



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**DIYABET POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN BAŞVURU
SEBEPLERİNİN BİRİNCİ BASAMAKTA YÖNETİLEBİLİRLİĞİNİN
İNCELENMESİ**

Dr. AHMET TALHA TÜRKMEN

UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2023-SAKARYA

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**DİYABET POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN
BAŞVURU SEPEBLERİNİN BİRİNCİ BASAMAKTA
YÖNETİLEBİLİRLİĞİNİN İNCELENMESİ**

Dr. AHMET TALHA TÜRKMEN

UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2023-SAKARYA

ONAY

Kurum : Sakarya Üniversitesi/Tıp Fakültesi

Program türü : Uzmanlık Tezi

Anabilim Dalı : Aile Hekimliği

Tez Sahibi : Ahmet Talha Türkmen

Sınav Tarihi : **Saat:**

Tez Başlığı : Diyabet polikliniğine başvuran hastaların başvuru sebeplerinin birinci basamakta yönetilebilirliğinin incelenmesi

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak oy birliği / oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

	Ünvan, Adı-Soyadı (Kurum adı)	İmza	Kabul/Ret*
Danışman (Üye)			
Üye			
Üye			

* Ret kararının gerekçesi onay sayfasının arkasında belirtilmelidir.

ONAY

“Bu tez .../.../2023 tarihinde yukarıdaki jüri tarafından oy birliği / oy çokluğu ile kabul edilmiştir.”

.../.../2023

Tıp Fakültesi Dekanı

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 05/10/2022 tarihinde onay alınarak hazırlanmıştır.

08/11/2023

Ahmet Talha Türkmen

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda aldığım uzmanlık eğitimim boyunca bilgi, fikir ve tecrübelerinden faydalandığım hiçbir konuda desteğini esirgemeyen Anabilim Dalı Başkanımız ve değerli hocamız Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Aydın'a,

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım değerli hocamız Prof. Dr. Hasan Çetin Ekerbiçer'e,

Tez hazırlama sürecimde bilgi ve tecrübesinin yanı sıra sabırlı ve özverili yaklaşımıyla bana destek olan Uzm. Dr. Muhammet Raşit Aydın'a ve Uzm. Dr. Erkut Etçioğlu'na,

Hayatım boyunca iyi ve başarılı bir insan olmam için çabalayan, haklarını asla ödeyemeyeceğim, sevgi, saygı, güven ve desteklerini her zaman hissettiğim, sevgili annem ve babama,

Koşulsuz sevgi ve fedakarlığı ile her daim yanımda olan en büyük desteğim ve en kıymetli varlığım canım eşim Zeynep Türkmen'e,

Tüm kalbimle teşekkür ederim.

Dr. Ahmet Talha Türkmen

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	v
TABLO LİSTESİ.....	vi
ŞEKİL LİSTESİ.....	viii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Sağlık Hizmetleri.....	3
2.1.1. Sağlık hizmetlerinin tanımı	3
2.1.2. Sağlık hizmetlerinin sınıflandırması	3
2.1.2.1. Koruyucu sağlık hizmetleri	3
2.1.2.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri	3
2.1.2.3. Rehabilite edici sağlık hizmetleri.....	4
2.1.3. Sağlık hizmetlerinin basamaklandırılması	4
2.1.4. Sağlık hizmetlerinde sevk sistemi.....	5
2.2. Aile Hekimliği Disiplini.....	6
2.2.1. Aile hekimliğinin tanımı	6
2.2.2. Aile hekimi uzmanlığı.....	7
2.2.3. Aile hekimiği disiplininin temel özellikleri	7
2.2.4. Aile hekimliği çekirdek yeterliklikleri	8

2.2.5.	Aile hekimliğinde kronik hastalık yönetimi.....	10
2.3.	Diabetes Mellitus.....	11
2.3.1.	Sınıflama	12
2.3.1.1.	Tip 1 Diyabetes Mellitus.....	12
2.3.1.2.	Tip 2 Diyabetes Mellitus.....	13
2.3.1.3.	Gestasyonel Diyabetes Mellitus.....	13
2.3.2.	Epidemiyoloji.....	13
2.3.3.	Semptomlar ve tanı kriterleri	14
2.3.4.	Tedavi.....	16
2.3.4.1.	Eğitim ve yaşam tarzı değişiklikleri.....	17
2.3.4.2.	Medikal tedavi.....	18
3.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
3.1.	Araştırmanın Tipi	22
3.2.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	22
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22
3.4.	Veri Toplama Aracı ve Yönetimi	22
3.5.	Verilerin Analizi.....	23
3.6.	Araştırmanın Kısıtlılıkları	23
3.7.	Araştırmanın Etik Yönü	24
4.	BULGULAR.....	25
5.	TARTIŞMA VE SONUÇ	38
6.	KAYNAKLAR	48
7.	EKLER.....	52
	EK-1: Etik Kurul Kararı	52
	EK-2: Anket Formu.....	53
	ÖZGEÇMİŞ	58

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

ADA:	Amerikan Diyabet Derneği
AGİ:	Alfa Glukozidaz İnhibitörleri
APG:	Açlık Plazma Glukozu
ASM:	Aile Sağlığı Merkez
BAG:	Bozulmuş açlık Glukozu
BGT:	Bozulmuş Glukoz Toleransı
DKA:	Diyabetik Ketoasidoz
DM:	Diabetes Mellitus
DPP4-İ:	Dipeptidilpeptidaz-4 İnhibitörleri
GDM:	Gestasyonel Diabetes Mellitus
GLP-1A:	Glukagon Benzeri Peptid-1 Agonistleri
HbA1c:	Glukozile Hemoglobin A1c
IDF:	Uluslararası Diyabet Federasyonu (International Diabetes Federation)
NPH:	Nötral Protamin Hagedron
OAD:	Oral Antidiyabetik
OGTT:	Oral Glukoz Tolerans Testi
PG:	Plazma Glukozu
SGLT2-İ:	Sodyum Glukoz Ko-transporter 2 İnhibitörleri
SU:	Sülfonilüre
SUT:	Sağlık Uygulama Tebliği
TBT:	Tıbbi Beslenme Tedavisi
TEMD:	Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
TSM:	Toplum Sağlığı Merkezi
TURDEP:	Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması
TZD:	Tiazolidindionlar
VKİ:	Vücut Kitle İndeksi
WHO:	Dünya Sağlık Örgütü
WONCA:	Dünya Aile Hekimleri Organizasyonu
YRG:	Yüksek Risk Grubu

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. DM Etiyolojik Sınıflaması.....	12
Tablo 2.2. Diyabetes Mellitus ve Diğer Glukoz Metabolizma Bozukluklarında Tanı Kriterleri.....	15
Tablo 2.3. Gestasyonel Diyabet Tanı Kriterleri.....	16
Tablo 2.4. Glisemik Kontrol Hedefleri.....	17
Tablo 4.1. Diyabet polikliniğine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri.....	25
Tablo 4.2. Diyabet polikliniğine başvuran hastaların aile hekimlerinin özellikleri, aile hekimliğinde yapılan işlemleri bilme durumları ve aile hekimine başvuru sıklıkları.....	26
Tablo 4.3. Diyabet polikliniğine başvuran hastaların sağlık problemlerinde başvurdukları sağlık kurumları ve eğitim ve araştırma hastanesine başvuru nedenleri.....	27
Tablo 4.4. Diyabet polikliniğine başvuran hastaların kronik hastalık sayıları ve antidiyabetik ilaç kullanma durumları.....	28
Tablo 4.5. Diyabet polikliniğine başvuran hastaların aile hekimliği ve diyabet polikliniği başvurularının özellikleri.....	29
Tablo 4.6. Diyabet polikliniği başvurusu öncesi aile hekimine başvuran hastaların aile hekimi değerlendirilmeleri.....	31
Tablo 4.7. Katılımcıları değerlendiren dahiliye/endokrin uzmanının, hastaların birinci basamakta yönetimi hakkındaki görüşleri.....	31
Tablo 4.8. Diyabet polikliniğine başvuran hastaların, polikliniğe kim tarafından yönlendirildiği ile birinci basamakta yönetilebilme durumları arasındaki ilişki.....	32
Tablo 4.9. Diyabet polikliniğine başvuran hastaların; diyabet polikliniğine başvuru özellikleri, kronik hastalık sayıları ve insülin kullanma durumları ile birinci basamakta yönetilebilme durumları arasındaki ilişki.....	33
Tablo 4.10. Diyabet polikliniğine ilk başvuru durumu ile diyabet polikliniğine yönlendiren kişi arasındaki ilişki.....	34

Tablo 4.11. Diyabet polikliniğine gelmeden önce aile hekimine başvuran ve aile hekiminin diyabet polikliniğine sevk ettiği hastaların aile hekimlerinin ünvan dağılımı ve sevk nedenleri.....	34
Tablo 4.12. Diyabet polikliniğine ilk başvuru durumu ile başvuru şikayetleri arasındaki ilişki.....	35
Tablo 4.13. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile herhangi bir sağlık probleminde ilk başvurdıkları sağlık kurumu arasındaki ilişki.....	35



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. WONCA Ağacı.....	9
Şekil 2.2. Yeni tanı tip 2 diyabet hastalarında tedavi algoritması.....	20



ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Basamaklandırılmış sağlık hizmet sunumuyla sağlık hizmetlerinin ilgili sorunlar için uygun eğitimi almış sağlık uzmanları tarafından sunulması ve özel becerilere sahip uzmanların daha az özelleştirilmiş sağlık hizmetleri için kullanılmaması amaçlanmış olmasına rağmen, ülkemizde üst basamaklardaki hasta yükü sistemin kapasitesini zorlamaktadır. Çalışmamızda, diyabet prevalansındaki artış da göz önünde bulundurularak, üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuran hastaların başvuru nedenlerine göre birinci basamakta yönetilebilirliğinin tespit edilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Çalışmamız tek merkezli tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırma olup Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi diyabet polikliniğine başvuran hastalara yüz yüze görüşme yolu ile anket uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmamıza 18 yaş ve üzerinde olup çalışmamıza katılmaya gönüllü olan hastalar dahil edilmiştir. Veri toplama aracı olarak 27 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır.

BULGULAR: Çalışmamızda; diyabet polikliniğine başvuran katılımcıların yaklaşık yarısına yakınının (%48,5) kontrol/takip amacıyla diyabet polikliniğine başvurdukları görülmektedir. Takip eden nedenlerin; kan şekeri regülasyonunda bozulma (Hipo/hiperglisemi) ve hastalar tarafından diyabet ilişkili olabileceği düşünülen yakınmalar olduğu saptanmıştır. Katılımcıların yaklaşık yarısının (%50,7) diyabet polikliniğine kimse tarafından yönlendirilmeden başvurduğu görülmüştür. Katılımcıların %52'sinin birinci basamak sağlık tesislerinde yönetilebilir olduğu saptanmıştır. Bunun yanında; klinik yeterlilik açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların %25,2'sinin birinci basamak hekimi tarafından yönetilebileceğini ancak hastanın ihtiyacı olan ilaçların birinci basamakta reçete edildiğinde geri ödeme kapsamında olmadığı ve bu nedenle branş hekimi başvurusunun gerektiği görülmüştür.

SONUÇ: Birinci basamak sağlık kuruluşları arasında yer alan aile hekimliği sisteminin, etkili ve verimli bir şekilde kullanılmasıyla, üst basamak sağlık kuruluşlarındaki diyabet hastalarının yükünü yarıya yakın bir oranda azaltabileceğini düşünmekteyiz. Aile hekimlerinin reçete edebildiği ve rapor çıkarabildiği OAD ve insülin ilaçlarının kapsamının genişletilmesi yönetilebilir hasta oranının artmasını sağlayacaktır. Hastaların aile hekimliği kapsamında sunulan sağlık hizmetleri ve aile hekimlerinin yetkinlikleri konusunda bilgilendirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimliği sistemi güçlendirilerek zorunlu sevk sisteminin uygulanmaya başlanmasıyla üst basamaklardaki hasta yükünün azalacağını düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Aile hekimi, diyabet, birinci basamak sağlık hizmetleri, sevk zincir

ABSTRACT

Investigation the manageability of patients applied to the diabetes clinic at the primary care level based on their reasons for application.

AIM: Although the tiered healthcare delivery aims to provide health services by appropriately trained healthcare professionals for relevant issues and prevent the use of specialized experts for less specialized healthcare services, the burden of patients in higher tiers strains the capacity of the system in our country. In our study, considering the increasing prevalence of diabetes, the aim was to determine the manageability of patients referred to tertiary care institutions at the primary care level based on their reasons for application.

MATERIALS AND METHODS: Our study is a single-center descriptive cross-sectional research conducted through face-to-face interviews with patients attending the diabetes clinic of Sakarya University Training and Research Hospital. Patients who were 18 years of age and older and voluntarily agreed to participate in our study were included. A survey form consisting of 27 questions was used as the data collection tool.

RESULTS: In our study, it was observed that approximately half of the participants who visited the diabetes clinic (48.5%) did so for control/follow-up purposes. The subsequent reasons for referral were identified as impaired blood sugar regulation (hypoglycemia/hyperglycemia) and complaints that patients believed to be related to diabetes. Approximately half of the participants (50.7%) visited the diabetes clinic without being referred by anyone. It was determined that 52% of the participants could be managed at the primary care level. However, when evaluated in terms of clinical competence, it was found that 25.2% of the participants could be managed by a primary care physician, but the medications they needed were not covered by reimbursement when prescribed at the primary care level, necessitating a specialist consultation.

CONCLUSION: We believe that by effectively and efficiently utilizing the primary healthcare system, which is part of the first level of healthcare institutions, the burden of diabetic patients in higher-level healthcare institutions can be reduced by nearly half. Expanding the scope of oral antidiabetic (OAD) and insulin medications that family physicians can prescribe and issue medication reports for will lead to an increase in the manageable patient rate. We believe that informing patients about the healthcare services provided within the scope of family medicine and the competencies of family physicians is necessary. By strengthening primary healthcare services and the family medicine system and implementing a mandatory referral system, we anticipate a decrease in the patient load in higher-level healthcare institutions.

Keywords: Family physician, diabetes, primary health care services, referral chain

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık hizmetlerinin sunumu; tıpta uzmanlaşmanın yaygınlaşmasıyla oluşan ihtiyaç nedeniyle birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olmak üzere üç gruba ayrılmıştır (Akdur, 2016; Başak, 2007). Basamaklandırılmış sağlık hizmeti sunumuyla; sağlık hizmetlerinin ilgili sorunlar için uygun eğitimi almış sağlık uzmanları tarafından sunulması ve özel becerilere sahip uzmanların daha az özelleştirilmiş sağlık hizmetleri için kullanılmaması sağlanmaktadır (Olesen ve Fleming, 1998). Ancak sağlık hizmetlerinin basamaklandırılması sistemin etkili ve verimli işleyişi için yeterli olmamaktadır. Sağlık hizmetlerinin işlevsel kullanılması amacıyla sevk sistemine de ihtiyaç duyulmaktadır. Aksi takdirde, birinci basamağın etkinliğinin azalması, sağlık kuruluşlarına tekrarlayan başvurulara yol açması, üst basamaklarda talep yoğunluğuna yol açarak erişilebilirliğin azalması, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini artırarak kaynak kullanımının verimsizleşmesi gibi pek çok olumsuzluk meydana gelmektedir (Bulut ve Uğurluoğlu, 2020).

Birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda yer alan aile hekimleri kronik hastalık ve diyabet yönetiminde önemli bir konuma sahiptir (Beaglehole ve ark., 2008). Aile hekimleri hastalarla ilk temas noktası olarak sağlık sistemine giriş sağlar. Kolay ulaşılabilirlik, süreklilik ve bütüncül yaklaşım özelliklerine sahip olması diğer uzmanlık dalları ile arasındaki en önemli farkı oluşturmaktadır (Dünya Aile Hekimleri Organizasyonu (WONCA), 2002). Kronik hastalık ve diyabet yönetimi; hastalıkların önlenmesini, erken tanısını, tedavisini, takibini ve rehabilitasyonunu içerecek şekilde kapsayıcı bir sağlık hizmeti ile birinci basamak sağlık hizmet sunumu yapan aile hekimleri tarafından gerçekleştirilebilmektedir (Beaglehole ve ark., 2008).

Dünya genelinde ve ülkemizde sıklığı artmakta olan Diabetes Mellitus (DM), 21. yüzyılın epidemisi ve halk sağlığı açısından ciddi bir sorun olarak kabul edilmektedir (Zheng ve ark., 2018). Uluslararası Diyabet Federasyonu (International Diabetes Federation (IDF)) tarafından 2021 yılında yayınlanan diyabet atlasında, dünya çapında 20-79 yaş arası tahmini 537 milyon yetişkin diyabet hastası olduğu belirtilmiştir. Bu rakam bu yaş grubundaki tüm yetişkinlerin %10,5'ine karşılık

gelmektedir. 2030 yılına kadar 643 milyon ve 2045 yılına kadar 783 milyon yetişkinin diyabetle yaşayacağı öngörülmektedir. Böylece bu dönemde dünya nüfusunun %20 büyüyeceği tahmin edilirken, diyabet tanılı hasta sayısının da %46 artacağı tahmin edilmektedir (IDF, 2021).

Diyabet hastalığının, artan prevalansı nedeniyle, sağlık hizmet sunumunda yer alan üst basamak sağlık kuruluşlarında başvuru yoğunluğuna ve artan ekonomik yüke sebep olduğu bilinmektedir (Öcal ve Önsüz, 2018). Aile hekimliği sisteminin etkili ve verimli bir şekilde kullanılmasıyla üst basamaklar üzerindeki diyabet hastalığı yükünün azaltılacağı düşünülerek yapmış olduğumuz bu çalışmamızda; eğitim ve araştırma hastanesi diyabet polikliniğine başvuran hastaların birinci basamak sağlık hizmet sunumu yapan aile hekimleri tarafından yönetilebilme durumu, hastaların başvuru nedenlerine göre poliklinikte görev yapan branş uzmanın görüşü alınarak tespit edilmeye çalışılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Hizmetleri

2.1.1. Sağlık hizmetlerinin tanımı

Günümüzde en çok bilinen ve kabul gören sağlık tanımı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılmış olan “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” tanımıdır (<https://www.who.int/about/governance/constitution>, Erişim tarihi: 10 Nisan 2023).

Sağlık hizmetleri tanımı ise; insan sağlığı için zararlı olan çeşitli faktörlerin ortadan kaldırılması ve bu faktörlerin zararlı etkilerinden korunulması, hasta olanların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal kabiliyet ve yetileri azalmış olanların rehabilitasyonu amacıyla yapılan tıbbi faaliyetler olarak tanımlanır (T.C. Resmi Gazete, 12 Ocak 1961, Sayı: 10705).

2.1.2. Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri üç ana başlık altında sınıflandırılmaktadır. Bunlar; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite edici sağlık hizmetleridir.

2.1.2.1. Koruyucu sağlık hizmetleri

Hastalıklar ortaya çıkmadan kişilerin ve toplumun korunması amacıyla verilen hizmetlerdir. Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesinde en hızlı ve etkili yoldur. (Akdur, 2016).

Koruyucu sağlık hizmetleri tedavi etmekten daha az maliyetli olduğu için diğer sağlık hizmetlerine göre daha öncelikli bir konumdadır. Ülkelerin gelişmişlik seviyesine göre bu hizmetlerin öncelik durumu artmaktadır (Altay,2007).

2.1.2.2.Tedavi edici sağlık hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri kişiye hastalandıktan veya yaralandıktan sonra iyileşmesi için sunulan sağlık hizmetleridir. Birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak sınıflandırılır. (Akdur, 2016).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, hastaların ilk başvurduğu ve ayakta teşhis ve tedavi hizmetleri aldıkları aile sağlığı merkezi (ASM), toplum sağlığı merkezi (TSM), acil servis vb. sağlık kuruluşlarında verilir. Bu basamakta koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin tümü sunulmaktadır. (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/birinci-basamak-sağlık-hizmetleri.html>, Erişim tarihi: 11 Nisan 2023).

İkinci basamak sağlık hizmetleri birinci basamağa kıyasla daha kapsamlı donanıma ve personele sahip olan, birinci basamak sağlık kuruluşlarında çözüm bulunamayıp sevk edilen hastaların uzman hekimlerce ayakta ve/veya yatırılarak tetkik ve tedavi edildiği özel hastanelerde veya devlet hastanelerinde verilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004).

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri, onkoloji hastaneleri, ruh sağlığı ve sinir hastalıkları hastaneleri gibi belirli bölümlerde ihtisaslaşmış kuruluşlarda verilir (Çalış, 2009).

2.1.2.3. Rehabilite edici sağlık hizmetleri

Rehabilite edici sağlık hizmetleri; hastalık, kaza, savaş, doğal afetler gibi beklenmedik ve ani gelişen ve kişilerin sakat kalmasına, iş gücü kaybına yol ačan olaylar sonrasında günlük yaşamını devam ettirmekte engele sahip olan kişilerin topluma yeniden kazandırılması amacıyla verilen hizmetler olarak tanımlanır (Altay, 2007).

2.1.3. Sağlık hizmetlerinin basamaklandırılması

On dokuzuncu yüzyılda sağlık hizmetlerinin büyük ölçüde uzmanlık eğitimi almamış olan genel uygulayıcı hekimler tarafından sağlandığı bilinmektedir. Yüzyılın sonuna doğru, tıbbi bilginin artmasıyla ve teknolojik gelişmelerle birlikte, artan bilginin yönetilmesi ve bu bilgilerle başa çıkabilme sorunları ortaya çıkmıştır. Bunun sonucunda tıpta uzmanlaşma yirminci yüzyıla damgasını vurmuştur. Sağlık hizmetlerinin sunumu belirli merkezlerde toplanmaya başlamış ve tıbbi bakım almak isteyenlerin bu sağlık merkezlerine ve hastanelere gitme gerekliliği ortaya çıkmıştır. Bu durum sağlık hizmetlerinin basamaklandırılması gerekliliğini ortaya koymuştur.

Hekimlerin uzmanlaşması ve özelleşmesi, toplumun genel sağlığı yerine belirli hastalıklara veya hastalık türlerine odaklanmalarına neden olmuştur (Başak, 2007).

Dawson tarafından Britanya Sağlık Bakanlığı'na sunulmak üzere hazırlanan 1920 tarihli bir raporda, sağlık hizmetlerinin basamaklandırılmış bir şekilde örgütlenmesi konusundan ilk kez bahsedilmiştir. Raporda sağlık hizmetleri üç temel düzeyde ele alınarak, bu düzeylerin işlevleri ve aralarındaki ilişkileri incelenmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık sisteminin merkezinde yer alırken, ikinci basamak sağlık hizmetleri genel uzman bakımı ile birinci basamağı desteklemektedir. Sistemde en üst basamakta ise karmaşık ve nadir karşılaşılan hastalıklarla mücadele eden eğitim hastaneleri bulunmaktadır (McWhinney, 1998).

Sağlık hizmetleri, karmaşık sağlık bakımının en iyi şekilde sunulmasını sağlamak için basamaklandırılır. Bu basamaklandırma iki temel hedefi gerçekleştirmeyi amaçlar. İlk olarak, sunulan sağlık hizmetlerinin ilgili sorunlar için uygun eğitimi almış sağlık uzmanları tarafından sunulması sağlanır. İkinci olarak, özel becerilere sahip uzmanların daha az özelleştirilmiş sağlık hizmetleri için kullanılmasının önüne geçilir. Bu sayede, sağlık hizmetleri bütünlük içerisinde sunulur ve kaynakların verimli şekilde kullanımı sağlanmış olunur (Olesen ve Fleming, 1998).

2.1.4. Sağlık hizmetlerinde sevk sistemi

DSÖ hasta sevkini; sağlık hizmet sunumunda çalışan bir sağlık çalışanının, yardım almak veya hastanın yönetimini devretmek amacıyla kaynakları daha iyi olan aynı veya daha üst basamak bir sağlık hizmet sunucusu ile iletişim kurma süreci olarak tanımlar (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325734>, Erişim tarihi: 10 Nisan 2023). Farklı bir tanımla sevk; hasta bakımı sırasında tanı ve tedavi kararlarını birinci basamak hekiminin bir veya daha fazla uzman hekimle paylaşarak iş birliği yapması olarak tanımlanmaktadır (Grembowski ve ark., 1998).

Sağlık hizmetlerinin basamaklandırılması sistemin etkili ve verimli işleyişi için yeterli olmamaktadır. Sağlık hizmetlerinin işlevsel kullanılması amacıyla sevk sistemine de ihtiyaç duyulmaktadır. Böylece farklı basamaklar arasında hasta akışı kolay bir şekilde sağlanmış olur. Hastalar, acil durumlar dışında üst basamaklara başvurabilmek için, birinci basamak hekimine başvurarak sevk gerekliliği

konusunda değerlendirilmelidir (Macintyre ve ark., 2003). Aksi takdirde; birinci basamağın etkinliğinin azalması, sağlık kuruluşlarına tekrarlayan başvurulara yol açması, üst basamaklarda kalabalığa yol açarak erişilebilirliğin azalması, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini arttırarak kaynak kullanımının verimsizleşmesi gibi pek çok olumsuzluk meydana gelmektedir (Bulut ve Uğurluoğlu, 2020).

Türkiye’de sevk sistemi uygulaması için geçmiş yıllarda çeşitli çalışmalar yapılmış ve uygulanmış olmasına rağmen toplumsal faktörlerin etkisiyle ve sağlık sisteminden kaynaklanan nedenlerle henüz başarılı bir uygulama gerçekleştirilememiştir (Bulut ve Uğurluoğlu, 2020).

2.2. Aile Hekimliği Disiplini

2.2.1. Aile hekimliği tanımı

Dr. Francis Peabody 1923 yılında, tıpta uzmanlaşmanın tepe noktasına ulaştığını ve sağlık hizmet sunumunun aşırı ayrıştırıldığını ifade etmiştir. Kapsayıcı ve kişi odaklı bakım hizmetinin sunulduğu genel pratisyenliğe tekrar dönülmesi gerektiğini söylemiştir. 1960’lı yılların başlarında uzmanlaşmaya olan eğilimi değiştirmek ve birinci basamak hizmet sunan hekim sayısını arttırabilmek amacıyla yeni bir uzmanlık dalı oluşturulması savunulmaya başlanmıştır. Dr. Peabody’nin bu açıklamasından yıllar sonra 1966’da Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association)’nin yayınladığı Milles ve Willard raporlarında birinci basamakta yeni bir uzmanlık dalı olarak aile hekimliği kabul görmüştür (Rakel, 2002).

Aile hekimliği tanımı ilk olarak 1974 yılında Leeuwenhorst tarafından; yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın kişilere, ailelere ve kendisine bağlı nüfusa kişiye özgü ve sürekli birinci basamak sağlık hizmeti sunan tıp fakültesi mezunu şeklinde tanımlanmıştır. WONCA tarafından 1991 yılında yapılmış olan aile hekimi tanımı ise; tıbbi hizmet almak isteyen kişilere kapsayıcı bir hizmet sunan ve ihtiyaç halinde diğer sağlık personelinin sürece dahil etme sorumluluğunu taşıyan hekim şeklinde yapılmıştır (WONCA Europe, 2002).

2.2.2. Aile hekimi uzmanlığı

Aile hekimi uzmanı disiplinin ilkeleri doğrultusunda eğitim almış olan uzman hekimlerdir. Tıbbi bakıma ulaşmak isteyen her bireye; yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmadan kapsamlı ve sürekli sağlık hizmeti sunan kişisel hekimlerdir. Bu hizmeti bireylerin bağımsız özelliklerine saygı duyarak, onların kendi kültürleri, toplumları ve aileleri içerisinde verirler. Topluma karşı mesleki sorumluluk taşırlar. Tekrarlayan temaslar ile sahip oldukları bilgi birikimi ve güven sayesinde, hastalıkları yönetirken fiziksel, ruhsal, kültürel ve toplumsal etkenleri birlikte değerlendirirler. Aile hekimi uzmanlarının görevleri arasında; sağlığı geliştirmek hastalıkları önlemek, tedavi etmek ve rahatsızlıklarda iyileşmeyi sağlamak vardır. Bu sağlık hizmetlerinin sunumu; toplumun var olan kaynaklarına ve hastaların ihtiyacına göre ve ihtiyaç halinde bu hizmetlere hastaların ulaşmasında kolaylık sağlayarak ya doğrudan kendileri tarafından ya da diğer meslek çalışanları aracılığıyla gerçekleştirilir. Aile hekimleri hasta bakımını etkili ve güvenli bir şekilde yapabilmek için; kişisel becerilerini, hayatlarındaki dengeleri ve değerleri sürdürme ve geliştirme konusunda sorumluluk sahibi olmak zorundadırlar (WONCA Europe, 2002).

2.2.3. Aile hekimliği disiplinin temel özellikleri

WONCA'nın bölgesel şubesi olan WONCA Avrupa, aile hekimliği disiplini desteklemek ve geliştirmek amacıyla, aile hekimliği/genel pratisyenlik disiplini, mesleksi görevleri ve aile hekimlerinin ihtiyacı olan çekirdek yeterlikleri 2002 yılında uzlaşma bildirgesi olarak yayınlamıştır. Yayımlanmış olan bu bildiri 2011 ve 2023 yıllarında yenilenmiştir. 2023 yılında yapılan güncelleme ile insan sağlığı üzerinde etkisi olan çevre sağlığı da aile hekimliği disiplininin temel özelliklerinde vurgulanmıştır. Bu özellikler 12 madde ile belirtilmiştir. (WONCA Europe, 2023).

a) Sağlık sistemindeki ilk tıbbi temas noktasını oluşturur. Sağlık hizmeti sunumunda açık ve sınırı olmayan bir hizmet sağlanır. Kişinin yaşı, cinsiyeti vb. başka bir özelliğine bakmadan tüm sağlık problemleriyle ilgilenilir.

b) Sağlık kaynaklarının kullanımının etkin olması sağlanarak tıbbi bakım koordine edilir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde diğer sağlık profesyonelleri ile çalışılır

ve diğerk tıbbi uzmanlık dallarıyla temasın yönetimini sağlanır. Gerektiğinde hasta için savunuculuk rolü üstlenilir.

c) Kişiye, ailesine ve topluma yönelik kişi merkezli bir yaklaşım geliştirilir.

d) Hasta haklarının güçlendirilmesi teşvik edilir.

e) Hastayla görüşme süreci kendine özgüdür. Bu süreçte etkili bir iletişim sayesinde, hasta ile doktor arasında zamanla gelişen bir ilişki kurulması sağlanır.

f) Sağlık hizmet sunumunda hastanın ihtiyaına göre süreklilik sağlanır.

g) Hastalıkların toplumdaki yaygınlığı ve insidansı tarafından belirlenen özel bir karar verme süreci bulunmaktadır.

h) Bireysel hastaların hem akut hem de kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetilir.

i) Hastalığın gelişiminin erken aşamalarında farklılaşmamış bir şekilde ortaya çıkan ve acil müdahale gerektirebilen rahatsızlıklar yönetilir.

j) Hastaların ve yaşadıkları ekosistemlerin sağlığı ve refahı uygun ve etkili müdahalelerle teşvik edilir.

k) Toplumun ve çevrenin sağlığı konusunda özel bir sorumluk üstlenilir.

l) Sağlık sorunlarıyla fiziksel, ruhsal, sosyal, kültürel, çevresel ve varoluşsal açılardan ilgilenilir.

2.2.4. Aile hekimliği çekirdek yeterlikleri

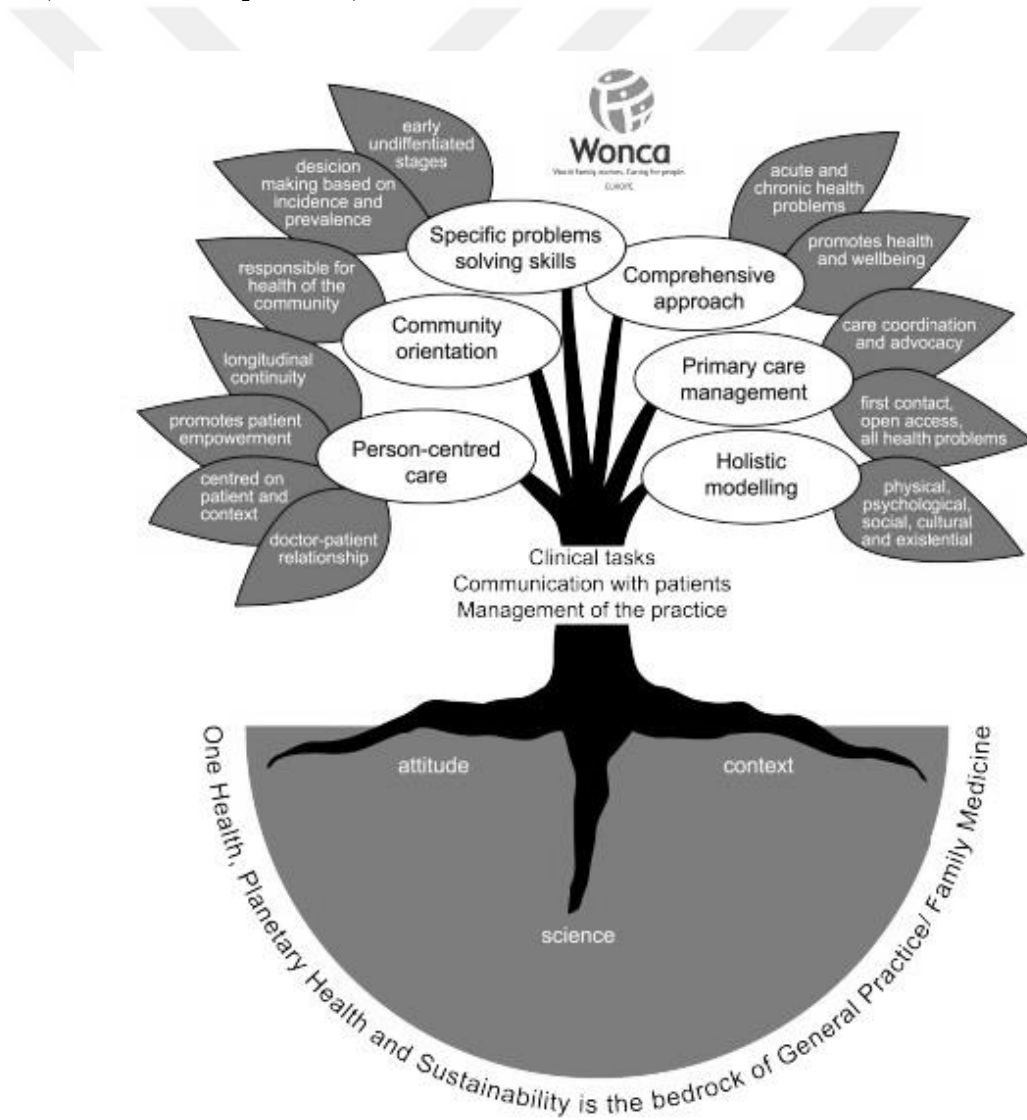
Aile hekimliği disiplini ve aile hekimi uzmanı tanımları aynı zamanda aile hekimlerinin sahip olması gereken çekirdek yeterlikleri de ifade etmektedir. Bu tanımda çekirdek sözcüğü, disiplin için zorunlu olan anlamını taşımaktadır. Çekirdek yeterlikler ile, aile hekimi uzmanının ustalaşması gereken on iki temel disiplin özelliği altı başlıkta toplanmıştır (WONCA Europe, 2023).

1. Birinci basamak yönetimi

2. Kişi merkezli bakım

3. Özgün problem çözme becerileri
4. Kapsamlı yaklaşım
5. Toplum yönelimli olma
6. Bütüncül yaklaşım

Çekirdek yeterliliği oluşturan bu altı başlık, bu başlıkların altında toplanmış olan on iki temel disiplin ve bilim, tutum, bağlamdan oluşan üç ek özellik WONCA ağacı olarak isimlendirilmiş olup Şekil 2.1’de gösterilmiştir. Bu ağacın temelini ise; insanların, hayvanların ve çevrenin sağlığını bütüncül olarak ifade eden tek sağlık (one health), gezegen sağlığı ve sürdürülebilirlik kavramları oluşturmaktadır (WONCA Europe, 2023).



Şekil 2.1. WONCA Ağacı (2004/2011/2023 İsviçre Aile Hekimliği Koleji U. Grueninger www.kollegium.ch)

2.2.5. Aile hekimliğinde kronik hastalık yönetimi

DSÖ, kronik hastalıkları yıllar veya on yıllar boyunca devam eden ve sürekli yönetilmesi gereken durumlar olarak tarif etmektedir. HIV/AIDS gibi bulaşıcı hastalıklar, bulaşıcı olmayan hastalıklar (kanser, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar vb.) bazı ruhsal bozukluklar (depresyon, şizofreni vb.) ve kalıcı yapısal bozukluklar (amputasyon, körlük, eklem hastalıkları vb.) kronik hastalıklar kapsamına giren oldukça geniş hastalık gruplarıdır. Bu hastalıkların meydana gelmesinde; tütün kullanımı, alkol tüketimi, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik, güvenli olmayan cinsel ilişki ve yönetilmeyen psikososyal stres gibi önlenabilir risk faktörleri rol oynamaktadır (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42500>, Erişim tarihi: 10 Nisan 2023).

Aile hekimi, hastalarla ilk temas noktası olarak sağlık sistemine giriş sağlar. Kolay ulaşılabilirlik, süreklilik ve bütüncül yaklaşım özelliklerine sahip olması diğer uzmanlık dalları ile arasındaki en önemli farkı oluşturmaktadır. Disiplinin sahip olduğu temel özellikler ve çekirdek yeterlilikler sayesinde aile hekimliği kronik hastalık yönetiminde önemli bir konuma sahiptir. Kronik hastalık yönetimi hastalıkların önlenmesini, erken tanısını, tedavisini, takibini ve rehabilitasyonunu içerecek şekilde kapsayıcı bir sağlık hizmeti ile aile hekimleri tarafından gerçekleştirilebilmektedir. Bunun yanında aile hekimi hastanın uzun süreli takibi esnasında ihtiyaç halinde diğer uzmanlık branşları ile iletişime geçerek koordinasyonu sağlayabilmektedir. Hastanın doğumundan başlayarak ölümüne kadar kurmuş olduğu temaslar sayesinde oluşan bilgi birikimini biyopsikososyal çerçevede kronik hastalık yönetiminde kullanabilir. Birinci basamakta bu hizmetlerin işlevsel bir şekilde sağlanması sayesinde ikinci ve üçüncü basamaklara gereksiz hasta başvurusu önlenmiş ve bu basamaklardaki hasta yükü azaltılmış olunur (WONCA Europe, 2002).

Ülkemizde sağlık hizmet sunumunda aile hekimlerinin kronik hastalık yönetimindeki önemli konumu göz önünde bulundurulmaktadır. Bu doğrultuda, kronik hastalık yönetiminin daha kolay yapılabilmesi amacıyla 1 Ocak 2021 tarihinden itibaren Hastalık Yönetim Platformu (HYP) aile hekimliği çalışanlarının kullanımına sunulmuştur. Bu sistem e-Nabız uygulamasıyla ve Aile Hekimliği Bilgi Yönetim

Sistemi'yle bütünleşmiş şekilde çalışmaktadır. HYP uygulamasıyla periyodik taramalar gerçekleştirilerek kronik hastalıkların erken teşhisi sağlanmaktadır. Bunun yanında, kronik hastalığı olan kişilerin periyodik izlemleri yapılarak uygun tedavinin verilmesi ve komplikasyonların erken tespiti sağlanmaktadır. HYP uygulamasıyla hipertansiyon, diyabet, obezite, kardiyovasküler risk açısından tanı ve izlem işlemleri; koroner arter hastalığı, inme, kronik böbrek hastalığı ve yaşlı izlem işlemleri yapılabilir (https://samsunism.saglik.gov.tr/Eklenti/146510/0/hyp-kullanim-kilavuzupdf.pdf, Erişim tarihi: 10 Nisan 2023).

Bazı ülkelerde aile hekimleri, “kapı tutuculuk sistemi (gatekeeping)” olarak adlandırılan görevi üstlenmiş durumdadırlar. Bu sistemde aile hekimleri, acil durumlar dışında ilk başvuru merkezi sorumluluğunu üstlenerek, sağlık hizmet sunucuları arasında koordinasyonu sağlayan konumundadır. Aile hekimleri, hastaları gerektiğinde ikinci ve üçüncü basamaktaki uzman hekimlere sevk etmeye karar veren merci olması sebebiyle bekçi görevi görmektedir. Aile hekimleri kayıtlı hastaları ile tüm sağlık sistemi arasında aracılık yapmaktadır (Kantarıcı, 2015). Bu şekilde maliyet etkin bir aile hekimliği sistemine sahip olabilmek için sevk zincirini işleyen bir hale getirmek gerekmektedir (Çelik, 2011). Aile hekimliğinde ve dolayısıyla kronik hastalık yönetiminde sevk zincirinin işlevsel hale getirilmesi, sağlık harcamalarının kontrol altına alınması ve üst basamaklardaki hasta yoğunluğunun azaltılması açısından çok büyük bir önem arz etmektedir (Aytekin, 2012).

2.3. Diabetes Mellitus

Amerikan Diyabet Derneği (ADA) DM'nin tanımını, genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimi ile pankreas bezinin beta hücrelerinden yeterli düzeyde insülin hormonu üretilmemesi veya hücrelerin üretilen insülin hormonunu etkili bir şekilde kullanamaması durumlarına bağlı olarak kan şekeri seviyelerinde yükselme meydana gelmesi nedeniyle ortaya çıkan ciddi ve uzun vadeli bir durum olarak yapmıştır (ADA, 2014).

İnsülin, kan dolaşımındaki glukozun enerjiye dönüştürüldüğü veya depolandığı hücrelere girmesine izin verir. İnsülin eksikliğinin sebep olduğu kan şekeri yüksekliği (hiperglisemi) ve DM hastalığı, uzun vadede kontrol altına alınmazsa,

vücudun birçok organında hasara yol açarak kardiyovasküler hastalıklar, nöropati, nefropati, alt ekstremitte amputasyonu ve görme kaybı (retinopati) gibi sakat bırakan ve hayatı tehdit eden komplikasyonlara yol açabilir. Bu komplikasyonların önlenmesi veya geciktirilmesi diyabetin uygun yönetilmesiyle sağlanabilir (ADA, 2014).

2.3.1. Sınıflama

ADA diyabet sınıflamasını Tablo 2.1’de gösterildiği gibi dört başlıkta yapmaktadır. Bunlardan üç tanesi (Tip 1 DM, Tip 2 DM ve GDM) primer, dördüncüsü (spesifik diyabet tipleri) ise sekonder nedenlerle meydana gelen diyabet tipleridir (ADA, 2022).

Tablo 2.1. Diabetes Mellitus Etiyolojik Sınıflaması (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED) 2022’den alınmıştır.)

I. Tip 1 Diabetes Mellitus	Pankreas bezi β -hücre yıkımı ve buna bağlı gelişen mutlak insülin eksikliği vardır.
II. Tip 2 Diabetes Mellitus	İnsülin direnci sebebiyle olan ilerleyici insülin salınım bozukluğu ile karakterizedir.
III. Gestasyonel Diabetes Mellitus (GDM)	Gebelik ile başlayan ve gebelik sonlandığında biten gebelik ile ilişkili diyabet formudur.
IV. Diğer Spesifik Diyabet Tipleri	A. β -hücre fonksiyonlarının genetik defekti B. İnsülinin etkisindeki genetik defektler C. Pankreasın ekzokrin doku hastalıkları D. Endokrinopatiler E. İlaç veya kimyasal ajanlar F. İmmün aracılıklı nadir diyabet formları G. Diyabetle ilişkili nadir diyabet formları H. Enfeksiyonlar

2.3.1.1. Tip 1 Diabetes Mellitus

Önceden “insüline bağımlı diyabet” veya “juvenil başlangıçlı diyabet” şeklinde isimlendirilen Tip 1 DM, tüm diyabet tiplerinin %5-10’unu oluşturur. Bu diyabet tipinde mutlak insülin eksikliği mevcuttur. Pankreas bezi β -hücrelerinin hücresel aracılıklı otoimmün yıkımı sebebiyle oluşur. β -hücre yıkım hızı oldukça değişkendir. Esas olarak bebekler ve çocuklarda hızlı, yetişkinlerde ise daha yavaş seyirlidir.

Çocukluk ve adolesan döneminde daha sık ortaya çıkmasına rağmen her yaşta ortaya çıkabilir (ADA, 2022).

2.3.1.2. Tip 2 Diyabetes Mellitus

Önceden “insüline bağımlı olmayan diyabet” veya “erişkin başlangıçlı diyabet” olarak isimlendirilen Tip 2 DM, tüm diyabet tiplerinin %90-95’ini oluşturur. Kısmi insülin eksikliği ve periferik insülin direnci mevcuttur. Tip 2 DM hastaları başlangıçta ve genellikle insülin tedavisine ihtiyaç duymamaktadır. (ADA, 2022).

Tip 2 diyabet genellikle erişkin dönemde ortaya çıkar. Ancak son yıllarda obezite prevalansındaki artış nedeniyle çocukluk ve adolesan dönemlerinde Tip 2 DM vakaları artmaya başlamıştır (Polonsky, 2012). Tip 2 diyabet risk faktörleri arasında; ileri yaş, sedanter yaşam, obezite, hipertansiyon, dislipidemi ve gestasyonel diyabet öyküsü vardır. Sıklıkla genetik yatkınlığı vardır. Fakat genetiği kompleks olmakla birlikte tam olarak açıklanamamıştır (ADA, 2022).

2.3.1.3. Gestasyonel Diabetes Mellitus

Gestasyonel diyabet, gebelik öncesinde Tip 1 veya Tip 2 diyabeti olmayan gebede ikinci veya üçüncü trimesterinde ortaya çıkan karbonhidrat intoleransıdır. Fakat doğurganlık çağındaki kadınlarda obezite ve Tip 2 diyabet sıklığındaki artış dikkate alınırsa; gebelik döneminde saptanmış olan hiperglisemi durumu aslında bazı kadınlarda tanı konulmamış pregestasyonel diyabetten kaynaklı olabilmektedir. Normal gebelik sürecinde maternal hormonlardaki değişiklik nedeniyle insülin direnci gelişebilmektedir. Buna karşılık pankreas bezinden insülin salınımı artarak periferik insülin direnci kompanse edilir ve karbonhidrat intoleransı gelişmez. Diyabete yatkın olan kadınlarda ise, pankreas bezinin fonksiyonları yeterli olmadığı için GDM ortaya çıkmaktadır (TEMD, 2022).

2.3.2. Epidemiyoloji

Dünya genelinde ve ülkemizde sıklığı artmakta olan DM, 21. yüzyılın epidemisi ve halk sağlığı açısından önemli bir sorun olarak kabul edilmektedir (Zheng ve ark., 2018). IDF tarafından 2021 yılında yayınlanan diyabet atlasında, dünya çapında 20-79 yaş arası tahmini 537 milyon yetişkin diyabet hastası olduğu belirtilmiştir. Bu rakam bu yaş grubundaki tüm yetişkinlerin %10,5’ine karşılık gelmektedir. Dünya

genelinde 20-79 yaş aralığındaki erişkinlerin bozulmuş açlık glukoz (BAG) prevalansı %6,2, bozulmuş glukoz toleransı (BGT) ise %10,6 olarak belirtilmiştir. 2030 yılına kadar 643 milyon ve 2045 yılına kadar 783 milyon yetişkinin diyabetle yaşayacağı öngörülmektedir. Böylece bu dönemde dünya nüfusunun %20 büyüyeceği tahmin edilirken, diyabetli sayısının da %46 artacağı tahmin edilmektedir (IDF, 2021).

Ülkemizde 11 Ocak 2010 – 15 Haziran 2010 tarihleri arasında 20 yaş üstü 24.499 kişinin dahil edildiği “Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrin Hastalıklar Prevalans Çalışması II (TURDEP-II)” sonuçlarına göre diyabet prevalansı %16,5 bulunmuştur. İzole BAG prevalansı %14,7, izole BGT prevalansı %7,9 ve kombine prediyabet prevalansı %8,2 bulunmuştur. 1997-1998 yıllarında yapılmış olan TURDEP-I çalışmasında 20 yaş üzeri yetişkinlerde diyabet prevalansı %7,2 bulunmuştur (Satman ve ark., 2011). İki çalışma incelendiğinde, diyabet prevalansının arada geçen 12 yıllık sürede yaklaşık %90 arttığı görülmektedir. TURDEP çalışmalarında geçmişte meydana gelen diyabet prevalansındaki artış ve IDF atlasında 2045 yılı için öngörülen prevalans artışı diyabet yönetiminin önemini ortaya koymaktadır.

2.3.3. Semptomlar ve tanı kriterleri

Diyabetli hastalarda görülmekte olan klasik semptomlar; sık idrara çıkma, sık susama, sık acıkma, iştahsızlık, halsizlik, çabuk yorulma, ağız kuruluğu ve gece idrara çıkma şeklindedir. Daha seyrek karşılaşılan semptomlar ise; açıklanamayan kilo kaybı, inatçı enfeksiyonlar, kaşıntı, tekrarlayan mantar enfeksiyonları, bulanık görme şeklindedir (TEMD, 2022).

Diyabet tanısı için açlık plazma glukozunun (APG) ≥ 126 mg/dl saptanması, diyabet ile ilişkili semptomlar varlığında rasgele ölçülen plazma glukozunun (PG) ≥ 200 mg/dl saptanması, 75 g glukoz ile yapılan oral glukoz tolerans testinde (OGTT) 2. saat PG'nin ≥ 200 mg/dl saptanması veya standardize metotlarla ölçülmüş glukozile hemoglobin A1c (HbA1c) düzeyinin $\geq 6,5$ (≥ 48 mmol/mol) saptanması olarak belirlenen kriterlerinden herhangi biri yeterlidir (ADA, 2022). Diyabet semptomlarının çok ağır olması dışında, tanı ileri bir tarihte aynı veya farklı bir yöntemle doğrulanmalıdır. Eğer aynı anda uygulanan iki farklı tanı yönteminin

sonuçları uyumsuz saptanırsa sonucu eşik değeri üstündeki yöntem tekrarlanmalıdır. Sonucun aynı şekilde yüksek saptanması durumunda DM tanısı konulmalıdır (TEMED, 2022)

Plazma glukoz değerlerinin normal kabul edilemeyecek kadar yüksek olması fakat diyabet tanı kriterlerini karşılamaması durumunda prediyabet tanımı kullanılır. Diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar açısından risk faktörleri olan BAG, BGT ve HbA1c'nin %5,7-6,4 (39-47 mmol/mol) aralığında olması prediyabet olarak tanımlanmaktadır (ADA, 2022). Tablo 2.2'de gösterildiği gibi, izole BAG tanısı için APG'nin 100-125 mg/dl ve 75 g glukoz ile yapılan OGTT'de ikinci saat PG'nin <140 mg/dL olması gerekmektedir. İzole BGT tanısı için APG'nin <100 mg/dl ve 75 g glukoz ile yapılan OGTT'de ikinci saat PG'nin 140-199 mg/dl olması gerekmektedir. İkisinin bir arada bulunduğu ve glukoz metabolizmasının daha fazla bozulmuş olduğu BAG + BGT durumunda ise APG 100-125 mg/dl olup, 75 g glukoz ile yapılan OGTT'de ikinci saat PG 140-199 mg/dL olarak ölçülmektedir. (TEMED, 2022).

Tablo 2.2. Diyabetes Mellitus ve Diğer Glukoz Metabolizma Bozukluklarında Tanı Kriterleri (TEMED 2022'den alınmıştır)

	Aşikar DM	İzole BAG	İzole BGT	BAG + BGT	YRG
APG (>8 st açlıkta)	≥126 mg/dl	100-125 mg/dl	<100 mg/dl	100-125 mg/dl	-
OGTT 2.st PG (75 g glukoz)	≥200 mg/dl	<140 mg/dl	140-199 mg/dl	140-199 mg/dl	-
Rastgele PG	≥200 mg/dl + Diyabet semptomları	-	-	-	-
HbA1c*	≥%6,5 (≥48 mmol/mol)	-	-	-	%5,7-6,4 (39-47 mmol/mol)

* Ölçüm standardize metotlarla yapılmalıdır.

YRG: Yüksek Risk Grubu

Gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesterinde gelişme ihtimali olan GDM'nin tespit edilebilmesi için tanı testlerinin yapılması gerekmektedir. Böylece annede gelişen

hiperglisemi durumu erken tespit edilerek fetüs ve anne üzerindeki olumsuz etkileri önlenebilir. Bu amaç doğrultusunda gebeliğin 24-28'inci haftaları içerisinde tarama ve tanı amaçlı OGTT yapılmalıdır. Tablo 2.3.'de gösterildiği gibi “tek aşamalı” ve “iki aşamalı” yaklaşım olmak üzere iki seçenek mevcuttur. Geleneksel olarak iki aşamalı yaklaşım tercih edilmektedir. Uygulama kolaylığı açısından alternatif olarak tek aşamalı yaklaşım da tercih edilebilir (TEMD, 2022).

Tablo 2.3. Gestasyonel Diyabet Tanı Kriterleri (TEMD 2022'den alınmıştır)

		APG	1.st PG	2.st PG	3.st PG
İki aşamalı test					
İlk aşama	50 g glukozlu test	-	140	-	-
İkinci aşama	100 g glukozlu OGTT (en az iki patolojik değer tanı koydurur)	95	180	155	140
Tek aşamalı test					
IADPSG kriterleri	75 g glukozlu OGTT (en az bir patolojik değer tanı koydurur)	92	180	153	-

IADPSG: Uluslararası Diyabetik Gebelik Çalışma Grupları Derneği, OGTT: Oral Glukoz Tolerans Testi, PG: Plazma Glukozu

2.3.4. Tedavi

DM tedavisini eğitim, yaşam tarzı değişikliği ve medikal tedavi olmak üzere üç yöntemden oluşturmaktadır. Eğitim tüm diyabet tiplerinde tedavinin temelini oluşturmaktadır. Diyabet tanısı konulan hastaların hekim, hemşire ve diyetisyen tarafından verilen eğitim programlarına katılımı sağlanmalıdır (TEMD, 2022). Eğitimle birlikte diyabet tedavisinin temelini ve ilk basamağını oluşturan diğer bir yöntem yaşam tarzı değişikliğidir. Yapılan çalışmalarda yaşam tarzı değişikliğiyle sağlanan kilo kaybının prediyabet ve diyabet hastalığının önlenmesinde ve tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir (Lean ve ark., 2018; Magkos ve ark., 2020). Hastalığın yaşam tarzı değişikliği ile kontrol altına alınamadığı durumlarda ek olarak medikal tedaviye de ihtiyaç duyulmaktadır. Tip 1 DM tedavisinde mutlak insülin eksikliği nedeniyle yaşam tarzı değişikliğiyle birlikte insülin tedavisine başlanmalıdır (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>, Erişim tarihi: 18 Mayıs 2023).

Bu tedaviler sonucunda ulaşılmak istenen glisemik kontrol hedefleri Tablo 2.4'te gösterilmiştir. Hastalığın başlangıç zamanı, hipoglisemi riski, beklenen yaşam süresi, diyabete bağlı gelişen komplikasyonların varlığı ve ek hastalıkların ciddiyeti, glisemik kontrol hedeflerinin kişiselleştirilmesini ve daha esnek uygulanmasını gerektirmektedir (TEMD, 2022).

Tablo 2.4. Glisemik Kontrol Hedefleri (TEMD 2022'den alınmıştır)

	Hedef	Gebelikte	
		İnsülin kullanmayan	İnsülin kullanan
HbA1c	≤%7 (53 mmol/mol)	≤%6-6,5 (42-48 mmol/mol)	≤%6-6,5 (42-48 mmol/mol)
APG ve öğün öncesi PG	80-130 mg/dl	<95 mg/dl	<70-95 mg/dl
1.st PG*	-	<140 mg/dl	<110-140mg/dl
2.st PG	<160 mg/dl	<120 mg/dl	100-120 mg/dl

*PG ölçümü için öğüne başladıktan sonraki süre dikkate alınır. Gebelerde takip öğün sonrası 1.st PG ölçümü ile yapılmalıdır. PG: Plazma Glukozu, APG: Açlık Plazma Glukozu

2.3.4.1. Eğitim ve yaşam tarzı değişiklikleri

Diyabet tanısı konulan hastaların yaşam tarzı değişikliklerine ve medikal tedaviye uyum sağlamaları için eğitim önem arz etmektedir. Bu hastalara diyabet hastalığı, hastalığın komplikasyonları, ek hastalıklarıyla diyabet hastalığının ilişkisi, antidiyabetik ilaçları nasıl kullanması gerektiği, ayak bakımı, nasıl beslenmesi gerektiği, hangi sıklıkta egzersiz yapacağı konularında eğitim verilmesi gerekmektedir (TEMD, 2022).

Tip 2 DM'de yaşam tarzı değişikliği yapılarak HbA1c düzeyinde %1-2 oranında azalma sağlandığı gösterilmiştir (Knowler ve ark., 2002). Bu sebeple yaşam tarzı değişikliği glisemik hedeflere ulaşılması için önem arz etmektedir. Alkol-sigara kullanımı, beslenme alışkanlıkları ve egzersiz alışkanlıkları yaşam tarzı değişikliği kapsamına girmektedir. Alkol ve sigara kullanan kişilere bu alışkanlıklarını bırakmaları amacıyla danışmanlık hizmeti verilmelidir. Her vizitte kullanım durumu sorgulanmalı, zararları hakkında bilgi verilmelidir (Türkiye Diyabet Vakfı, 2021).

Tıbbi beslenme tedavisi (TBT) prediyabetin, diyabetin ve diyabet ile ilişkili komplikasyonların önlenmesi ve tedavisi açısından önemli bir konuma sahiptir. TBT ile kişiye özgü ve sağlıklı beslenme alışkanlığının kazandırılarak; kan şekeri düzeylerinde, lipid profilinde, kan basıncında ve vücut ağırlığında bireyselleştirilmiş hedeflerin sağlanması ve korunması amaçlanmaktadır. Bu sebeple Tip 1 ve Tip 2 DM hastalarının tanı sonrası bir ay içerisinde, GDM hastalarının tanı sonrası bir hafta içerisinde diyetisyene sevk edilmesi önerilmektedir. Diyetisyen tarafından belli aralıklarla ve kişiye özgü olacak şekilde kontrol ve takiplerin yapılması gerekmektedir (Türkiye Diyabet Vakfı, 2021).

Diyabetin tedavisi ve önlenmesinde hastaların fiziksel aktivite durumu en az beslenme tedavisi kadar önem arz etmektedir. Fiziksel aktivite insülin direncinin azalmasını sağlayarak glisemik kontrolün sağlanmasına yardımcı olmakla birlikte insülin tedavisi kullananlarda insülin ihtiyacının azalmasını sağlamaktadır. Kan basıncı ve trigliserit düzeylerinin düşmesinde, vücut kitle indeksi (VKİ) azaltılmasında, diyabetik komplikasyonların önlenmesinde, kardiyovasküler hastalık riskinin azaltılmasında ve mortalitenin azaltılmasında olumlu etkisi olmaktadır (TEMD 2022). Fiziksel aktivite öncesinde hipoglisemi, hiperglisemi, nöropati, kontrolsüz kardiyovasküler hastalık ve/veya hipertansiyon, ayak ülserleri ve nefropati gibi kontrendikasyon oluşturan durumların tıbbi değerlendirilmesi yapılmalıdır. Fiziksel aktivite günün erken saatlerinde, açlık esnasında veya yemeğin hemen sonrasında yapılmamalıdır. Kontrendikasyon yoksa gün aşırı olmak üzere haftada üç gün ve maksimum kalp hızının (200-yaş) %50-70'inde orta yoğunluklu aerobik egzersiz önerilmektedir (Türkiye Diyabet Vakfı, 2021).

2.3.4.2. Medikal tedavi

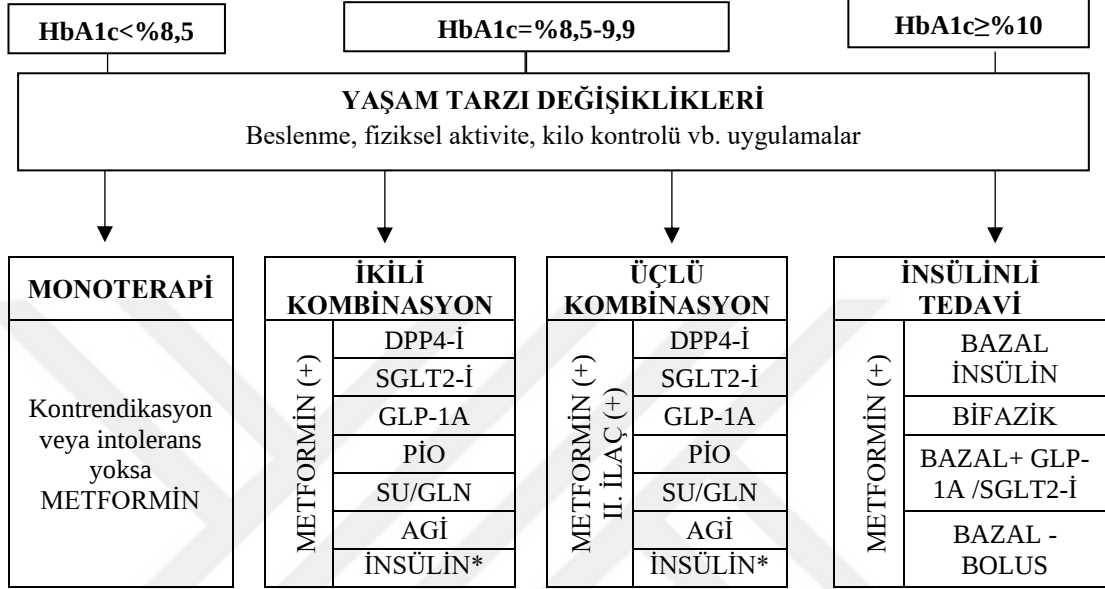
DM'nin medikal tedavisinde oral antidiyabetik (OAD) ilaçlar, insülin dışı enjeksiyon formunda ilaçlar ve insülin kullanılmaktadır. Tip 1 DM ve GDM tedavisinde medikal tedavi olarak insülin kullanılmaktadır. Tip 2 DM'de ise kontrendikasyon yoksa başlangıçta OAD'ler tercih edilmektedir. Tip 2 DM tedavisinde insülin haricinde kullanılan anti hiperglisemik ilaçlar etki mekanizmalarına göre beş grupta sınıflandırılmaktadırlar (TEMD, 2022).

- a) İnsülin duyarlılaştırıcı olarak biguanid ve tiazolidindion grupları (Metformin (MET), Pioglitazon (PİO))
- b) İnsülin salgılatıcı olarak sülfonilüre (SU) ve glinid (GLN) grupları (Glipizid, Glikazid, Glimepid, Repaglinid, Nateglinid)
- c) İnsülin direncini azaltma amaçlı insülinomimetik (inkretin-bazlı) olarak Glukagon benzeri peptid-1 agonisti (GLP-1A) ve dipeptidilpeptidaz-4 inhibitörü (DPP4-İ) grupları (Eksenatide, Liraglutide, Dulaglutide, Sitagliptin, Vildagliptin, Saksagliptin, Linagliptin)
- d) Sodyum glukoz ko-transporter 2 inhibitörleri (SGLT2-İ) olarak glukoretikler/gliflozinler (Dapagliflozin, Empagliflozin)
- e) Alfa glukozidaz inhibitörleri (Akarboz)

Diyabetin tüm tiplerinin tedavisinde yeri olan insülinler etkilerine göre; hızlı etkili (Lispro, Aspart, Glulisin), kısa etkili (regüler), orta etkili (Nötral Protamin Hagedron (NPH)), uzun etkili (Detemir, Glargin, Degludec), karışım ve ko-formülasyon olarak sınıflandırılmaktadır. Hızlı ve kısa etkili insülinler öğün üzerine etkili olurlar ve bolus insülin tedavisi olarak kullanılmaktadırlar. Orta ve uzun etkili insülinler açlık, gece ve öğün aralarındaki PG'yi kontrol ederler ve bazal insülin tedavisi olarak kullanılmaktadırlar. Karışım ve ko-formülasyon şeklinde olan insülinler ise hem bazal hem de bolus etkili olmaktadır (Türkiye Diyabet Vakfı, 2021).

Tip 2 DM'de HbA1c düzeylerine göre farklı tedavi algoritmaları Şekil 2.2.'de gösterilmiştir. Yaşam tarzı değişikliği, tedavinin temelini oluşturmakla birlikte her basamağında uygulanmalıdır. Yeni tanı alan ve HbA1c düzeyi $<8,5$ (<69 mmol/mol) olan hastalarda yaşam tarzı değişikliği uygulamasına ek olarak kontrendikasyon yoksa ilk tercih olarak metformin başlanmalıdır. Metforminin kontrendike olması veya tolere edilememesi durumunda diğer antidiyabetik ilaçlardan biri tercih edilebilir. Başlangıçtaki HbA1c düzeyinin $8,5-9,9$ ($69-86$ mmol/mol) olması durumunda metformine ek olarak insülin dışı başka bir antidiyabetik ilaç veya bazal insülin başlanması önerilmektedir. Başlangıçtaki HbA1c ≥ 10 (86 mmol/mol), PG >300 mg/dl veya APG >250 mg/dl saptanması veya poliüri, polidipsi ve noktüri gibi hiperglisemi semptomlarının olması; istemsiz kilo kaybı olması, DKA veya hiperosmolar hiperglisemik durum gibi ciddi klinik tabloyla

başvurması durumlarında tedaviye insülinle başlanması önerilmektedir. Bu hastalarda ayırıcı tanıda Tip 1 DM göz önünde bulundurulmalıdır. İnsülin tedavisine tercihen bazal-bolus veya karışım insülin ile başlanması ve ek olarak metformin verilmesi önerilmektedir (TEMD, 2022).



(*Tercih Bazal insülin olmalıdır. SU/GLN ile verilmemek şartıyla bifazik insülin de başlanabilir. MET: Metformin, DPP4-İ: Dipeptidil peptidaz 4 inhibitörü, SU: Sülfonilüre, GLN: Glinid, PİO: Pioglitazon, SGLT2-İ: Sodyum glukoz kotransportu 2 inhibitörü, GLP-1A: Glukagon benzeri peptid 1 agonisti, AGİ: Alfa glukozidaz inhibitörü)

Şekil 2.2. Yeni tanı tip 2 diyabet hastalarında tedavi algoritması (TEMD 2022'den alınmıştır)

Tip 2 DM hastalarının takiplerinde HbA1c düzeyinde bireysel hedeflere ulaşılan kadar üç ayda bir ölçüm yapılmalıdır. Tedaviden üç ay sonra HbA1c hedefine ulaşamıyorsa tedaviye OAD veya insülin eklenerek veya bazal-bolus insülin tedavisine geçilerek hedeflenen HbA1c düzeyine ulaşılması sağlanmalıdır. Glisemik regülasyon ve hedeflenen HbA1c düzeyi sağlandıktan sonra bazı hastalarda çoklu OAD veya insülin tedavisinde ihtiyaç azalabilir. Bu hastalarda metabolik kontrolün bozulmaması şartıyla, ihtiyaç halinde ilaç sayısı veya dozunda azaltma yapılması önerilmektedir (TEMD, 2022).

Tip 1 DM tedavisinde diğer diyabet tiplerindeki gibi eğitim ve yaşam tarzı uygulamaları büyük önem arz etmektedir, fakat Tip 2 DM'de kullanılan OAD'lerin yeri yoktur. Tip 1 DM hastaları insülin replasman tedavisine mutlak bağımlıdırlar.

Bu sebeple tedavide normal fizyolojiyi taklit edecek şekilde esnek insülin tedavi planı yapılması önem arz etmektedir. Etkisi orta-uzun süreli olan bir bazal insülin ile öğünlerde alacağı kaloriye uygun olacak şekilde kısa etki süreli bolus insülin tedavisine ihtiyaç duyulmaktadır. Hastaların insülin ihtiyacı egzersiz durumu, araya giren enfeksiyon durumları vb. nedenlerle artabilmektedir. Ayrıca zamanla beta hücre rezervinin tükenmesiyle insülin ihtiyacı artacaktır. Bu sebeple, tedavide yakın glisemik takip gerekmekte ve buna uygun esnek insülin planlanması gerekmektedir. Bu tedavinin ortaya çıkaracağı en önemli risk hipoglisemidir. Bundan dolayı hipoglisemiye sebep olmadan ögliseminin sağlanması gerekmektedir. Tedavide çoklu insülin enjeksiyonlarına alternatif olarak insülin pompası seçeneği de bulunmaktadır. Bu tedavi yöntemi daha az hipoglisemi riski taşımakla birlikte daha etkin glisemik kontrol sağlamaktadır. Alternatif bir tedavi yöntemi olarak pankreas transplantasyonu bazı tip 1 diyabet hastalarında uygulanabilmektedir (Dağdelen, 2019).

GDM tedavisinin temeli beslenme ve egzersizi kapsayan yaşam tarzı düzenlemelerinden oluşmaktadır. GDM tanısı alan gebenin TBT için diyetisyene yönlendirilmesi önerilmektedir. Hastaların %80'den fazlası diyet ve egzersiz düzenlemesiyle Tablo 2.5.'deki glisemik hedeflere ulaşmaktadır. Ölçümlerin %30'dan fazlasında hedeflenen seviyeden yüksek değerler gözlenirse glisemik hedeflere ulaşamamış kabul edilmelidir. Hedef değerlere iki hafta içerisinde ulaşamaması durumunda veya kontrol altındaki glisemik değerlerin tekrar yükselmesi durumunda insülin tedavisine başlanmalıdır. Gebelerde bazal insülin olarak B kategorisinde bulunan detemir veya NPH tercih edilmesi önerilmektedir. Bolus insülin olarak ise, yine B kategorisinde bulunan, kısa etkili kristalize insülinin veya hızlı etkili analog insülinlerin (lispro, aspart) tercih edilmesi önerilmektedir. Glargin, glulisin ve degludec insülinlerin gebelerde kullanımı önerilmemektedir. Ayrıca OAD'lerden SU ve metformin ile alakalı yapılmış çalışmalar olsa da kullanılmaları tavsiye edilmemektedir (TEMD, 2022).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışmamız, diyabet polikliniğine başvuran hastaların başvuru sebeplerinin birinci basamakta yönetilebilirliğinin incelenmesi amacıyla yapılmış olan kesitsel tipte, tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışmamız, 5 Ekim 2022- 1 Şubat 2023 tarihlerinde Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde diyabet polikliniğine başvuran hastaların üzerinde gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmamızın evrenini, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde diyabet polikliniğine başvuran hastalar oluşturmaktadır.

Araştırmamızda belli bir örneklem tipi kullanılmamış olup çalışmamız, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 5 Ekim 2022- 1 Şubat 2023 tarihleri aralığında diyabet polikliniğine başvuran hastalar arasından çalışmaya katılmayı kabul eden, anket sorularına uygun şekilde cevap verebilen, akıl sağlığı yerinde, 18 yaş ve üzeri 408 kişiye yapılmıştır.

3.4. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi

Araştırmada, araştırmacı tarafından hazırlanan 27 soruluk anket formu veri toplama aracı olarak kullanıldı. Bu anket formu iki öğretim üyesi ve iki uzman hekim tarafından kontrol edilmiş olup, anketin pilot uygulaması Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi diyabet polikliniğinde yapıldı. Pilot uygulama neticesinde elde edilen veriler analiz edilerek anket formuna son hali verildi. Yüz yüze görüşme yöntemi uygulanarak ve sorular araştırmacı tarafından sorularak veriler toplandı.

Anket formu beş bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde demografik veriler sorgulanmaktadır. İkinci bölümde kişinin aile hekimliği hakkında bilgi düzeyini ve sağlık kuruluşlarına başvuru alışkanlıkları sorgulanmaktadır. Üçüncü bölümde

hastanın diyabet ve ek hastalıkları ile ilişkili başvuru tanı, tedavi ve takip durumları sorgulanmaktadır. Dördüncü bölümde; hastanın diyabet polikliniğine başvuru nedeni ve başvuru süreci ile alakalı sorularla birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanma durumu sorgulanmaktadır. Beşinci bölüm ise; diyabet polikliniğinde çalışan öğretim üyeleri ve uzman hekimlere sorulan, hastanın birinci basamakta yönetimi ile alakalı soruları içermektedir (Ek-2).

3.5.Verilerin Analizi

Tanımlayıcı istatistikler için kategorik değişkenlerde sayı (n) ve yüzde (%), sayısal değişkenlerde ortalama $\pm$ standart sapma ve ortanca [1.çeyreklik-3.çeyreklik] değerleri kullanıldı. İki farklı kategorik değişkenin birbiri ile ilişkisinin incelenmesinde ki-kare testleri kullanıldı. Dört gözlü (2x2) tablolarda en küçük beklenen değer <5 ise Fisher'in kesin testi, ≥ 5 ve ≤ 25 ise Yate's düzeltmeli ki-kare testi, >25 ise Pearson ki-kare testi kullanıldı. Rxc şeklindeki tablolarda beklenen değeri 5'in altında olan göz sayısının tüm göz sayısının %20'sinden az olduğu durumlarda Pearson ki-kare testi kullanılırken, fazla olduğu durumlarda gruplarda birleştirmeye gidildi veya analiz yapılmadı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi. Analizler için SPSS v20.0 (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0; Armonk, NY, USA) paket programı kullanıldı.

3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırma tek merkezde yürütülen, kesitsel-tanımlayıcı tipte bir araştırma olduğu için sonuçlar tüm evrene genellenemez. Çalışmanın diyabet polikliniğine başvuran hastalar üzerinde yapılmış olması, dahiliye ve endokrin polikliniklerine başvuran diyabet hastalarının çalışma kapsamı dışında kalmasına neden olmuştur. Çalışmanın üçüncü basamak sağlık kuruluşunda yapılması sebebiyle ikinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran hastaların birinci basamakta yönetilebilirliği değerlendirilememiştir. Katılımcıların birinci basamakta yönetilebilirliğinin kararı, diyabet polikliniğinde görev yapan öğretim üyeleri veya uzman hekimler tarafından verilmiştir. Karar verilirken, hastaların HbA1c düzeyi, kullanmakta olduğu veya kullanması gereken antidiyabetik ilaçları, diyabet hastalığına eşlik eden ek hastalık veya komplikasyon durumu gibi objektif kriterler göz önünde bulundurulmuş ve araştırmacı ile aile sağlığı merkezlerinin imkanları konusunda tartışılarak nihai karar

verilmiştir. Yine de yönetilebilirliği değerlendiren kişinin bilgisinin ve tecrübesinin verilecek cevabı etkileyebilecek olması çalışmanın kısıtlılıklarında biri olarak değerlendirilebilir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 5 Ekim 2022 tarihli ve 268 numaralı etik kurul onayı alınarak gerçekleştirilmiştir (Ek-1: Etik kurul formu). Katılımcılar çalışmadan önce çalışmanın amacı, verilerin kullanımı ve vereceği yanıtlarının gizliliği hakkında bilgilendirilmiş, sözlü onamları alınmış ve katılımcı olmayı kabul eden bakım verenler çalışmaya dahil edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmamıza Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi diyabet polikliniğine başvuran 408 kişi katılmıştır. Katılımcıların %40,7'si (n=166) erkek, %59,3'ü (n=242) kadındır. Katılımcıların yaş ortalaması $56,08 \pm 12,73$ yıl, yaş ortancası 58,00 [49,00-65,00] yıldır. Araştırmaya katılan katılımcılardan yaş olarak en küçüğü 18, en büyüğü 82 yaşındadır. Katılımcıların %86,0'ı (n=351) evli, %14,0'ı (n=57) bekarıdır. Araştırmaya katılan hastaların %31,1'i (n=127) il merkezinde, %54,9'u (n=224) ilçe merkezinde, %14,0'ı (n=57) köyde yaşamaktadır.

Tablo 4.1. Diyabet polikliniğine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri

Değişkenler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	166	40,7
	Kadın	242	59,3
	Toplam	408	100,0
Medeni Durum	Evli	351	86,0
	Bekar	57	14,0
	Toplam	408	100,0
İkamet Yeri	İl merkezi	127	31,1
	İlçe merkezi	224	54,9
	Köy	57	14,0
	Toplam	408	100,0
Eğitim	Yok	35	8,6
	Okuryazar	15	3,7
	İlkokul mezunu	206	50,5
	Ortaokul mezunu	41	10,0
	Lise mezunu	68	16,7
	Lisans mezunu	40	9,8
	Yüksek lisans/Doktora	3	0,7
	Toplam	408	100,0
Gelir düzeyi	Düşük	90	22,1
	Orta	298	73,0
	Yüksek	20	4,9
	Toplam	408	100,0

Katılımcıların %8,6'sı (n=35) okuryazar değilken, %3,7'si (n=15) okuryazar ancak herhangi bir eğitim derecesi yok, %50,5'i (n=206) ilkokul mezunu, %10,0'ı (n=41) ortaokul mezunu, %16,7'si (n=68) lise mezunu, %9,8'i (n=40) lisans mezunu, %0,7'si (n=3) yüksek lisans/doktora mezunudur. Araştırmaya katılanların %22,1'i (n=90) ekonomik durumunu düşük olarak değerlendirirken, %73,0'ı (n=298) orta, %4,9'u (n=20) yüksek olarak değerlendirmektedir. Sosyodemografik özelliklerin detaylı bilgisi Tablo 4.1.'de verilmiştir.

Tablo 4.2. Diyabet polikliniğine başvuran hastaların aile hekimlerinin özellikleri, aile hekimliğinde yapılan işlemleri bilme durumları ve aile hekimine başvuru sıklıkları

Değişkenler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastanın aile hekiminin ünvanı	Pratisyen hekim	126	30,9
	Uzman hekim	109	26,7
	Bilgisi yok	173	42,4
	Toplam	408	100,0
Aile hekimi ünvanı uzman ise diyabet ilaçlarından bazılarının raporunu çıkarabildiğini bilme durumu	Bilenler	38	34,9
	Bilmeyenler	71	65,1
	Toplam	109	100,0
Aile hekiminin diyabet tanı ve takibi için tahlil/tetkik yaptığını bilme durumu	Bilenler	324	79,4
	Bilmeyenler	84	20,6
	Toplam	408	100,0
Aile hekiminin raporlu ilaçları yazabildiğini bilme durumu	Bilenler	358	87,7
	Bilmeyenler	50	12,3
	Toplam	408	100,0
Hastaların aile sağlığı merkezine başvuru sıklığına göre dağılımı	Hiç gitmeyenler	18	4,4
	Haftada bir kez gidenler	7	1,7
	Ayda bir kez gidenler	143	35,0
	Yılda birkaç kez gidenler	208	51,0
	Diğer*	32	7,8
	Toplam	408	100,0

*Diğer: Kategorize edilemeyen ve çelişkili ifade kullananlar

Katılımcıların %30,9'unun (n=126) aile hekimi ünvanı pratisyen hekim, %26,7'sinin (n=109) aile hekimi ünvanı uzman hekimdir. Katılımcıların %42,4'ü (n=173) aile hekiminin ünvanını bilmemektedir. Araştırmaya katılan hastaların %9,3'ü (n=38)

aile hekimi uzman ise DM ilaçlarından bazılarının raporunu çıkarabildiğini bilmekte, %17,4'ü (n=71) ise bilmemektedir. Katılımcıların %79,4'ü (n=324) aile hekimin diyabet tanı ve takibi için tahlil/tetkik yaptığını bilmekteyken, %20,6'sı (n=84) bilmemektedir. Aile hekiminin raporlu ilaçları yazabildiğini bilenler katılımcıların %87,7'sini (n=358), bilmeyenler ise %12,3'ünü (n=50) oluşturmaktadır. Katılımcıların %4,4'ü (n=18) ASM'ye hiç gitmediğini, %1,7'si (n=7) haftada bir kez gittiğini, %35,0'ı (n=143) ayda bir kez gittiğini, %51,0'ı yılda birkaç kez gittiğini ifade etmektedir. Katılımcıların %7,8'i (n=32) ise seçeneklerde bulunmayan diğer bir sıklıkta gittiklerini ifade etmektedir. Katılımcıların aile hekimlerinin özellikleri, aile hekimliğinde yapılan işlemleri bilme durumları ve aile hekimine başvuru sıklıkları Tablo 4.2.'de gösterilmektedir.

Tablo 4.3. Diyabet polikliniğine başvuran hastaların sağlık problemlerinde başvurdukları sağlık kurumları ve eğitim ve araştırma hastanesine başvuru nedenleri

Değişkenler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Herhangi bir sağlık probleminde ilk başvurulacak sağlık kurumu	Aile Sağlığı Merkezi	208	50,9
	EAH	140	34,3
	İlçe DH	48	11,8
	Özel Hastane	12	2,9
	Toplam	408	100,0
Eğitim ve araştırma hastanesine başvuru nedenleri	Diyabet polikliniğinde takipli olması nedeniyle	166	40,7
	Diyabet polikliniği olması sebebiyle	118	28,9
	Uzman hekim muayenesi talebi nedeniyle	64	15,7
	Aile hekimine randevu bulamaması sebebiyle	25	6,1
	Evine yakın olması sebebiyle	12	2,9
	Hastanede çalışan yakını olması sebebiyle	10	2,5
	Diğer*	13	3,2
	Toplam	408	100,0

EAH: Eğitim ve araştırma hastanesi, DH: Devlet Hastanesi

*Diğer: Aile hekimi yönlendirmesi, hastanede çalışan olması ve hastaneyi beğenmesi

Araştırmaya katılanların %50,9'unun (n=208) herhangi bir sağlık probleminde ilk başvurduğu merkez ASM, %34,3'ünün (n=140) eğitim ve araştırma hastanesi, %11,8'inin (n=48) ilçe devlet hastanesi, %2,9'unun (n=12) ise özel hastanedir. Katılımcıların %40,7'si (n=166) diyabet polikliniğinde takipli olduğu için, %28,9'u (n=118) diyabet polikliniği olduğu için, %15,7'si (n=64) uzman hekim talebi olduğu

için, %6,1'i (n=25) aile hekimine randevu bulamadığı için, %2,9'u (n=12) evine yakın olduğu için, %2,5'i (n=10) hastanede çalışan yakını olduğu için, %3,2'si (n=13) ise diğer başka sebeplerden eğitim ve araştırma hastanesini tercih etmektedir. Katılımcıların sağlık problemi yaşadıklarında başvurdukları sağlık kurumları ve eğitim ve araştırma hastanesine başvuru nedenleri Tablo 4.3.'te gösterilmiştir.

Katılımcıların %5,6'sının (n=23) kronik hastalığı yokken, %44,9'unun (n=183) 1 veya 2, %41,2'sinin (n=168) 3 veya 4, %8,3'ünün (n=34) 5 veya daha fazla kronik hastalığı bulunmaktadır. Araştırmaya katılanların %53,2'si (n=217) OAD ilaç kullanmakta, %33,3'ü (n=136) insülin veya insülinle birlikte OAD ilaç kullanmakta, %13,5'i (n=55) ise herhangi bir diyabet ilacı kullanmamaktadır. Katılımcıların kronik hastalık sayıları ve antidiyabetik ilaç kullanma durumları Tablo 4.4.'te gösterilmiştir.

Tablo 4.4. Diyabet polikliniğine başvuran hastaların kronik hastalık sayıları ve antidiyabetik ilaç kullanma durumları

Değişkenler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Kronik hastalık sayısı	Kronik hastalık yok	23	5,6
	1-2	183	44,9
	3-4	168	41,2
	≥5	34	8,3
	Toplam	408	100,0
Antidiyabetik ilaç kullanma durumu	OAD kullananlar	217	53,2
	İnsülin ±OAD kullananlar	136	33,3
	İlaç kullanmayanlar	55	13,5
	Toplam	408	100,0

OAD: Oral antidiyabetik

Araştırmaya katılanların %39,5'inin (n=161) diyabet polikliniğine ilk başvurusuyken, %60,5'inin (n=247) ilk başvurusu değildir. Katılımcıların %48,5'i (n=198) kontrol/takip için, %28,2'si (n=115) hipo/hiperglisemi nedeniyle, %12,7'si (n=52) diyabet ile ilişkili semptomu olduğu için, %7,6'sı (n=31) ilaç raporu ihtiyacı için, %2,9'u (n=12) ilaç temini ihtiyacı için diyabet polikliniğine başvurmuştur. Araştırmaya katılanların %30,9'u (n=126) şikayeti nedeniyle daha önce aile hekimine başvurmuşken, %69,1'i (n=282) aile hekimine başvurmamıştır.

Katılımcıların %23,0'ı (n=94) diyabet polikliniğinden takipli olduğu için, %9,6'sı (n=39) başka bir branş uzmanı tarafından diyabet polikliniğine yönlendirildiği için, %9,3'ü (n=38) ilgili branş uzmanına muayene olmak istediği için, %7,4'ü (n=30) aile hekiminden memnun olmadığı için, %6,9'u (n=28) hastanenin tahlil/tetkik imkanları daha iyi olduğu için, %6,9'u (n=28) aile hekimi ilaç raporu çıkaramadığı veya bazı ilaçları yazamadığı için, %2,7'si (n=11) aile hekimi farklı bir şehirde veya ulaşımı güç olan bir yerde olduğu için, %2,0'ı (n=8) hastanede kendisi veya yakını çalıştığı için aile hekimine başvurmamıştır. Katılımcıların %1,5'i (n=6) ise aile hekimine başvurmama sebebini belirtmemiştir. Araştırmaya katılanların %26,0'ını (n=106) aile hekimi, %15,4'ünü (n=63) başka bir branş uzmanı, %5,1'ini (n=21) akraba/arkadaşı, %2,7'sini (n=11) diğer sağlık profesyonelleri diyabet polikliniğine yönlendirirken, %50,7'sini (n=207) yönlendiren kimse yoktur. Katılımcıların aile hekimliği ve diyabet polikliniği başvurularının özellikleri Tablo 4.5.'te gösterilmiştir.

Tablo 4.5. Diyabet polikliniğine başvuran hastaların aile hekimliği ve diyabet polikliniği başvurularının özellikleri

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Diyabet polikliniğine kaçıncı başvuru	İlk başvuru	161 39,5
	İlk başvuru değil	247 60,5
	Toplam	408 100,0
Diyabet polikliniğine başvuru şikayeti	Kontrol, takip	198 48,5
	Hipo/hiperglisemi	115 28,2
	Diyabet ile ilişkili semptomu olduğu düşüncesi	52 12,7
	İlaç raporu ihtiyacı	31 7,6
	İlaç temini ihtiyacı	12 2,9
	Toplam	408 100,0
Aile hekimliğine başvuru durumu	Başvuranlar	126 30,9
	Başvurmayanlar	282 69,1
	Toplam	408 100,0
Aile hekimliğine başvurmama sebebi	Diyabet polikliniğinden takipli olması sebebiyle	94 23,0
	Başka bir branş uzmanı tarafından buraya yönlendirilmesi sebebiyle	39 9,6

Tablo 4.5. Diyabet polikliniğine başvuran hastaların aile hekimliği ve diyabet polikliniği başvurularının özellikleri (devam)

	İlgili branş uzmanına muayene olmak istemi nedeniyle	38	9,3
	Aile hekiminden memnun olmaması sebebiyle	30	7,4
	Hastanenin tahlil/tetkik imkanlarının daha iyi olması sebebiyle	28	6,9
	Aile hekiminin ilaç raporu çıkaramaması veya bazı ilaçları yazamıyor olması nedeniyle	28	6,9
	Aile hekiminin farklı şehirde veya ulaşımı güç olan bir yerde olması sebebiyle	11	2,7
	Hastanede kendisinin veya yakınının çalışıyor olması sebebiyle	8	2,0
	Sebep belirtmedi	6	1,5
	Toplam	282	69,1
Diyabet polikliniğine yönlendiren	Yönlendiren kimse yok	207	50,7
	Aile hekimi	106	26,0
	Başka bir branş uzmanı	63	15,4
	Akraba/arkadaş	21	5,1
	Diğer sağlık profesyoneli	11	2,7
	Toplam	408	100,0

Yuvarlamadan dolayı yüzde toplamaları %100 etmeyebilir.

Diyabet polikliniğine başvurmadan önce aile hekimliğine başvuran 126 hastanın %91,3'üne (n=115) tahlil/tetkik yapılmış olup, %8,7'sine (n=11) yapılmamıştır. Bu hasta grubunun %12,7'sine (n=16) aile hekimi tarafından tedavi verilirken %87,3'üne (n=110) tedavi verilmemiştir. Aile hekimine başvuran hastaların %35,7'si (n=45) AKŞ veya HbA1c yüksekliği nedeniyle, %37,7'i (n=40) branş uzmanı değerlendirmesi ihtiyacı olduğu için, %12,7'si (n=16) rapor çıkarılması için veya aile hekimi ilacı yazamadığı için, %3,2'si (n=4) diyabet ile ilişkili komplikasyonu olduğu için diyabet polikliniğine sevk edilirken; %16,7'si (n=21) aile hekimi tarafından sevk edilmemiştir. Diyabet polikliniği başvurusu öncesi aile hekimine başvuran hastaların aile hekimi değerlendirilmeleri Tablo 4.6.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.6. Diyabet polikliniği başvurusu öncesi aile hekimine başvuran hastaların aile hekimi değerlendirilmeleri

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Aile hekiminin tahlil/tetkik yapma durumu	Tahlil/tetkik yapılanlar	115
	Tahlil/tetkik yapılmayanlar	11
	Toplam	126
Aile hekiminin tedavi verme durumu	Tedavi verilenler	16
	Tedavi verilmeyenler	110
	Toplam	126
Aile hekiminin diyabet polikliniğine sevk etme nedeni	AKŞ veya HbA1c yüksekliği	46
	Branş uzmanı değerlendirmesi ihtiyacı	40
	Rapor çıkarılması için veya ilacı yazamadığı için	16
	Diyabet ile ilişkili komplikasyon olması	4
	Toplam	106

AKŞ: Açlık kan şekeri

Tablo 4.7. Katılımcıları değerlendiren dahiliye/endokrin uzmanının, hastaların birinci basamakta yönetimi hakkındaki görüşleri

Görüşler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Birinci basamakta yönetilebilir	212	52,0
Birinci basamakta tanısı konulup yönetilebilirdi, ancak reçete edilen ilaçlar geri ödeme kapsamında olmadığı için yönetilemeyebilir	103	25,2
Birinci basamakta yönetilemez çünkü uzmanlık bilgisi gerektiriyor	83	20,3
Birinci basamakta yönetilemez çünkü birinci basamağın laboratuvar/test imkânı yetersiz	8	2,0
Birinci basamakta yönetilemez çünkü görüntüleme yapılması gerekiyor	2	0,5
Toplam	408	100,0

Ankete katılan hastaları değerlendiren dahiliye/endokrin uzmanlarına göre katılımcıların %52,0'ı (n=212) birinci basamakta yönetilebilir, %25,2'si (n=103) birinci basamakta yönetilebilir ancak aile hekimi tarafından ilaçları reçete edildiğinde geri ödeme kapsamında olmaz; %20,3'ü (n=83) uzmanlık bilgisi gerektirdiği için, %2,0'ı (n=8) laboratuvar/test imkânı yetersiz olduğu için, %0,5'i (n=2) görüntüleme

gerektirdiği için birinci basamakta yönetilemez. Katılımcıların birinci basamakta yönetilebilirliği ile alakalı veriler Tablo 4.7.'de verilmiştir.

Aile hekimi uzmanı tarafından diyabet polikliniğine yönlendirilen hastaların %42,9'u (n=12), pratisyen aile hekimi tarafından yönlendirilen hastaların %50,0'ı (n=17), kimse tarafından yönlendirilmeyen hastaların %54,1'i (n=112), başka bir branş uzmanı tarafından yönlendirilen hastaların %46,0'ı (n=29) diyabet polikliniğinde hastayı gören dahiliye/endokrin uzmanı tarafından birinci basamakta yönetilebilir olarak değerlendirilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,537).

Tablo 4.8. Diyabet polikliniğine başvuran hastaların, polikliniğe kim tarafından yönlendirildiği ile birinci basamakta yönetilebilme durumları arasındaki ilişki

Yönlendiren	Birinci basamakta yönetilebilme		p
	Evet n (%)	Hayır n (%)	
Aile hekimi uzmanı	12 (42,9)	16 (57,1)	0,537*
Pratisyen aile hekimi	17 (50,0)	17 (50,0)	
Kimse tarafından yönlendirilmeyen	112 (54,1)	95 (45,9)	
Başka bir branş uzmanı tarafından	29 (46,0)	34 (54,0)	

*Pearson kıkare testi

Diyabet polikliniğine ilk başvurusu olan hastaların %52,8'i (n=85) birinci basamakta yönetilebilirken, ilk başvurusu olmayanların %51,4'ü (n=127) birinci basamakta yönetilebilmektedir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,785). Kronik hastalığı olmayanların %65,2'si (n=15) birinci basamakta yönetilebilirken, 1 veya 2 kronik hastalığı olanların %55,2'si (n=101), 3 veya 4 kronik hastalığı olanların %53,6'sı (n=90), 5 veya daha fazla kronik hastalığı olanların ise %17,6'sı (n=6) birinci basamakta yönetilebilmektedir ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur (p<0,001). İnsülin kullanan hastaların %19,1'i (n=26), insülin kullanmayan hastaların %68,4'ü (n=186) birinci basamakta yönetilebilir olarak değerlendirilmektedir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001). Başvuru şikayetleri dikkate alınarak hastalar incelendiğinde kontrol, takip için gelenlerin %54,5'i (n=108), hipo/hiperglisemi nedeni ile gelenlerin %47,8'i (n=55),

diyabet ile ilişkili semptomu olduğu düşüncesi ile gelenlerin %69,2'si (n=36), ilaç raporu ihtiyacı ile gelenlerin %25,8'i (n=8), ilaç temini ihtiyacı ile gelenlerin %41,7'si (n=5) birinci basamakta yönetilebilir olarak değerlendirilmektedir ve istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur (p=0,002). Elde etmiş olduğumuz bu veriler Tablo 4.9.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.9. Diyabet polikliniğine başvuran hastaların; diyabet polikliniğine başvuru özellikleri, kronik hastalık sayıları ve insülin kullanma durumları ile birinci basamakta yönetilebilme durumları arasındaki ilişki

Değişkenler		Birinci basamakta yönetilebilme		p
		Evet n (%)	Hayır n (%)	
Diyabet polikliniğine ilk başvuru mu?	Evet, ilk başvuru	85 (52,8)	76 (47,2)	0,785*
	Hayır, ilk başvuru değil	127 (51,4)	120 (48,6)	
Kronik hastalık sayısı	Kronik hastalık yok	15 (65,2)	8 (34,8)	<0,001*
	1-2	101 (55,2)	82 (44,8)	
	3-4	90 (53,6)	78 (46,4)	
	≥5	6 (17,6)	28 (82,4)	
İnsülin kullanma durumu	Evet, kullanıyor	26 (19,1)	110 (80,9)	<0,001*
	Hayır, kullanmıyor	186 (68,4)	86 (31,6)	
Başvuru şikayeti	Kontrol, takip	108 (54,5)	90 (45,5)	0,002*
	Hipo/hiperglisemi	55 (47,8)	60 (52,2)	
	Diyabet ile ilişkili semptomu olduğu düşüncesi	36 (69,2)	16 (30,8)	
	İlaç raporu ihtiyacı	8 (25,8)	23 (74,2)	
	İlaç temini ihtiyacı	5 (41,7)	7 (58,3)	

*Pearson kıkare testi

Diyabet polikliniğine ilk kez başvuran hastaların %32,9'u (n=53) aile hekimi tarafından, %23,0'ı (n=37) başka bir branş uzmanı tarafından, %4,3'ü (n=7) diğer sağlık profesyonelleri tarafından, %6,2'si (n=10) akraba/arkadaşı tarafından yönlendirilirken %33,5'inin (n=54) yönlendiren kimsesi yoktur. Diyabet polikliniğine başvurusu ilk olmayan hastaların ise %21,5'i (n=53) aile hekimi tarafından, %10,5'i (n=26) başka bir branş uzmanı tarafından, %1,6'sı (n=4) diğer sağlık profesyonelleri tarafından, %4,5'i (n=11) akraba/arkadaşı tarafından yönlendirilirken %61,9'unun (n=153) yönlendiren kimsesi yoktur. İki grup

arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Araştırmamızda elde etmiş olduğumuz bu veriler Tablo 4.10.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.10. Diyabet polikliniğine ilk başvuru durumu ile diyabet polikliniğine yönlendiren kişi arasındaki ilişki

Diyabet Polikliniğine Yönlendiren Kişi						
Değişkenler		Aile hekimi n (%)	Başka bir branş uzmanı n (%)	Diğer sağlık profesyoneli n (%)	Akraba/ arkadaş n (%)	Yönlendiren yok n (%)
Diyabet polikliniğine ilk başvuru mu?	Evet	53 (32,9)	37 (23,0)	7 (4,3)	10 (6,2)	54 (33,5)
	Hayır	53 (21,5)	26 (10,5)	4 (1,6)	11 (4,5)	153 (61,9)
						<0,001*

*Pearson kıkare testi

Diyabet polikliniğine gelmeden önce aile hekimine başvuran ve diyabet polikliniğine sevk edilen hastaların %32,1'inin (n=34) aile hekimi pratisyen hekim, %26,4'ünün (n=28) uzman hekimdir. Hastaların %41,5'i (n=44) aile hekiminin ünvanını bilmemektedir.

Tablo 4.11. Diyabet polikliniğine gelmeden önce aile hekimine başvuran ve aile hekiminin diyabet polikliniğine sevk ettiği hastaların aile hekimlerinin ünvan dağılımı

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Aile hekimi ünvanı	Pratisyen hekim	34
	Uzman Hekim	28
	Bilgisi yok	44
	Toplam	106
		100,0

Diyabet polikliniğine ilk başvurusu olan hastaların %23,6'sı (n=38) kontrol, takip nedeniyle, %18,6'sı (n=30) diyabet ile ilişkili semptomu olduğu düşüncesi ile, %0,6'sı (n=1) ilaç temini ihtiyacı nedeniyle, %6,8'i (n=11) ilaç raporu ihtiyacı nedeniyle, %50,3'ü (n=81) hipo/hiperglisemi şikayetiyle başvurmaktadır. Diyabet polikliniğine ilk başvurusu olmayan hastaların %64,8'i (n=160) kontrol, takip nedeniyle, %8,9'u (n=22) diyabet ile ilişkili semptomu olduğu düşüncesi ile, %4,5'i (n=11) ilaç temini ihtiyacı nedeniyle, %8,1'i (n=20) ilaç raporu ihtiyacı nedeniyle, %13,8'i (n=34) hipo/hiperglisemi şikayetiyle başvurmaktadır. İki grup arasındaki

fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Araştırmamızda elde ettiğimiz bu veriler Tablo 4.12.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.12. Diyabet polikliniğine ilk başvuru durumu ile başvuru şikayetleri arasındaki ilişki

		Başvuru Şikayeti					p
Değişkenler		Kontrol, takip n (%)	Diyabet ile ilişkili semptomu olduğu düşüncesi n (%)	İlaç temini ihtiyacı n (%)	İlaç raporu ihtiyacı n (%)	Hipo/hiperglisemi n (%)	
İlk başvuru mu?	Evet	38 (23,6)	30 (18,6)	1 (0,6)	11 (6,8)	81 (50,3)	<0,001*
	Hayır	160 (64,8)	22 (8,9)	11 (4,5)	20 (8,1)	34 (13,8)	

*Pearson kıkare testi

Tablo 4.13. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile herhangi bir sağlık probleminde ilk başvurdıkları sağlık kurumu arasındaki ilişki

		İlk Başvurduğu Sağlık Kurumu				p
Değişkenler		ASM n (%)	İlçe DH n (%)	Eğitim ve Araştırma Hastanesi n (%)	Özel Hastane n (%)	
Cinsiyet	Erkek	79 (47,6)	23 (13,9)	61 (36,7)	3 (1,8)	0,337*
	Kadın	129 (53,3)	25 (10,3)	79 (32,6)	9 (3,7)	
Yaş (yıl)	≤50	49 (42,5)	15 (13,0)	50 (43,5)	1 (0,9)	0,034*
	>50	159 (54,3)	33 (11,3)	90 (30,7)	11 (3,8)	
Eğitim	Ortaokul ve altı	154 (51,9)	39 (13,1)	97 (32,7)	7 (2,4)	0,258*
	Lise ve üstü	54 (48,6)	9 (8,1)	43 (38,7)	5 (4,5)	
İkamet Yeri	Köy	27 (47,4)	16 (28,1)	10 (17,5)	4 (7,0)	<0,001*
	İlçe Merkezi	122 (54,5)	28 (12,5)	71 (31,7)	3 (1,3)	
	İl Merkezi	59 (46,5)	4 (3,1)	59 (46,5)	5 (3,9)	

*Pearson kıkare testi, ASM: Aile sağlığı merkezi, DH: Devlet hastanesi

Araştırmaya katılanlar içinde erkeklerin bir sağlık problemi olduğunda ilk başvurduğu kurumlar incelendiğinde %47,6'sı (n=79) ASM'ye, %13,9'u (n=23) ilçe devlet hastanesine, %36,7'si (n=61) eğitim ve araştırma hastanesine, %1,8'i (n=3)

özel hastaneye başvurduğunu belirtmektedir. Kadınların bir sağlık problemi olduğunda ilk başvurduğu kurumlar incelendiğinde %53,3'ü (n=129) ASM'ye, %10,3'ü (n=25) ilçe devlet hastanesine, %32,6'sı (n=79) eğitim ve araştırma hastanesine, %3,7'si (n=9) özel hastaneye başvurduğunu belirtmektedir. Cinsiyetler arasında ilk başvurdıkları sağlık kurumları sıklıkları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0,337). Katılımcılardan 50 yaş ve altında olanların %42,5'inin (n=49) ASM, %13,0'nın (n=23) ilçe devlet hastanesi, %43,5'inin (n=50) eğitim ve araştırma hastanesi, %0,9'unun (n=1) özel hastane herhangi bir sağlık sorunu olduğunda ilk başvurdıkları sağlık kurumudur. Elli yaşının üstünde olanların %54,3'ünün (n=159) ASM, %11,3'ünün (n=33) ilçe devlet hastanesi, %30,7'sinin (n=90) eğitim ve araştırma hastanesi, %3,8'inin (n=11) özel hastane herhangi bir sağlık sorunu olduğunda ilk başvurdıkları sağlık kurumudur. İki yaş grubu arasında ilk başvurdıkları sağlık kurumları sıklıkları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur (p=0,034). Araştırmaya katılanlar içinde eğitim düzeyi ortaokul ve altında olanların bir sağlık problemi olduğunda ilk başvurduğu kurumlar incelendiğinde %51,9'u (n=154) ASM'ye, %13,1'i (n=39) devlet hastanesine, %32,7'si (n=97) eğitim ve araştırma hastanesine, %2,4'ü (n=7) özel hastaneye başvurduğunu belirtmektedir. Eğitim düzeyi lise ve üstü olanların bir sağlık problemi olduğunda ilk başvurduğu kurumlar incelendiğinde %48,6'sı (n=54) ASM'ye, %8,1'i (n=9) ilçe devlet hastanesine, %38,7'si (n=43) eğitim ve araştırma hastanesine, %4,5'i (n=5) özel hastaneye başvurduğunu belirtmektedir. İki grup arasında ilk başvurdıkları sağlık kurumları sıklıkları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0,258). Katılımcılardan köyde ikamet edenlerin %47,4'ünün (n=27) ASM, %28,1'inin (n=16) ilçe devlet hastanesi, %17,5'inin (n=10) eğitim ve araştırma hastanesi, %7,0'nın (n=4) özel hastane herhangi bir sağlık sorunu olduğunda ilk başvurdıkları sağlık kurumudur. İlçe merkezinde ikamet edenlerin %54,5'inin (n=122) ASM, %12,5'inin (n=28) ilçe devlet hastanesi, %31,7'sinin (n=71) eğitim ve araştırma hastanesi, %1,3'ünün (n=3) özel hastane herhangi bir sağlık sorunu olduğunda ilk başvurdıkları sağlık kurumudur. İl merkezinde ikamet edenlerin %46,5'inin (n=59) ASM, %3,1'inin (n=4) ilçe devlet hastanesi, %46,5'inin (n=59) eğitim ve araştırma hastanesi, %3,9'unun (n=5) özel hastane herhangi bir sağlık sorunu olduğunda ilk başvurdıkları sağlık kurumudur. İkamet yerleri arasında ilk

başvurdukları sağlık kurumları sıklıkları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur ($p=0,034$). Araştırmamızda elde ettiğimiz bu veriler Tablo 4.13.'de gösterilmiştir.



5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Basamaklandırılmış sağlık hizmeti sunumuyla; sağlık hizmetlerinin ilgili sorunlar için uygun eğitimi almış sağlık uzmanları tarafından sunulması ve özel becerilere sahip uzmanların daha az özelleştirilmiş sağlık hizmetleri için kullanılmaması sağlanmaktadır (Olesen ve Fleming, 1998). Ancak basamaklandırılmış sağlık hizmetleri etkili bir sevk sistemi ile uygulanmadığında; birinci basamağın etkinliğinin azalması, sağlık kuruluşlarına tekrarlayan başvurulara yol açması, üst basamaklarda talep yoğunluğuna yol açarak erişilebilirliğin azalması ve sağlık hizmetlerinin maliyetlerini arttırarak kaynak kullanımının verimsizleşmesi gibi pek çok olumsuzluk meydana gelmektedir (Bulut ve Uğurluoğlu, 2020). Bunun yanında; diyabet hastalığının, artan prevalansı nedeniyle, sağlık hizmet sunumunda yer alan üst basamak sağlık kuruluşlarında başvuru yoğunluğuna ve artan ekonomik yüke sebep olduğu da bilinmektedir (Öcal ve Önsüz, 2018). Halbuki, birinci basamak sağlık hizmet sunumunda yer alan aile hekimleri kronik hastalık ve diyabet yönetiminin her aşamasında önemli bir konumdadır (Beaglehole ve ark., 2008). Aile hekimliği sisteminin etkili ve verimli bir şekilde kullanılmasıyla üst basamaklar üzerindeki diyabet hastalığı yükünün azaltılacağı düşünülerek yapmış olduğumuz bu çalışmamızda; eğitim ve araştırma hastanesi diyabet polikliniğine başvuran hastaların birinci basamak sağlık hizmet sunumu yapan aile hekimleri tarafından yönetilebilme durumu, hastaların başvuru nedenlerine göre poliklinikte görev yapan branş uzmanlarının görüşü alınarak tespit edilmeye çalışılmıştır.

Diyabet polikliniğine başvuran katılımcıların %52'sinin birinci basamak sağlık tesislerinde yönetilebilir olduğu saptanmıştır. Bunun yanında; klinik yeterlilik açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların %25,2'sinin de birinci basamak hekimi tarafından yönetilebileceğini ancak hastanın ihtiyacı olan ilaçların birinci basamakta reçete edildiğinde geri ödeme kapsamında olmadığı ve bu nedenle branş hekimi başvurusunun gerektiği görülmüştür. Katılımcıların yaklaşık yarısına yakınının kontrol/takip amacıyla diyabet polikliniğine başvurdukları görülmektedir. Takip eden nedenlerin; kan şekeri regülasyonunda bozulma (hipo/hiperglisemi) ve hastalar tarafından diyabet ilişkili olabileceği düşünülen yakınmalar olduğu saptanmıştır. Katılımcıların yarısından fazlasının sağlık profesyoneli yönlendirmesi olmadan

diyabet polikliniğine başvurduğu görülmüştür. Geriye kalan katılımcıların ise; aile hekimi, başka bir branş uzmanı, doktor harici sağlık profesyoneli tarafından yönlendirildiği görülmüştür.

Çalışmamızda diyabet polikliniğine başvuran hastaların %52'si birinci basamakta yönetebilir olarak tespit edilmiştir. Olickal ve arkadaşlarının Mart 2019 – Şubat 2020 tarihleri arasında üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuran 1002 diyabet hastası üzerinde yapmış oldukları çalışmada bizim çalışmamızla aynı doğrultuda; katılımcıların %46,5'inin birinci basamak sağlık kuruluşlarında yönetilebileceğini tespit etmişlerdir (Olickal ve ark., 2022). Diyabet polikliniğine başvuran hastaların yaklaşık yarısının birinci basamakta yönetilebilmesi mümkün olduğu halde üçüncü basamağa başvurularında zorunlu sevk sisteminin olmamasının önemli bir etken olduğu düşünülmektedir. Zorunlu sevk sisteminin uygulandığı İngiltere'de bir yıl içerisinde birinci basamaktan ikinci basamağa sevk edilen diyabet hastalarının oranı %4,23 olarak bulunmuştur (Siah ve ark., 2021). Yapılan başka bir çalışmada aile hekimliği kliniklerinden farklı branş kliniklerine yapılan sevk oranı ortalama %20,3 bulunmuştur (Ayadi ve ark., 2021). DSÖ'ye göre; aile hekimliğine başvuran hastaların %80-90'ının sorununa, başvuru sebeplerinden bağımsız olarak, kesin çözüm sağlanabilmektedir (Oğuz, 2009). Bu bilgiler göz önünde bulundurulduğunda, üst basamak sağlık kuruluşlarına başvuruların azaltılması için sevk sisteminin işlevsel hale getirilmesinin kaçınılmaz olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda; katılımcıların %25,2'sinin birinci basamak hekimi tarafından yönetilebileceği, ancak hastanın ihtiyacı olan ilaçların birinci basamakta reçete edildiğinde geri ödeme kapsamında olmaması nedeniyle yönetilemediği tespit edilmiştir. SUT'ta yapılmış olan düzenlemeler nedeniyle antidiyabetik ilaçların çoğunun aile hekimi tarafından reçete edildiğinde geri ödeme kapsamında olmadığı bilinmektedir. Pratisyen aile hekimi ve aile hekimliği uzmanı arasında da reçete edebildiği ilaçlar açısından farklılıklar bulunmaktadır. Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar göz önünde bulundurulduğunda; reçete edildiğinde geri ödeme kapsamında olmayan ilaçlar nedeniyle yönetilemeyecek hasta oranının yapılacak düzenlemelerle azaltılabileceği ve bu sayede üst basamağa başvuran diyabetik hasta sayısının azaltılabileceğini düşünmekle birlikte bu düzenlemelerin gerekliliği tartışılmalıdır.

Çalışmamızda katılımcıların başvuru nedenlerine göre birinci basamakta yönetilebilirliği incelendiğinde; diyabet ile ilişkili semptomu olduğu düşüncesi ile başvuranların yönetilebilirliğinin en yüksek orana (%69,2) sahip olduğu görülmüştür. Hastalar diyabetin klasik semptomları arasında olan poliüri, polidipsi, polifaji, noktüri gibi şikayetler yanında ağız kuruluğu, ayak yanması, açıklanmayan kilo kaybı, yorgunluk, huzursuzluk gibi şikayetlerle de başvurabilmektedirler (Ramachandran, 2014). Çalışmamızda elde ettiğimiz bu sonuç, diyabet ile ilişkili bu ve benzeri semptomlara sahip olan hastaların ilk başvuru merkezinin aile hekimliği olması gerektiğini ortaya koymaktadır. Yönetilebilirliği en düşük olan başvuru nedeni ise %25,8 ile ilaç raporu ihtiyacı olarak bulunmuştur. SUT'ta pratisyen aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanlarının reçete ettiği diyabet ilaçlarının geri ödeme kapsamı ile alakalı düzenlemeler mevcuttur. Bu düzenlemelerde; pratisyen aile hekimlerinin ilaç raporu çıkarma yetkisi bulunmazken, aile hekimliği uzmanlarının rapor çıkarabildiği antidiyabetik ilaçlar kısıtlı sayıdadır (<https://www.sgk.gov.tr/Duyuru/Detay/20230316-Degisiklik-Teblici-Islenmis-Guncel-2013-SUT-2023-03-20-02-54-56>, Erişim tarihi; 04 Haziran 2023). İlaç raporu ihtiyacı ile başvuran diyabet hastalarının yönetilebilirlik oranının düşük olma nedeninin bu düzenlemeler ile açıklanabileceğini düşünmekteyiz. Aile hekimlerinin rapor çıkarabildiği antidiyabetik ilaç sayısının artırılması durumunda, üst basamaklara bu amaçla yapılan başvuru sayısının azalacağını düşünmekteyiz ancak yine bunun gerekliliği tartışılmalıdır.

Çalışmamızda; insülin kullanan katılımcıların büyük çoğunluğu (%80,9) birinci basamak sağlık kuruluşlarında yönetilemez olarak bulunmuştur. İnsülin kullanmayan katılımcılardan yönetilemeyecek olanlar ise daha az bir oranda (%31,6) bulunmuştur. İnsülinlerin büyük çoğunluğunun aile hekimliğinde reçete edildiğinde geri ödeme kapsamında olmaması nedeniyle yönetilememe oranının yüksek tespit edildiği düşünülmüştür. Ayrıca diyabet polikliniğinde çalışan branş uzmanının birinci basamakta çalışan hekimlerin diyabet yönetiminde insülin kullanma becerilerinin yeterli olmadığını düşünmesi sebebiyle bu sonuç ortaya çıktığı düşünülmektedir. İnsülin kullanan hastaların birinci basamakta yönetilebilmesi durumunda üst basamak sağlık kuruluşlarına başvuran diyabetik hasta sayısının bir miktar azalacağı düşünülmektedir. Ellis ve arkadaşları yapmış olduğu çalışmada birinci basamak

sağlık kuruluşlarındaki çalışanların insülin tedavisini etkili kullanabilmeleri için uygun eğitim almalarına, yeterli zamana sahip olmalarına ve sağlık sistemi tarafından desteklenmelerine ihtiyaç duyulduğunu belirtmişlerdir (Ellis ve ark., 2018). Ak ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada aile hekimlerinin önemli bir kısmı doz ayarlaması yapmakta veya uygun düzeyi sürdürmekte kendilerini yetersiz hissettiklerini belirtmişlerdir. Aynı çalışmada aile hekimleri insülinin nasıl kullanılacağını hastaya anlatacak zamanlarının olmadığını da belirtmişlerdir (Ak ve ark., 2015). Birinci basamakta insülin kullanan diyabet hastalarının yönetilebilirliğinin arttırılabilmesi için bu çalışmalarda elde edilen sonuçların göz önünde bulundurulması gerektiğini düşünmekteyiz. Ayrıca birinci basamakta reçete edildiğinde geri ödeme kapsamında olan insülin çeşidinin arttırılmasının da yönetilebilirliğe katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda katılımcılar arasından hiç kronik hastalığı olmayanların %65,2'sinin birinci basamak sağlık kuruluşunda yönetilebileceği, beş ve üzeri kronik hastalığa sahip olanların ise %17,6'sının birinci basamak sağlık kuruluşunda yönetilebileceği tespit edilmiştir. Sahip olunan kronik hastalık sayısı arttıkça yönetilebilme oranının azaldığı tespit edilmiş olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Olickal ve arkadaşları, yaptıkları çalışmada bizim çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlarla aynı doğrultuda olacak şekilde; diyabet hastalığının yanında kronik hastalığa veya diyabet ile ilişkili komplikasyona sahip olan hastaların, tedavilerinin birinci basamakta yapılamayacağını düşündüklerini tespit etmişlerdir. (Olickal ve ark., 2022). Hastaların kronik hastalık sayısı arttıkça farklı uzmanlık dallarını ilgilendiren komplike durumların da artacağı göz önünde bulundurulduğunda birinci basamakta yönetilme oranının düşmesini beklenen bir durum olarak değerlendirmekteyiz.

Çalışmamızda katılımcıların yarıya yakınının (%48,5) kontrol/takip amacıyla polikliniğe başvurduğu görülmüştür. Bir üniversite hastanesinin endokrin ve iç hastalıkları polikliniklerinde yapılan çalışmada; hastaların %79'u başvuru nedenini rutin kontrol olarak ifade etmiştir (Çaparuşağı, 2006). Yapılan başka bir çalışmada kronik hastalığı olanların takip amacıyla başvurdıkları merkezler incelenmiş olup; %9'unun aile hekimini, %65,3'ünün ise çeşitli hastaneleri tercih ettiği tespit edilmiştir (Koçoğlu ve Özdemir, 2019). Çalışmamızda diyabet polikliniğinde görev

yapan branş uzmanlarının görüşlerine göre kontrol/takip hastalarının %54,5'inin aile hekimliğinde yönetilebileceği göz önünde bulundurulduğunda üst basamaklardaki hasta yükünü azaltmak için kontrol/takip amacıyla başvuru yapan hastaların birinci basamakta yönetilmesinin önemi anlaşılmaktadır. Çalışmamızdaki diğer başvuru nedenleri incelendiğinde 12 kişinin ilaç raporuna sahip olmasına rağmen ilaç temini için aile hekimi yerine diyabet polikliniğine başvurduğu görülmüştür. Bazı ilaçların, raporu olsa dahi, branş uzmanı tarafından reçete edilmediğinde geri ödeme kapsamında olmadığı bilinmektedir. (<https://www.sgk.gov.tr/Duyuru/Detay/20230316-Degisiklik-Teblici-Islenmis-Guncel-2013-SUT-2023-03-20-02-54-56>, Erişim tarihi; 04 Haziran 2023). İlaç raporuna sahip olmasına rağmen ilaç temini için başvuran 12 hastadan 7 tanesinin yönetilemeyecek grupta olması, başvuruların bir kısmının bu sebeple olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda; diyabet polikliniğine başvurmadan önce aile hekimine başvuran hasta oranı %30,9 bulunmuştur. İnci ve arkadaşları, üniversite/eğitim ve araştırma hastanesinde hizmet veren bir dahiliye polikliniğine başvuranların %30'unun öncesinde ASM'ye başvurduklarını tespit etmişlerdir (İnci ve ark., 2022). Yine Durmuş ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada başvuru öncesi aile hekimine başvuru yapanların oranı %24,6 bulunmuştur (Durmuş ve ark, 2018). Literatürde benzer çalışmalarda elde edilen veriler birbirine yakınlık göstermekle birlikte başvuru yapılan branşa göre değişkenlik gösterebilmektedir. Aile hekimlerinin sağlık sisteminin ilk temas noktası olma durumu göz önünde bulundurulduğunda, çalışmamızda ve literatürde tespit edilmiş olan bu başvuru oranlarının yetersiz olduğu görülmektedir. Hastaların acil durumlar dışında herhangi bir sağlık sorunu olduğunda ilk başvurması gereken sağlık kuruluşunun ASM olması amacıyla ilgili yasal düzenlemelerin ve gerekli bilgilendirilmelerin yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Katılımcıların diyabet polikliniğine gelmeden önce aile hekimine başvurmama nedenleri incelendiğinde; diyabet polikliniğinde takipli olunması en sık sebep olarak tespit edilmiştir. Diğer nedenler incelendiğinde en sık olarak; başka bir branş uzmanı tarafından diyabet polikliniğine yönlendirilmesi, ilgili branş uzmanına muayene olma isteği, aile hekiminden memnun olmaması şeklinde tespit edilmiştir. Literatürde aile

hekimine başvurmama nedenleri incelendiğinde benzer sebepler göze çarpmaktadır. İnci ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; katılımcıların %33,5'i aile hekimliği olanaklarını yeterli bulmadığını, %29,1'i branş uzmanına muayene olmak istediğini, %11,5'i aile hekimini yeterli görmediğini ifade etmiştir (İnci ve ark., 2022). Başka bir çalışmada; aile hekimliğinin teknolojik açıdan yeterli donanıma sahip olmaması ve aile hekimlerinin yeterli görülmemesi en sık sebepler arasında tespit edilmiştir (Aycan ve Güven, 2018). Gaziantep'te bir devlet hastanesinde yapılan çalışmada ise; en sık sebep olarak uzman doktora muayene olma ve daha kapsamlı tetkik/tedavi olma isteği ifade edilmiştir (Gümüş ve Güngörmüş, 2020). İnci ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada katılımcıların aile hekiminden memnuniyet oranı %85,3 bulunmuştur (İnci ve ark., 2022). Bir devlet hastanesinde yapılan çalışmada aile hekimi memnuniyet oranı %87,5 bulunmuştur (Bostan ve Havatoğlu, 2014). Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak hastaların aile hekimine başvurmama sebepleri arasından memnun olunmaması düşük (%7,4) oranda saptanmıştır. Sebepler arasında aile hekiminin ulaşımı güç olan bir yerde/şehirde olması dikkat çekicidir. İnci ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada; aile hekimine başvurmama nedenleri arasından hastanenin eve yakın olması %3,2 olarak bulunmuştur (İnci ve ark., 2022). Özata ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; hastaların %5,4'ü evlerinden aile hekimlerine ulaşma imkanlarını kötü-çok kötü olarak cevaplandırmışlardır (Özata ve ark., 2016). Bizim çalışmamızda da aile hekiminin ulaşımı güç olan bir yerde/şehirde olması benzer bir oranda (%2,7) bulunmuştur. Aile hekimliği uygulamasının amaçlarından bir tanesi kolay ulaşılabilir olmasıdır. Kişilerin aile hekimlerinin kolay ulaşılabilir bir konumda olmamasının nedeni; kısa süreli ikamet değişikliği, aile hekimliği değişikliği yöntemlerinden haberdar olunmaması veya yakın konumdaki aile hekimlerinden memnun olunmaması şeklinde düşünülmüştür. Çalışmamızda elde ettiğimiz verilerin yanında literatürdeki veriler de göz önünde bulundurulduğunda; katılımcıların diyabet polikliniğine başvurmadan önce aile hekimliğine başvurmamasının en sık nedeni olarak kontrollerinin diyabet polikliniğinde yapılmasını ifade etmelerinin, diyabet polikliniğindeki branş uzmanının hastaları kontrole kendi polikliniğine çağırmasından ve/veya hastaların aile hekimliğinde verilen hizmetleri yetersiz ve niteliksiz bulmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Katılımcılardan diyabet polikliniğine gelmeden önce aile hekimine başvuran 126 hastanın 106'sının (%84,1) aile hekimleri tarafından diyabet polikliniğine sevk edildiği görülmüştür. 20 hastanın (%15,9) ise aile hekiminin gerek görmemesine rağmen diyabet polikliniğine başvurduğu görülmüştür. Aile hekiminin gerek görmemesine rağmen üst basamağa başvurulmasının aile hekimine olan güvensizlikten kaynaklandığı düşünülmüştür. Özata ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada; katılımcıların %17'si tıbbi bakımları konusunda aile hekimlerinin vereceği karara güvenmediklerini, %23,3'ü ise emin olmadıklarını ifade etmiştir (Özata ve ark., 2016). Aile hekimlerine olan güvenin sağlanmasıyla birinci basamakta yönetilebilecek hastaların üst basamağa gereksiz başvurularının azalacağı düşünülmüştür.

Çalışmamızda; katılımcıların %50,7'sinin kimse tarafından yönlendirilmeden diyabet polikliniğine başvurduğu görülmüştür. Katılımcıların %26'sının aile hekimi tarafından yönlendirildiği, %15,4'ünün başka bir branş uzmanı tarafından yönlendirildiği görülmüştür. Kimse tarafından yönlendirilmeyen hastaların %54,1'inin birinci basamakta yönetilebileceği tespit edilmiştir. Bu durum, hastaların herhangi bir engel olmadan üçüncü basamak sağlık kuruluşuna randevu almalarının oluşturduğu hasta yükünü ortaya koymaktadır.

Çalışmamıza katılan kişilerin %42,4'ünün bağlı olduğu aile hekiminin ünvanı konusunda bilgisi olmadığı görülmüştür. Üniversite hastanesine başvuran hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada aile hekimini ünvanı konusunda bilgi sahibi olmayanlar %36,8 olarak bulunmuştur (İlhan, 2022). Aile hekimi ünvanı konusunda, çalışmamızda ve literatürde görüldüğü gibi, yüksek oranda bilgi eksikliğinin olması aile hekimleri ile hastaları arasında iletişim eksikliği olduğunu düşündürmektedir. Katılımcılardan bağlı olduğu aile hekiminin ünvanını uzman olarak belirtenlerin oranı %26,7 olarak tespit edilmiştir. İlhan yapmış olduğu çalışmada bu oranı %40,6 olarak bulmuş olup, oranın yüksek çıkmasının sebebini bazı hastaların aile hekimlerinden memnun kalması sebebiyle uzman cevabı vermesi şeklinde düşünmüştür (İlhan, 2022). Aile hekimi uzman doktor olan katılımcılardan %65,1'inin, uzman aile hekimlerinin diyabet tedavisinde kullanılan bazı ilaçlara rapor çıkarabildiği konusunda bilgi sahibi olmadığı görülmüştür. Aile hekimliğinde

diyabet tanı ve takibi için tahlil/tetkik yapıldığını bilmeyen katılımcı oranı %20,6 olarak tespit edilmiştir. Aile hekiminin raporlu olan diyabet ilaçlarını yazabildiği konusunda bilgisi olmayan katılımcı oranı ise %12,3 olarak tespit edilmiştir. Aile hekiminin ünvanı, yetkileri ve sahip olduğu imkanları konularında bilgi sahibi olunmaması üst basamak sağlık kuruluşlarına başvuru sayılarının artmasına sebep olacak nedenler olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda; aile hekimlerinin ünvanlarına göre hasta sevkleri kıyaslandığında, ünvanı pratisyen olan aile hekimlerinin aile hekimliği uzmanlarına göre diyabet polikliniğine daha çok hasta sevk ettiği görülmüştür. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Aile hekimliği uzmanları tarafından yönlendirilen hastaların %42,9'unun, pratisyen aile hekimleri tarafından yönlendirilen hastaların %50'sinin birinci basamakta yönetilebilir olduğu tespit edilmiştir. Yapılan bir çalışmada aile hekimlerinin uzman hekimlere sevk ettiği hastaların %30'u, uzman hekimler tarafından gereksiz sevk olarak değerlendirmiştir. Aynı çalışmada aile hekimleri ise yapılan sevklerin %33'ünün eğitimler ve uzmanlarla kurulacak iletişim sayesinde önlenebileceğini belirtmişlerdir. (Donohoe ve ark., 1999). Üst basamak hekimleri tarafından uygun görülmeyen sevklerin azaltılmasının; aile hekimliği uzmanlığı eğitiminde iyileştirmeler yapılmasıyla, aile hekimliği uzmanlarının sayısının ve niteliğinin artırılmasıyla ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin desteklenmesiyle sağlanabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda katılımcıların %40,7'sinin hali hazırda başvurdukları diyabet polikliniğinden takipli olmaları nedeniyle eğitim ve araştırma hastanesine başvurmayı tercih ettikleri görülmüştür. Başvuru tercih nedenleri arasında en dikkat çekici bulgulardan biri katılımcılardan 25 (%6,1) kişinin aile hekimine randevu bulamaması nedeniyle diyabet polikliniğine başvurmasıdır. Ardahan ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da aile hekime uygun saatte randevu bulabilme imkanı sorusuna hastaların %6,3'ü kötü olarak cevap vermiştir (Ardahan ve ark., 2018). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ana bileşenini oluşturan aile hekimliği sağlık hizmetlerine giriş kapısı rolü üstlenirken üçüncü basamağa başvuru sebebi olarak aile hekiminden randevu alamama nedeninin düşük oranda olsa bile tartışılması gerekliliği açıktır. Aile hekimleri bireylerin en kolay ulaşabilecekleri ve

sağlık hizmeti ve danışmanlığı noktasında ilk başvuracakları hekimler olmalıdır veya beklenen budur. Ancak ülkemizde basamaklı sağlık sisteminin olması bu işleyiş zemin hazırlamakla birlikte halen yeterli sayıda aile hekiminin olmaması ve aile hekimi başına düşen kayıtlı nüfus sayılarının çok fazla olması aile hekimlerine ulaşımı da zorlaştırmaktadır. Aile hekimi sayısının arttırılarak birim başına düşen nüfusun azaltılması birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesini ve etkinliğini arttırmakla birlikte üst basamaklarda da aynı etkilere vesile olacağı açıktır.

Çalışmamızda; katılımcıların ikamet yerine göre herhangi bir sağlık probleminde ilk başvurdukları sağlık tesisleri incelendiğinde il merkezinde ikamet edenlerin köy veya ilçe merkezinde ikamet edenlerden daha yüksek oranda eğitim ve araştırma hastanesine başvuruda bulunduğu görülmüştür. Buna karşın İlhan'ın üniversite hastanesine başvuran hastaların ilk başvurularında tercih ettikleri sağlık kurumlarını incelediği araştırmasında; il, ilçe ve köyde ikamet eden katılımcılar arasında ilk başvuru tercihleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (İlhan, 2022). Köy ve ilçe merkezinde oturanların ASM ve ilçe hastanesine ulaşmalarının il merkezinde bulunan eğitim ve araştırma hastanesine ulaşmalarından daha kolay olması sebebiyle çalışmamızdaki bu farkın ortaya çıktığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda; katılımcıların demografik özelliklerine göre herhangi bir sağlık probleminde ilk başvurdukları sağlık tesisleri incelendiğinde 50 yaş üzerinde olanların ASM'ye ilk başvuru oranı (%54,3) 50 yaş altında olanlara (%42,5) göre daha yüksek bulunmuştur. 50 yaş altında olanlarda ASM (%42,5) ve eğitim ve araştırma hastanesi (%43,5) başvuru oranlarının birbirine yakın olduğu görülmüştür. Kaya ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da yaş ilerledikçe ilk başvuru merkezi olarak ASM'nin tercih edildiği ve 50 yaş üzerindeki hastaların ilk tercihinin ASM olduğu tespit edilmiştir (Kaya ve ark., 2020). Erciyes Üniversitesi Hastanesi polikliniklerine başvuran hastalara yapılan bir çalışmada yaşla birlikte aile hekiminden memnun olma ve aile hekimini tercih etme oranlarının arttığı tespit edilmiştir. Aynı çalışmada hastaların %58,4'ünün aile hekimine gitme nedeni olarak ilaç yazdırmayı belirttiği görülmüştür (Durmuş ve ark., 2018). Çalışmamızda elde etmiş olduğumuz sonuçlar literatürdeki bu çalışmalarla birlikte değerlendirildiğinde yaş ilerledikçe aile hekimi memnuniyet düzeyinin artmasına bağlı olarak aile

hekiminin tercih edilmesinin arttığı gözlenmektedir. Aile hekimine en sık gitme nedeninin kullandığı ilaçların reçete edilmesi olması, ileri yaş grubu kişilerin kronik hastalıkları nedeniyle kullandıkları ilaç sayısının daha çok olduğu göz önünde bulundurulduğunda, 50 yaş üstünün daha sık aile hekimini tercih etme nedenini açıkladığını düşünmekteyiz.

Diyabet hastalarının başvuru nedenlerine göre birinci basamakta yönetilebilirliğini araştırdığımız bu çalışmada; diyabet polikliniğine başvurunun en sık kontrol/takip nedeniyle yapıldığı tespit edilmiştir. Bu sebeple başvuran hastaların ise yarısından fazlasının birinci basamakta yönetilebileceği tespit edilmiştir. Diyabet ile ilişkili semptomu olduğu düşüncesiyle gelen hastaların ise başvuru nedenleri arasında yönetilebilirliği en yüksek orana sahip olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların yaklaşık yarısının birinci basamakta yönetilebileceği, bunun dışında kalan grubun da yaklaşık yarısının ise birinci basamakta yazılan reçeteler geri ödeme kapsamında olması durumunda birinci basamakta yönetilebileceği tespit edilmiştir.

Sonuç olarak çalışmamızda elde ettiğimiz verilere göre; birinci basamak sağlık kuruluşları arasında yer alan aile hekimliği sisteminin, etkili ve verimli bir şekilde kullanıldığında, üst basamak sağlık kuruluşlarındaki diyabet hastalarının yükünü en azından yarıya yakın bir oranda azaltılabileceğini düşünmekteyiz. Bunun yanında, aile hekimlerinin bu tedavileri tercih etmeleri için gerekli mesleki eğitimlerin düzenlenmesi gerektiği düşünülmektedir. Hastaların aile hekimliği kapsamında sunulan sağlık hizmetleri ve aile hekimlerinin yetkinlikleri konusunda bilgilendirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Çalışmamızda üst basamaklara yönlendirilmeden başvuran hastaların yarısından fazlasının birinci basamakta yönetilebileceğini tespit ettiğimiz göz önünde bulundurulduğunda, zorunlu sevk sistemi ile üst basamaktaki hasta yükünün azaltılabileceğini düşünmekteyiz. Bu öneri ve düşüncelerin uygulanabilmesi için birinci basamak sağlık hizmetlerinin ve aile hekimliği sisteminin güçlendirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

6. KAYNAKLAR

- Ak, M., Sucakli, M. H., Canbal, M., Koşar, Y. (2015). What primary care physicians think about insulin initiation in type 2 diabetes: A field-based study. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 45(2), 409-415.
- Akdur, R. (2006). Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu. Yayın No: 2. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, s:55-75.
- Akman, E., Kopuz, K. (2021). Katastrofik sağlık harcamalarında koruyucu sağlık hizmetlerinin rolü. *Journal of Healthcare Management and Leadership*, (1), 1-14.
- American Diabetes Association. (2014). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 37 Suppl 1, S81-S90.
- American Diabetes Association. (2022). Professional Practice Committee; 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*, 45 Suppl 1, S17-S38.
- Ardahan, M., Arabacı, Z., Saka, M. C. (2018). Bir aile sağlığı merkezine başvuran hastaların memnuniyet düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 18(40), 53-70.
- Aytekin, S. (2012). Türkiye'de Aile Hekimliği Uygulamasının Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(9), 33-44.
- Başak, O. (2007). Basamaklandırılmış sağlık hizmeti sunumu ve birinci basamak. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 11(3), 135-139.
- Beaglehole, R., Epping-Jordan, J., Patel, V., Chopra, M., Ebrahim, S., Kidd, M., Haines, A. (2008). Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: A priority for primary health care. *The Lancet*, 372(9642), 940-949.
- Bulut, S., & Uğurluoğlu, Ö. (2020). Sağlık Hizmetlerinde Sevk Sistemi. *Türkiye Klinikleri J Health Sci*, 5(1), 166-82.
- Caparuşığı, A. (2006). Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi iç hastalıkları ve endokrinoloji polikliniğine 1998-2004 yılları arasında gelen diyabet hastalarının demografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi. G.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Nimet Ovalı).
- Çelik, Y. (2011). Sağlık Ekonomisi. Siyasal Kitabevi, Ankara, s: 297-312.
- Dağdelen, S. (2019). Tip 1 diyabet tedavi ve izlem klinik protokolü. *Diyabet Tedavi ve İzlem Klinik Protokolleri*. T.C. Sağlık Bakanlığı, Yayın Numarası: 1151, s:1-5.

Donohoe, M. T., Kravitz, R. L., Wheeler, D. B., Chandra, R., Chen, A., Humphries, N. (1999). Reasons for outpatient referrals from generalists to specialists. *Journal of General Internal Medicine*, 14, 281-286.

Durmuş, H., Timur, A., Yıldız, S., Çetinkaya, F. (2018). Erciyes Üniversitesi hastanesi polikliniklerine başvuran hastaların aile hekimliği uygulamasından memnuniyet durumu. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 22(1), 2-11.

Ellis, K., Mulnier, H., Forbes, A. (2018). Perceptions of insulin use in type 2 diabetes in primary care: a thematic synthesis. *BMC Family Practice*, 19(1), 1-21.

Grembowski, D. E., Cook, K., Patrick, D. L., Roussel, A. E. (1998). Managed care and physician referral. *Medical Care Research and Review*, 55(1), 3-31.

Gümüş, E. Ç., Güngörmüş, Z. (2020). İkinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru yapan hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanma durumlarının belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(1), 119-126.

Güven, E. A., Aycan, S. (2018). Ankara’da bir üniversite hastanesine başvuranların mevcut aile hekimliği sistemi ve sevk uygulaması hakkında düşünceleri. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 3(3), 25-36.

International Diabetes Federation. (2021) *IDF Diabetes Atlas*, 10th ed. Brussels, Belgium.

İlhan, Ö. A. (2022). Üniversite hastanesine başvuran hastaların ilk başvuruda aile sağlığı merkezi veya üçüncü basamak sağlık kuruluşu tercihlerinin incelenmesi. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi, Konya (Danışmanlar: Prof. Dr. N Karaoğlu, Dr. Öğr. Üyesi H Küçükceran).

Kantarci, Y. (2015). Aile Hekimliği uygulamasının hasta sağlığı üzerine etkisi: Nurdagı Aile Sağlığı Merkezi örneği. S.İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş (Danışman: Yrd. Doç. Dr. M Tan).

Kaya, M. V., Orhan, M., Sayar, B. (2020). Aile hekimliği tercih edilmeme düzeylerinin demografik özellikler açısından değerlendirilmesi: Şanlıurfa ili örneği. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 9 (2), 412-419.

Knowler, W. C., Barrett-Connor, E., Fowler, S. E., Hamman, R. F., Lachin, J. M., Walker, E. A., Nathan, D. M., Diabetes Prevention Program Research Group. (2002). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *The New England Journal of Medicine*, 346(6), 393–403.

Lean, M. E., Leslie, W. S., Barnes, A. C., Brosnahan, N., Thom, G., McCombie, L., Peters, C., Zhyzhneuskaya, S., Al-Mrabeh, A., Hollingsworth, K. G., Rodrigues, A. M., Rehackova, L., Adamson, A. J., Sniehotta, F. F., Mathers, J. C., Ross, H. M., McIlvenna, Y., Stefanetti, R., Trenell, M., Welsh, P., Taylor, R. (2018). Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): An open label, cluster randomised trial. *Lancet*, London, England, 391(10120), 541–551.

Macintyre, K., Lochigan, M., Letipila, F. (2003). Understanding referral from primary care clinics in rural Kenya: Using health information systems to prioritize health services. *The International journal of health planning and management*, 18(1), 23-39.

Magkos, F., Hjorth, M. F., Astrup, A. (2020). Diet and exercise in the prevention and treatment of type 2 diabetes mellitus. *Nature reviews. Endocrinology*, 16(10), 545–555

McWhinney, I. R. (1998). Primary care: Core values in a changing world. *Bmj*, 316(7147), 1807-1809.

Oğuz, D. (2009). Aile Hekimliği. *Güncel gastroenteroloji*, 13(1), 8-14.

Olesen, F., Fleming, D. (1998). Patient Registration and Controlled Access to Secondary Care Prerequisites for Integrated Care. *The European Journal of General Practice*, 4(2), 81-83.

Olickal, J. J., Suryanarayana, B. S., Chinnakali, P., Saya, G. K., Ganapathy, K., Vivekanandhan, T., Subrahmanyam, D. K. S. (2022). Decentralizing diabetes care from tertiary to primary care: how many persons with diabetes can be down-referred to primary care settings?. *Journal of Public Health*, 44(3), 663-670.

Öcal, E. E., Önsüz, M. F. (2018). Diyabet hastalığının ekonomik yükü. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 3(1), 24-41

Özata, M., Tekin, F., Öztürk, Y. E. (2016). Konya'daki aile hekimliği hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (35), 205-218.

Özdemir, M., Koçoğlu, F. (2019). Sivas ilinde aile hekimliği modelinin değerlendirilmesi. *Ahi Evran Medical Journal*, 3(2), 59-65.

Polonsky K. S. (2012). The past 200 years in diabetes. *The New England Journal of Medicine*, 367(14), 1332–1340.

Rakel R. E. (2002). The Family Physician. In: Rakel RE, eds. *Textbook of Family Practice*. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2002. p. 3-18.

Ramachandran, A. (2014). Know the signs and symptoms of diabetes. *The Indian Journal of Medical Research*, 140(5), 579.

Satman, İ., & Grubu, T. I. Ç. (2011). Türkiye diyabet, hipertansiyon, obezite ve endokrinolojik hastalıklar prevalans çalışması (TURDEP-II) sonuçları. *İstanbul Tıp Fakültesi Geleneksel İç Hastalıkları Günleri. Klassis Resort Hotel, İstanbul, Toplantı Kitabı*, s: 25-28.

Siah, Q. Z., Ubeysekara, N. H., Taylor, P. N., Davies, S. J., Wong, F. S., Dayan, C. M., Ali, M. A. (2021). Referral rates of patients with diabetes to secondary care are

inversely related to the prevalence of diabetes in each primary care practice and confidence in treatment, not to HbA1c level. Primary Care Diabetes, 15(3), 513-517.

T.C. Resmi Gazete. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. 12 Ocak 1961. Sayı: 10705, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

Türkiye Diyabet Vakfı. (2021). Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, İstanbul.

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED). (2018). Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu.

WONCA Europe (2002). The European definition of general practice/family medicine, Barcelona.

WONCA Europe (2023). The European definition of general practice/family medicine.

World Health Organization. (2019). Classification of diabetes mellitus. Geneva: World Health Organization.

Zheng, Y., Ley, S. H., Hu, F. B. (2018). Global etiology and epidemiology of type 2 diabetes mellitus and its complications. Nature reviews. Endocrinology, 14(2), 88–98.

7. EKLER

7.1. EK-1: Etik Kurul Kararı

	T.C. SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ Tıp Fakültesi Dekanlığı Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu	
Sayı : E-71522473-050.01.04-171413-268		05.10.2022
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başvuru Dosyası Hk.		
Sayın Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir AYDIN Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı		
İlgi : 13.09.2022 tarih ve 268 sayılı başvurunuz. Destekleyicisi olduğunuz "Diyabet Polikliniğine Başvuran Hastaların Başvuru Sebeplerinin Birinci Basamakta Yönetilebilirliğinin İncelenmesi" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir. Ancak çalışma bitiş tarihinden itibaren en geç 3 ay içerisinde çalışma sonuç raporunun Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kuruluna gönderilmesi gerekmektedir. Bilgilerinize rica ederim.		
Prof. Dr. Ertuğrul GÜÇLÜ Etik Kurulu Başkanı		
Güvenli Elektronik İmzalı Aslı ile Aynıdır. 05...10.2022		
Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. Doğrulama Kodu :BSF59VSSYE Pin Kodu :91982 Adres:Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Korucuk Kampüsü, Korucuk, Adapazarı/Sakarya Telefon No:264 295 6630 Faks No:264 295 6629 e-Posta:tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ:www.tip.sakarya.edu.tr Belge Takip Adresi : https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5783&eD=BSF59VSSYE&eS=171413 Bilgi için: Yücel Demir Unvanı: Birim Evrak Sorumlusu Telefon No: 2953129 		

7.2. EK-2: Anket formu

Diyabet Polikliniğine Başvuran Hastaların Başvuru Sebeplerinin Birinci Basamakta Yönetilebilirliğinin İncelenmesi

Adı-Soyadı:

T.C.:

1-Yaş:

2-Cinsiyet:

☐ Kadın

☐ Erkek

3-Eğitim durumu:

☐ Yok

☐ Okur-yazar

☐ İlk okul

☐ Orta okul

☐ Lise

☐ Lisans

☐ Yüksek lisans/Doktora

4-Medeni hali:

☐ Evli

☐ Bekâr

5-İkamet yeri:

☐ Köy

☐ İlçe merkezi

☐ İl merkezi

6-Ekonomik durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- ☐ Düşük
- ☐ Orta
- ☐ Yüksek

7-Aile sağlığı merkezinde bağlı olduğunuz doktor aile hekimi uzmanı mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Bilgin yok

8-Aile hekiminiz uzman doktor ise diyabet ilaçlarınızın bazılarının raporunu çıkartabildiğini biliyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

9-Aile hekiminizin diyabet tanı ve takibi için tahlil/tetkik yaptığını biliyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

10-Aile hekiminizin raporlu diyabet ilaçlarınızı yazabildiğini biliyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

11-Herhangi bir sağlık probleminde ilk başvurduğu merkez sıklıkla neresidir?

- ☐ Aile Sağlık Merkezi
- ☐ İlçe Devlet Hastaneleri (ikinci basamak)
- ☐ Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- ☐ Özel Hastane

12-Neden Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvurduunuz?

- ☐ Evine yakın olması sebebiyle(Ulaşım kolaylığı nedeniyle)
- ☐ Uzman hekim muayenesi talebi nedeniyle
- ☐ Aile hekimine randevu bulamaması sebebiyle
- ☐ Hastanede çalışan yakını olması sebebiyle
- ☐ Diyabet polikliniğinde takipli olması nedeniyle
- ☐ Diyabet polikliniği olması sebebiyle
- ☐ Diğer

13-Aile sağlığı merkezine ne sıklıkla başvuruyorsunuz?

- ☐ Hiç gitmiyorum
- ☐ Haftada bir kez
- ☐ Ayda bir kez
- ☐ Yılda birkaç kez
- ☐ Diğer:

14-Aşağıdaki hastalıklardan biri ile alakalı daha önce tanı aldınız mı?

- ☐ Hayır
- ☐ DM
- ☐ HL
- ☐ SVO
- ☐ OBEZİTE
- ☐ HT
- ☐ KAH
- ☐ KBY
- ☐ Diğer:

15-Diyabet hastalığınız varsa ilaç kullanıyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

16-İnsülin kullanıyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

17-Diyabet polikliniğine ilk başvurunuz mu?

☐ Evet

☐ Hayır

18-Diyabet polikliniğine başvuru Şikâyeti/Nedeni nedir?

19-Bu şikayet/neden için aile hekiminize başvurduğunuz mu?

☐ Evet

☐ Hayır

(Hayır ise 20. sorudan devam edin. Evet ise 22. soruya geçiniz)

20-Neden aile hekiminize başvurmadınız?

21-Diyabet polikliniğine kim yönlendirdi?

22-Aile hekiminiz tahlil/tetkik yaptı mı?

☐ Evet

☐ Hayır

23-Aile hekiminiz tedavi verdi mi?

☐ Evet

☐ Hayır

24-Aile hekiminiz mi diyabet polikliniğine sevk etti?

☐ Evet ise neden:.....

☐ Hayır

25-Dahiliye/Endokrin uzmanının tanısı:

26-Dahiliye/Endokrin uzmanı tahlil/tetkik ihtiyacı duydu mu?

☐ Evet

☐ Hayır

27-Dahiliye/Endokrin uzmanına göre bu hastanın birinci basamakta yönetimi yapılabilir miydi?

☐ Evet, yönetilebilirdi

☐ Evet tanısı konulup yönetilebilirdi, ancak reçete edilen ilaçlar geri ödeme kapsamından olmadığı için yönetilemeyebilir

☐ Hayır, laboratuvar/test imkanı yetersizliğinden dolayı yönetilemezdi

☐ Hayır, görüntüleme yapılamadığı için yönetilemezdi

☐ Hayır, uzmanlık bilgisi gerektirdiği için yönetilemezdi

ÖZGEÇMİŞ

Adı	Ahmet Talha	Soyadı	Türkmen
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
Uyruğu	T.C.	Tel	
E-posta			
Eğitim Düzeyi	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı	
Lisans	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	2012	
İş Deneyimi			
Görevi	Kurum	Süre	
Pratisyen hekim	Kaynarca Şehit Gökhan Ayder Devlet Hastanesi	2012-2014	
İşyeri Hekimi	Artı Değer Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimi	2014-2019	
Araştırma görevlisi	Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi	2019-	
Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	Orta	Orta