile iş birliği halinde çalışılması en önemli başlıklardandır.

ÖNERİLER

- Kronik hastalıkların birinci basamak sağlık kurumlarında yapıldığı kurumlar olan Aile Hekimliği Birimlerine kayıtlı nüfusun azaltılması taramalara ayrılan vakti artıracaktır.
- Aile hekimlerinin diğer koruyucu sağlık hizmetlerini de aksatmadan yapabilmesi için kronik hastalık taramalarının çok vakit almaması adına HYP sisteminin sadeleştirilmesi faydalı olacaktır.
- HYP sisteminin kullanımının aile hekimlerine detaylı bir şekilde öğretilmesi, gerektiğinde destek alabilecekleri çözüm merkezlerinin oluşturulması sistemin aksamaması için önemlidir.
- Bütün sağlık kurumlarında kullanılan sistemlerin entegrasyonu önemlidir. Bu sayede birinci basamak sağlık kurumlarının dışında yapılan kronik hastalık taramalarının aile hekimleri sisteminde görülmesi, aynı kişiye gereksiz işlemlerin yapılmamasını sağlayacak, gereksiz iş gücü kaybı, zaman kaybı ve ekonomik kabın önüne geçilecektir.
- Kronik hastalıkların taranmasında aile sağlığı çalışanlarının da sistemde daha fazla yetki verilmesi işleyişi kolaylaştıracaktır.
- Tarama sonucunda tanı alan hastaların diğer sağlık kurumlarına sevk işlemlerinin kolaylaştırılması kronik hastalıkların erken tanı ve tedavisinde faydalı olacaktır.
- 18 yaş üstü tarama yapılması gereken nüfusun aile hekimine başvurması için vatandaşlara da sorumluluk verilmesi sistemin akışını hem kolaylaştıracak hem de hızlandıracaktır.



- Boş AHB ‘lerin bulunması, bu birimlere kayıtlı bireylerin diğer birimlerden hizmet almasına yol açarak mevcut hekimlerin iş yükünü artırmaktadır. Bu nedenle, boş birimlere aile hekimi atamaları hızla yapılmalı; hizmet erişimi dengelenmelidir.
- Her bir AHB ‘ye kayıtlı nüfusun yaş ve cinsiyet profili analiz edilerek, yaşlı bireylere erişim ve risk gruplarının takibi kolaylaştırılmalıdır. Böylece aile hekimleri iş planlarını daha verimli bir şekilde organize edebilecektir.
- Toplum temelli sağlık yaklaşımı çerçevesinde bireylerin de kendi sağlıklarını koruma sorumluluğunu üstlenmeleri gerekmektedir. Bu bağlamda, kronik hastalık taramalarına aktif katılım özendirilmeli ve gerekirse mobil sağlık ekipleriyle ev ziyaretleri gibi destekleyici yöntemler uygulanmalıdır.

REFERENCES

- ÅGREN, S., STRÖMBERG, A., JAARSMA, T., LUTTIK, M.L. (2015). Caregiving tasks and caregiver burden; effects of a psycho-educational intervention in partners of patients with post-operative heart failure. *Heart & Lung*, 44, 270-275.
- AIRHIHNBOWA, C.O., TSENG, T.S., SUTTON, V.D., PRICE, L. (2018). Global perspectives on improving chronic disease prevention and management in diverse settings. *Preventing Chronic Disease*, 18, E33. <https://doi.org/10.5888/pcd18.210055>
- Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği, Cumhurbaşkanlığı Kararının Tarihi: 29/6/2021, Sayısı: 4198, Yayımlandığı Resmî Gazetenin Tarihi: 30/6/2021, Sayı: 31527.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. (2018). Economic costs of diabetes in the U.S. in 2017. *Diabetes Care*, 41(5), 917-928.
- ARECHABALA, M.C., CATONI, M.I., BARRIOS, S., PALMA, E. (2012). Spanish Validation of the “Self-Perception of Burden of Care Scale.” *Acta Paulista De Enfermagem*, 25, 140-145.
- AROKIASAMY, P., UTTAMACHARYA, U., JAIN, K., BIRITWUM, R.B., YAWSON, A.E., WU, F., ET AL. (2015). the impact of multimorbidity on adult physical and mental health in low-and middle-income countries: what does the study on global ageing and adult health (SAGE) reveal? *Bmc Medicine*, 13(1), 178.
- BARONDESS, J.A. (2014). Scanning the chronic disease terrain: prospects and opportunities. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*, 125, 45-56.
- BAYRAM, V., ARTUKLU, D. (2023). Kronik hastalıklar ve toplumsal önemi. *International Journal of Health Sciences*.
- COCKERHAM, W.C., HAMBY, B.W., OATES, G.R. (2017). The social determinants of chronic disease. *American Journal of Preventive Medicine*, 52(S1), S5–S12.
- COSKUN, S., BAGCIVAN, G. (2021). Associated factors with treatment adherence of patients diagnosed with chronic disease: Relationship with health literacy. *Applied Nursing Research*, 57, 151368. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151368>
- EŞKİ, Ş., YALÇINÖZ, B.H. (2022). An investigation of the diabetes health literacy level and compliance to the treatment in patients with diabetes in Turkey. *Anatolian Current Medical Journal*, 4(1), 1-7.
- GRECO, A., PANCANI, L., SALA, M., ET AL. (2017). Psychometric characteristics of the caregiver burden inventory in caregivers of adults with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16, 502-510.



- GUSTAVSSON-LILIUS, M., JULKUNEN, J., KESKIVAARA, P., HIETANEN, P. (2007). Sense of coherence and distress in cancer patients and their partners. *Psychooncology*, 16, 1100-1110.
- HELLER, O., SOMERVILLE, C., SUGGS, L.S., LACHAT, S., PIPER, J., AYA PASTRANA, N., ET AL. (2019). The process of prioritization of non-communicable diseases in the global health policy arena. *Health Policy and Planning*, 34(5), 370–383. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz043>
- HWANG, B., MOSER, D.K., DRACUP, K. (2014). Knowledge is insufficient for self-care among heart failure patients with psychological distress. *Health Psychology*, 33, 588-596.
- KARAKOÇ, K.A., TAŞKIN, Y.F. (2014). Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 62-70.
- MARENGONI, A., WINBLAD, B., KARP, A., FRATIGLIONI, L. (2008). Prevalence of chronic diseases and multimorbidity among the elderly population in Sweden. *Journal of Internal Medicine*, 98(7), 1198-1200.
- MARIOTTO, A.B., ENEWOLD, L., ZHAO, J., ZERUTO, C.A., YABROFF, K.R. (2020). Medical care costs associated with cancer survivorship in the United States. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 29, 1304–1312.
- OCAKOGLU, G., DEMİRCİ, H., GUCLU, O.A., GUCLU, Y. (2020). Association between health literacy and medication adherence in the elderly population with chronic disease. *The Ethiopian Journal of Health Development*, 34(2), 91.
- OKTAR, D., ÇAM, C., AKBULUT ZENCİRCİ, S., AYGAR, H., DAĞTEKİN, G., ÇALIŞKAN PALA, S., ÖNSÜZ, M.F., METİNTAŞ, S. (2021). Aile sağlığı merkezlerine başvuran kişilerde kronik hastalık, multimorbidite ve yaşam kalitesi ilişkisinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Public Health*.
- PATEL, V., CHATTERJI, S., CHISHOLM, D., EBRAHIM, S., GOPALAKRISHNA, G., MATHERS, C., et al. (2011). Chronic diseases and injuries in India. *The Lancet*, 377(9763), 413-428.
- PEHLİVAN, S., ÖZGÜR, Y.F., YILDIZ, H., DALKILIÇ, H.E., PEHLİVAN, Y. (2018). Romatolojik hastalıklarda sosyal destek ve bakım veren yükü. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 44, 19-25.
- PENGPID, S., PELTZER, K. (2018). The impact of chronic diseases on the quality of life of primary care patients in Cambodia, Myanmar and Vietnam. *Iranian Journal of Public Health*, 47(9), 1308.
- ROBERTS, K., RAO, D., BENNETT, T., LOUKİNE, L., JAYARAMAN, G.J.H. (2015). Prevalence and patterns of chronic disease multimorbidity and associated determinants in Canada. *Chronic Diseases and Injuries in Canada*, 35(6), 87.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı, Hastalık Yönetim Platformu Uygulaması, 2023.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması. Yayın No: 1103, Ankara, 2018.
- Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan (Kronik) Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü İçin ‘Yatırım Gerekçeleri Raporu’
- <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engellidb/hastaliklar/kalpvedamar/raporlar/BizzCaseTrSS.pdf> e.15.05.2025



- URL-1 Centers For Disease Control and Prevention (CDC). About chronic diseases, <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm> e.13.04.2025
- URL-2 CDC. How You Can Prevent Chronic Diseases. https://www.cdc.gov/chronic-disease/prevention/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/prevent/index.html e.15.04.2025
- URL-3 Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm nedenleri istatistikleri, 30–70 yaş [Veri Tabanı]. Ankara, 2013. <http://www.turkstat.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15847> e.15.04.2025
- URL-4 Türkiye İstatistik Kurumu. [Veri Tabanı]. Ankara, 2025. <http://www.turkstat.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15847> e.11.03.2025
- URL-5 WHO (2017). Risk of Premature Death from The Four Target NCDs. Global Health Observatory Data Repository. [cc](https://data.who.int/gbd) e.15.03.2025
- ÜNDEY, Y. (2017). Diyabetik ayak hastalarının yakınlarındaki bakım yükü. [Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü].
- WALSH, C.A., CAHIR, C., TECKLENBORG, S., BYRNE, C., CULBERTSON, M.A., BENNETT, K.E. (2019). The association between medication non-adherence and adverse health outcomes in ageing populations: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 85(11), 2464–2478. <https://doi.org/10.1111/bcp.14075>
- WANG, H.M., BEYER, M., GENSICHEN, J., GERLACH, F.M. (2008). Health-related quality of life among general practice patients with differing chronic diseases in Germany: Cross sectional survey. *Bmc Public Health*, 8, 246.
- WARD, Z.J., BLEICH, S.N., LONG, M.W., GORTMAKER, S.L. (2021). Association of body mass index with health care expenditures in the United States by age and sex. *Plos ONE*, 16(3), e0247307.
- WHO (2017). *Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2017*. e.20.05.2025
- WHO (2018). *Saving lives, spending less: A strategic response to noncommunicable diseases*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2022). *Noncommunicable Diseases Country Profiles 2014*. e.25.05.2025
- WHO (2025). *Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2017*. E.11.04.2025.
- YAZICIOĞLU, İ., BAĞÇIVAN, G. (2022). Kronik hastalık yönetim modelleri: geleneksel derleme, *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci.*, 14(4):1251-1257.