T.C.

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

HEKİMLİK PRATİĞİNDE KAÇIRILMIŞ FIRSATLAR

Dr. Kazım TIRPAN

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ESKİŞEHİR

2026

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

HEKİMLİK PRATİĞİNDE KAÇIRILMIŞ FIRSATLAR

Dr. Kazım TIRPAN

Aile Hekimliği Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Hüseyin BALCIOĞLU

ESKİŞEHİR
2026

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

Tıp Fakültesi Dekanlığı'na

Tıpta Uzmanlık Tezi olarak hazırlayıp sunduğum **"**Hekimlik Pratiğinde Kaçırılmış Fırsatlar**"** başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir / hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımca yapılmış olup, tüm cümleler ve yorumlar bana aittir.

Bu tez çalışmasıyla ilgili tüm süreçler Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından, 31/07/2025 tarihinde, 31 numaralı kararla onaylanmıştır.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Arş. Gör. Dr. Kazım TIRPAN

Tarih:

İmza:

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C.

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Arş. Gör. Dr. Kazım TIRPAN' a ait “Hekimlik Pratiğinde Kaçırılmış Fırsatlar” adlı çalışma jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih:04.02.2026

Jüri Başkanı Prof.Dr. Hüseyin BALCIOĞLU
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Üye Prof.Dr. Uğur BİLGE
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Üye Dr. Öğr.Üyesi Yasemin SAĞLAN
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu'nun …../…../…… Tarih ve ……/…. Sayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Atilla Özcan ÖZDEMİR
Dekan Vekili

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği Uzmanlığı eğitimim sürecinde destekleri için tez danışmanım Prof. Dr. Hüseyin BALCIOĞLU' na, Anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Uğur BİLGE' ye, Dr. Öğr. Üyesi Yasemin SAĞLAN ve Dr. Öğr.Üyesi Elif Fatma ÖZKAN PEHLİVANOĞLU' na, gerek Aile Hekimliği gerekse Akademik yolculuğumda desteklerini esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU' na, sevgili eşim Şule SELVİ TIRPAN' a şükranlarımla.

ÖZET

Tırpan, K. Hekimlik Pratiğinde Kaçırılmış Fırsatlar, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2025. Kaçırılmış fırsat (missed opportunity); aşılanması, taranması veya risk faktörleri açısından değerlendirilmesi gereken bir bireyin, herhangi bir nedenle sağlık kuruluşuyla temas etmesine rağmen bu koruyucu hizmeti alamadan sistemden ayrılması durumu olarak tanımlanmaktadır. Bu tez çalışması, hekimlerin klinik pratiklerinde karşılaştıkları kaçırılmış fırsatları; bilgi düzeyleri, tutumları ve davranışları ekseninde incelemeyi amaçlamaktadır. Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışma, 25.09.2025 ile 15.10.2025 tarihleri arasında, aktif olarak poliklinik yapan 404 hekimin katılımıyla gerçekleştirilen çevrimiçi anket verilerine dayanmaktadır.Araştırma bulguları, hekimlerin koruyucu sağlık hizmetleri konusundaki teorik bilgi düzeylerinin oldukça yüksek (%92) olduğunu, ancak bu bilginin klinik pratiğe yansımasında belirgin bir "bilgi-uygulama açığı" (know-do gap) bulunduğunu ortaya koymuştur. Örneğin, obezite (%95) ve tütün kullanımının riskleri konusundaki farkındalık yüksek olmasına rağmen, Vücut Kitle İndeksi (VKİ) hesaplama ve rutin tansiyon ölçümü (%63) gibi temel uygulamalarda aksaklıklar saptanmış, hipertansiyon için davranış düzeyinde %37'lik bir kaçırılmış fırsat oranı belirlenmiştir. Katılımcıların %74,3'ü, koruyucu hekimlik uygulamalarının önündeki en büyük engel olarak poliklinik sürelerinin kısalığını göstermiştir. Hekimlerin koruyucu hekimlik konusundaki yetkinliklerine rağmen, zaman kısıtlılığı ve iş yükü baskısı, her hasta temasının bir fırsata dönüştürülmesini engellemektedir. Sonuç olarak, kaçırılmış fırsatların azaltılması; hekimlerin bireysel çabasından ziyade, randevu sürelerinin düzenlenmesi, dijital karar destek sistemlerinin entegrasyonu ve iş yükünün azaltılması gibi sistemsel iyileştirmelere bağlıdır.

Anahtar Kelimeler: Kaçırılmış Fırsat, Koruyucu Hekimlik, Bilgi-Uygulama Açığı, Kronik Hastalıklar, Birinci Basamak.

ABSTRACT

Tırpan, K. Missed Opportunities in Medical Practice, Eskisehir Osmangazi University Faculty of Medicine Department of Family Medicine Medical Speciality Thesis, Eskisehir, 2025.Missed opportunity is defined as the situation where an individual requiring vaccination, screening, or evaluation for risk factors leaves the system without receiving this preventive service despite contacting a health institution for any reason. This thesis study aims to examine the missed opportunities encountered by physicians in their clinical practice within the axis of their knowledge levels, attitudes, and behaviors. This descriptive and cross-sectional study is based on online survey data conducted between 25.09.2025 and 15.10.2025 with the participation of 404 physicians actively performing outpatient services.Research findings revealed that physicians' theoretical knowledge levels regarding preventive health services are quite high (92%), but there is a distinct "know-do gap" in the reflection of this knowledge into clinical practice. For instance, although awareness regarding the risks of obesity (95%) and tobacco use is high, disruptions were detected in basic applications such as Body Mass Index (BMI) calculation and routine blood pressure measurement (63%), revealing a 37% missed opportunity rate for hypertension at the behavioral level. 74.3% of the participants cited the shortness of outpatient clinic times as the biggest obstacle to preventive medicine practices. Despite physicians' competence in preventive medicine, time constraints and workload pressure prevent every patient contact from being transformed into an opportunity. In conclusion, reducing missed opportunities depends on systemic improvements such as regulating appointment times, integrating digital decision support systems, and reducing workload rather than physicians' individual efforts.

Key Words: Missed Opportunity, Preventive Medicine, Know-Do Gap, Chronic Diseases, Primary Care.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLOLAR DİZİNİ	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1.Klinik Pratikte Kaçırılmış Fırsatlar	1
1.2.Çalışmanın Amacı	2
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1.Kaçırılmış Fırsat	3
2.2. Sağlığın Tanımı	3
2.2.1.Sağlığın Korunması	4
2.2.2.Sağlığın Geliştirilmesi (Health Promotion)	5
2.3.Epidemiyolojik Dönüşüm	7
2.3.1. Yaşamın Uzaması	7
2.3.2. Yaşam Tarzı Değişikliği	8
2.3.3. Uzmanlaşma	11
2.3.4. Sezgisel- Algoritmik Yaklaşım	13
2.4.Bulaşıcı Hastalıklar ve Kaçırılmış Fırsatlar	15
2.4.1.Aşılama	16
2.5. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kaçırılmış Fırsatlar	17
2.5.1. Multimorbidite	21
2.5.2. Kronik Hastalık Yükü	21
2.5.3. Kronik Hastalık Maliyeti	22
2.6. Hastalık Nedenleri ve Kaçırılmış Fırsatlar	23
2.6.1. Obezite	23
2.6.2. Tütün ve Tütün Ürünlerinin Kullanımı	26
2.6.3. Anemi ve Kalp Yetmezliği	28
2.6.4. Sağlık Okur Yazarlığı	31

Sayfa

3.GEREÇ VE YÖNTEM 34
3.1. Çalışmanın Etik İzni 34
3.2. Çalışmanın Türü 34
3.3. Çalışmanın Yeri ve Zamanı 34
3.4. Çalışmanın Evreni ve Örneklem Büyüklüğü 34
3.5. Çalışmaya Dahil Olma ve Dışlama Kriterleri 34
3.6. Verilerin Toplanması 35
3.7. İstatistiksel Analiz 35
4.BULGULAR 36
4.1. Demografik Veriler 36
4.2.Kaçırılmış Fırsat Verileri 42
5. TARTIŞMA 57
6.SONUÇ VE ÖNERİLER 64
6.1. Sonuçlar 64
6.2. Öneriler 66
KAYNAKLAR 68

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACE	Angiotensin Converting Enzyme (Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim)
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Yetersizliği Sendromu)
AMA	Amerikan Tıp Birliği
ANOVA	Analysis of Variance (Varyans Analizi)
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
ATP	Adenozin Trifosfat (Adenosine Triphosphate)
BMI	Body Mass Index (Vücut Kitle İndeksi)
CBC	Tam Kan Sayımı
DALY	Disability Adjusted Life Years (Engelliğe Ayarlanmış Yaşam Yılları)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
eGFR	estimated Glomerular Filtration Rate (Tahmini Glomerüler Filtrasyon Hızı)
GBP	Genişletilmiş Bağışıklama Programı
HIV	Human Immunodeficiency Virus (İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü)
HPV	Human Papilloma Virus (İnsan Papilloma Virüsü)
HYP	Hastalık Yönetim Platformu
IV	İntravenöz
KDT	Kanıta Dayalı Tıp
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KY	Kalp Yetmezliği
MCH	Ortalama Eritrosit Hemoglobini
MCV	Ortalama Eritrosit Hacmi
MHRS	Merkezi Hekim Randevu Sistemi
RRT	Renal Replasman tedavileri

SAHU	Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
TBSA	Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırmaları
TEKHARF	Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri çalışması
TSAT	Transferrin Satürasyonu
TURDEP	Türkiye Diyabet Epidemiyoloji
VKİ	Vücut Kitle İndeksi
YLL	Years of Life Lost (Kaybedilen Yaşam Yılları)
YZ	Yapay Zekâ

TABLOLAR

Sayfa

4.1.Katılımcıların Yaş Değerleri Dağılımı 36
4.2.Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımları 36
4.3.Katılımcıların Medeni Hallerine Göre Dağılımları 36
4.4.Katılımcıların Çocuk Sayıları Dağılımı 36
4.5.Katılımcıların Hekimlik Yapma Sürelerinin Dağılımı 36
4.6.Katılımcıların İsteyerek Hekim Olma Durumu Dağılımları 37
4.7.Katılımcıların Unvanlarına Göre Dağılımları 37
4.8.Katılımcıların Çalıştıkları Kurumlara Göre Dağılımları 37
4.9.Katılımcıların Mezun Oldukları Üniversitelere Göre Dağılımları 38
4.10.Katılımcıların Son Birimde Çalışma Süresi Değerlerinin Dağılımı 39
4.11. Katılımcıların Ortalama Poliklinik Sayıları Değerlerinin Dağılımı 39
4.12.Katılımcıların Yaşadıkları Şehirlere Göre Dağılımları 39
4.13.Katılımcıların Poliklinik Dışında Görevli Olma Göre Dağılımları 40
4.14.Katılımcıların Yaşadıkları Yere Göre Dağılımları 40
4.15.Katılımcıların Gelir Durumlarına Göre Dağılımları 40
4.16.Katılımcıların Ev Sahipliğine Göre Dağılımları 40
4.17.Katılımcıların Araba Sahipliğine Göre Dağılımları 41
4.18.Katılımcıların İmkânı Olsa Başka Mesleğe Geçme İsteği Durumu Dağılımları 41
4.19.Katılımcıların Çalıştıkları Ortamdan Memnun Olma Göre Dağılımları 41
4.20.Katılımcıların Yurtdışında Çalışmak Yaşamak İsteği Durumu Dağılımları 41
4.21. Katılımcıların Bilgi Tabanlı Sorulara Verdikleri Cevapların Puanlanması 42
4.22. Katılımcıların Tutum Tabanlı Sorulara Verdikleri Cevapların Puanlanması 42
4.23. Katılımcıların Davranış Tabanlı Sorulara Verdikleri Cevapların Puanlanması 43
4.24. Katılımcıların Uygulama Tabanlı Verdikleri Cevapların Puanlanması 43
4.25. Erişkinler İçin En Önemli Sağlık Taramaları Tablosu. 44
4.26. Hastaların Sağlık Taraması Yaptırmama Nedenleri Tablosu. 44
4.27. Unvana Göre Hastaların Sağlık Taraması Yaptırmama Nedenleri Tablosu. 44
4.28. Hekimlerin Tarama,Yaşam Tarzı Değişikliği Önermeme Nedenleri Tablosu. 45
4.29. Hekimlerin Hastalarına Sağlık Taraması Programı Önerme Oranları Tablosu. 45
4.30. Son 1 Yılda Hastaların Sağlık Taramalarına Uyum Oranları Tablosu. 46
4.31.Tarama Önerileri İle Hastaların Uyum Oranlarının Kıyaslanması Tablosu. 46

Sayfa

4.32. Katılımcıların Diğer Hekimlerin Tarama Programı Önerme Oranları Tablosu.46
4.33. Hekimlerin Hastalarına Tarama Önerme Oranlarının Karşılaştırılma Tablosu.47
4.34. Hekimlerin Kurumlara Göre Unvan Dağılımları Tablosu. 47
4.35.Cinsiyete Göre Katılımcıların HPV Aşısı Önerme Düzeyleri 48
4.36. Unvana Göre Katılımcıların Hepatit B Aşısı Bilgi Düzeyleri 48
4.37. Unvana Göre Katılımcıların VKI Hesaplama Düzeyleri 48
4.38. Unvana Göre Katılımcıların Kan Basıncı Ölçme Düzeyleri 49
4.39. Unvana Göre Sağlık Bilgi Sistemlerinden Veri Alma Düzeyleri 49
4.40. Unvana Göre Sağlık Taramaları İle İlgili Bilgi İhtiyacı Düzeyleri 49
4.41. Unvana Göre Katılımcıların Rehberler İle İlgili Görüş Düzeyleri 50
4.42. Unvana Göre Katılımcıların Hyp Hakkında Bilgi Düzeyleri 50
4.43. Çalışılan Kuruma Göre Sağlık Kuruluşlarında Sigara Sorgulanma Düzeyleri 50
4.44. Çalışılan Kuruma Göre Katılımcıların Vkı Hesaplama Düzeyleri 51
4.45. Çalışılan Kuruma Göre Katılımcıların Kan Basıncı Ölçme Düzeyleri 51
4.46. Çalışılan Kuruma Göre Sağlık Bilgi Sistemlerinden Veri Alma Düzeyleri 51
4.47. Çalışılan Kuruma Göre Sigara Kullanma Durumunu Kaydetme Düzeyleri 52
4.48. Çalışılan Kuruma Göre Katılımcıların Sigara Bırakma Önerisi Düzeyleri 52
4.49. Çalışılan Kuruma Göre Sağlık Taramaları İle İlgili Bilgi İhtiyacı Düzeyleri 52
4.50. Çalışılan Kuruma Göre Malpraktis Endişesi, Fazla Tetkik İsteme Düzeyleri 53
4.51. Çalışılan Kuruma Göre Davranış Değişikliği Önerme Düzeyleri 53
4.52. Çalışılan Kuruma Göre Standart Yaşam Tarzı Değişikliği Önerme Düzeyleri 54
4.53. Çalışılan Kuruma Göre Katılımcıların Hyp Bilme Düzeyleri 54

ŞEKİLLER

Sayfa

4.1 Yüksek Tansiyon İçin Bilgi Ve Davranış Düzeyinde Kaçırılmış Fırsatlar 55
4.2. Obezite İçin Bilgi Ve Davranış Düzeyinde Kaçırılmış Fırsatlar 55
4.3.Tütün Kullanımı İçin Bilgi Ve Davranış Düzeyinde Kaçırılmış Fırsatlar 56
4.4.Yaşam Tarzı Değişikliği Bilgi Ve Tutum Düzeyinde Kaçırılmış Fırsatlar 56

1. GİRİŞ

Kaçırılmış fırsat (missed opportunity); aşılanması gereken, bir tarama testine ihtiyaç duyan veya risk faktörleri açısından değerlendirilmesi gereken uygun bir bireyin, herhangi bir nedenle sağlık kuruluşuna başvurmasına rağmen, bu hizmeti almadan sistemden ayrılması durumudur(1).

1.1.Klinik Pratikte Kaçırılmış Fırsatlar

Klinik pratiklerde sıklıkla karşılaşılan ve aşılama oranlarının hedeflenen düzeyin altında kalmasına yol açan en kritik faktörlerden biri, başvuru anında aşı kontrendikasyonu bulunmayan çocukların tarama dışı bırakılarak sistemden ayrılmasıdır(2)Erişkinlerde ise diyabet ve kalp hastalığı gibi risk gruplarında influenza ve pnömokok aşı sorgusunun standart prosedür haline getirilmemesi nedeniyle aşılama oranları düşük kalmaktadır (3, 4).

Acil servislerde sadece riskli görülen hastaların tarandığı modellerde, HIV pozitif bireylerin tanı almadan önce defalarca sağlık sistemiyle temas ettiği görülmüştür (1).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kronik hastalık yönetimi incelendiğinde; hipertansiyon ve diyabet taramalarındaki mevcut boşlukların ötesinde, tanı konulmuş her on hipertansif hastadan yedisinin kapsamlı bir risk danışmanlığı almadan klinikten ayrılması, koruyucu hekimlik zincirindeki en zayıf halkalardan birini oluşturmaktadır (5, 6). Laboratuvar verileri (eGFR) kronik böbrek hastalığını işaret etse bile, hastalarda farkındalık yaratılmaması hastalığın son evreye ilerlemesine neden olmaktadır (7).

Kalp yetmezliği tanısında nefes darlığının sıklıkla yaşlılık, KOAH veya enfeksiyon gibi yanlış nedenlere bağlanması, uygun tedaviye erişimi geciktirmektedir(8).

Kolorektal kanser hastalarının tanıdan önceki yıl yaptıkları görüşmelerde; karın ağrısı veya sindirim sorunlarının hemoroid veya irritabl bağırsak sendromu gibi selim nedenlere bağlanması "doktor ertelemesi" veya "sistem hatası" olarak tanımlanan fırsat kayıplarıdır(9).

Hekim tarafından verilecek basit bir "sigara bırakma tavsiyesi" bile bırakma oranlarını anlamlı ölçüde artırırken, bu tavsiyenin verilmediği her hasta kaçırılmış bir fırsattır(10). Obezite yönetiminde sadece anlık VKİ değerine odaklanılması; kişinin geçmişteki Obezite Hafızası veya Normal Ağırlıklı Obezite gibi metabolik risklerin gözden kaçırılmasına neden olmaktadır(11, 12).

Ergenlerin sağlık ziyaretlerinin çoğunun sadece reçete yazdırma amaçlı olması ve psikososyal risklerin sorgulanmaması önemli bir eksikliktir(13). Ayrıca, preeklampsi öyküsü olan kadınlarda ileride gelişebilecek kalp hastalığı riskinin değerlendirilmemesi (14) ve minimal travmalı kırıkla başvuran hastaların %20'sinden azının osteoporoz açısından araştırılması bu alandaki diğer kritik örneklerdir (15).

1.2.Çalışmanın Amacı

Hekimler teşhis, tedavi ve sağlık danışmanlığının n önemli unsuru olarak sağlık sistemlerinin merkezindedirler. Bu çalışma, hekimlerin klinik pratiklerinde karşılaştıkları kaçırılmış fırsatları anlamayı, bu kritik kalite göstergesi konusunda hekimlerin bilgi düzeylerini, tutum ve davranışlarını incelemeyi amaçlamaktadır. Her hasta temasının bir koruyucu sağlık fırsatı olarak değerlendirilmesi gerekliliğinden yola çıkarak, sistemdeki önlenebilir sağlık kayıplarını azaltmaya yönelik veriler sunulması hedeflenmektedir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Kaçırılmış Fırsat

Kaçırılmış fırsat; Hekimin muayene sırasında, hastanın mevcut şikayeti ile ilgisi olmayan, hastanın sağlık taramalarını, zararlı sağlık davranışlarını sorgulamasını, yaşam tarzı değişiklikleri ve sağlığının geliştirilmesi gibi davranışları önermesini içeren bir çerçeve kavramdır.

Kavramın tarihçesi, 1970'lerin sonlarında Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) ile yakından ilişkilidir (16). Başlangıçta sadece aşılanmamış veya eksik aşılı çocukların sağlık sistemiyle temas etmelerine rağmen aşılanmadan ayrılmalarını tanımlamak için kullanılan bu terim, zamanla değişmiştir (16). Epidemiyolojik dönüşümle birlikte, kavramın kapsamı genişlemiş ve yetişkin sağlığı, kronik hastalık yönetimi ve kanser taramalarını da içine alacak şekilde yeniden tanımlanmıştır(17). DSÖ, 2015 yılında bu stratejiyi revize ederek, her hasta temasının bir koruyucu sağlık fırsatı olarak değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamıştır (16).

McWhinney'in bütüncül ilkeleri çerçevesinde, aile hekimlerinin hastalarıyla kurdukları her temas, sadece mevcut şikayetin tedavisi için değil, aynı zamanda hastalığın önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi adına değerlendirilmesi gereken kritik bir fırsattır (18). Bu durum fırsatçı tarama olarak adlandırılır ve dijital çağda dahi geçerliliğini sürdürmektedir.

2.2. Sağlığın Tanımı

Geleneksel tıp anlayışı uzun yıllar boyunca sağlığı, "hastalığın yokluğu" (negatif tanım) olarak ele almıştır. Ancak 20. yüzyılın ortalarında bu bakış açısı yetersiz bulunmaya başlanmış ve Dünya Sağlık Örgütü, 1948 anayasasında sağlığı devrim niteliğinde bir vizyonla tanımlamıştır: "*Sağlık,yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir*"(19, 20). Bu tanım, sağlığı biyomedikal bir çerçeveden çıkarıp sosyal ve ruhsal boyutları da kapsayan bütüncül bir yapıya kavuşturması bakımından tarihi bir öneme sahiptir (21).

O yıllardan itibaren, hızla değişen dünya ile birlikte bu tanım hem tartışılmış (22)hem de DSÖ ‘nün eklediği yeni bileşenlerle gelişen bir kavramsal çerçeve olmuştur. Sağlık; algılanması ve tarihsel dönüşümü ile kültürün de bir parçasıdır(23).

Ancak 21. yüzyılın değişen hastalık profilleri, uzayan yaşam süreleri ve kronik hastalıkların artışı, bu tanımın sorgulanmasına neden olmuştur. Eleştirilerin odak noktası, tanımın içerdiği "tam iyilik" (complete well-being) ifadesinin yarattığı statik ve ulaşılamaz durumdur. Huber ve arkadaşlarına göre, nüfusun yaşlandığı ve kronik hastalıklarla yaşamanın norm haline geldiği bir dünyada, "tam iyilik hali" vurgusu, insanları kronik bir durumları olduğu anda "tamamen hasta" kategorisine sokmaktadır (24). Oysa diyabet veya hipertansiyon gibi kronik hastalığı olan bir birey, durumunu yönetebildiği ve sosyal hayata katılabildiği sürece kendini sağlıklı hissedebilir. Bu bağlamda DSÖ'nün tanımı, sağlık ve hastalığı birbirinden kesin çizgilerle ayrılan zıt kutuplar gibi gösterdiği için eleştirilmektedir; modern görüşe göre sağlık ve hastalık bir süreklilik arz eder (25, 26).

Bu eleştiriler ışığında, sağlığın "sosyal, fiziksel ve duygusal zorluklar karşısında uyum sağlama ve kendi kendini yönetme yeteneği" olarak yeniden tanımlanması gerektiği savunulmaktadır(24, 25). Bu yeni bakış açısı, "tam" ve "kusursuz" bir halden ziyade, bireyin dayanıklılığını, başa çıkma kapasitesini ve değişen koşullara karşı dengesini yeniden kurabilme yetisini merkeze alır(22, 27). Antonovsky’nin salutojenik yaklaşımı da bu görüşü destekler; ona göre sağlık, kaotik bir süreçte dengeyi koruyabilme ve eldeki kaynakları kullanarak zorluklarla başa çıkabilme becerisidir(21, 28).

2.2.1.Sağlığın Korunması

Sağlığın korunması, hastalıkların ortaya çıkmasını, ilerlemesini veya bireyde yarattığı tahribatı engellemeye yönelik tüm eylemleri kapsar. Geleneksel üçlü yapı (birincil, ikincil, üçüncül) günümüzde genişleyerek "primordial" (temel) ve "dördüncül" korumayı da içine almış ve beş aşamalı bir modele dönüşmüştür(19).

1.Primordial (Temel/İlkel) Koruma**:** Risk faktörleri henüz ortaya çıkmadan, toplumsal, çevresel ve ekonomik koşulların düzenlenmesini hedefler. Amaç, riskin oluşmasını en baştan engellemektir. Örneğin, çocukluk çağı obezitesini önlemek için

kent planlamasında yürüyüş yollarının artırılması, devletin tütün kullanımını azaltmak için vergi politikaları uygulaması veya hava kirliliğini önleyici yasalar bu kapsama girer (19).

2. Birincil (Primer) Koruma: Hastalık henüz oluşmadan, spesifik koruyucu önlemlerle risklerin bertaraf edilmesini hedefler. Amaç insidansı (yeni vaka sıklığını) azaltmaktır. Bu düzeydeki en tipik uygulamalar; aşılama programları, suların klorlanması, emniyet kemeri kullanımı, güvenli cinsel yaşam eğitimi ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının teşvik edilmesidir (19).

3. İkincil (Sekonder) Koruma: Hastalığın belirtileri tam olarak ortaya çıkmadan veya erken dönemde tespit edilip tedavi edilmesini içerir. Temel amaç, hastalığın ilerlemesini durdurmak ve tam iyileşmeyi sağlamaktır. Meme kanseri için mamografi taramaları, yenidoğan topuk kanı testleri (fenilketonüri vb.), hipertansiyon taramaları ve işçilere yönelik periyodik sağlık muayeneleri bu grubun en önemli araçlarıdır(19).

4. Üçüncül (Tersiyer) Koruma: Hastalık klinik olarak ortaya çıktıktan sonra komplikasyonların azaltılması, sakatlıkların önlenmesi ve rehabilitasyonu kapsar. Hastanın yaşam kalitesini artırmayı ve işlevselliğini geri kazandırmayı hedefler. Diyabetli bir hastada ayak yaralarının önlenmesi, inme geçiren bir hastanın fizik tedavi görmesi veya kanser hastasının rehabilitasyon süreci buna örnektir (19).

5. Dördüncül (Kuaterner) Koruma: Modern tıbbın aşırı müdahaleciliğine karşı geliştirilen bu kavram, hastayı gereksiz tetkik, teşhis ve tedavilerden (aşırı medikalizasyon) korumayı amaçlar. "Önce zarar verme" ilkesine dayanır. Örneğin, ticari kaygılarla yapılan gereksiz check-up programlarının yarattığı kaygıdan, radyasyon riskinden ve yanlış pozitif tanıların getirdiği zararlardan bireyi korumak dördüncül koruma faaliyetidir (19).

2.2.2.Sağlığın Geliştirilmesi (Health Promotion)

Sağlığın korunması, var olan risklere karşı savunmacı bir tutum sergilerken; sağlığın geliştirilmesi, bireylerin ve toplumların sağlık kapasitelerini artırmayı hedefleyen daha pozitif ve kapsamlı bir stratejidir (29). 1986 tarihli Ottawa Şartı'na göre sağlığın geliştirilmesi, "bireylerin sağlıkları üzerindeki kontrollerini

artırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlayan bir süreç" olarak tanımlanmıştır (30). Bu yaklaşım, sağlığı sadece sağlık sektörünün bir sorumluluğu olmaktan çıkarıp, tüm sektörlerin katılımını gerektirir ve sağlığı bir yaşam amacı değil, günlük yaşam için bir kaynak olarak görür (20, 21) .

Sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesinden farklı bir felsefeye sahiptir; sadece risk faktörlerine değil, toplumun varlıklarına, potansiyellerine ve güçlü yönlerine odaklanır. Ottawa Şartı, sağlığın geliştirilmesi için birbirini tamamlayan beş temel eylem alanı belirlemiştir (30) :

Sağlıklı Kamu Politikaları Oluşturmak: Sağlık, sadece hastanelerin değil; tarım, eğitim, ulaşım ve maliye gibi tüm bakanlıkların kararlarında gözetilmelidir. Politikalar oluşturulurken kararların sağlık üzerindeki etkileri değerlendirilmeli; sağlıklı seçimler vatandaşlar için daha kolay ve ulaşılabilir hale getirilmelidir.

Destekleyici Çevreler Yaratmak: İnsanların yaşadığı, çalıştığı, eğlendiği ve öğrendiği ortamların sağlığı destekleyici hale getirilmesidir. Doğal kaynakların korunması, güvenli çalışma ortamları ve sosyal etkileşimi teşvik eden kent tasarımları buna örnektir.

Topluluk Eylemini Güçlendirmek: Toplumların kendi sağlık sorunlarını belirlemesi, karar alma süreçlerine katılması ve çözüm üretme kapasitelerinin artırılmasıdır. Kendi kendine yardım grupları ve sivil toplum kuruluşlarının sağlık süreçlerine aktif katılımı esastır.

Kişisel Becerileri Geliştirmek: Bireylerin sağlıkları üzerinde kontrol sahibi olabilmeleri için gerekli bilgi ve yaşam becerileriyle (sağlık okuryazarlığı) donatılmasıdır. Bu süreç, bireylere kronik hastalıklarla başa çıkma veya sağlıklı beslenme gibi konularda yetkinlik kazandırmayı amaçlar.

Sağlık Hizmetlerini Yeniden Yönlendirmek: Sağlık sisteminin sadece tedavi odaklı (küratif) olmaktan çıkıp, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi yönünde evrilmesidir. Sağlık hizmetleri, bireyin bütüncül ihtiyaçlarına odaklanacak şekilde yeniden organize edilmelidir (29, 31) .

2.3.Epidemiyolojik Dönüşüm

Epidemiyolojik dönüşüm, tarihsel süreçte toplumların temel hastalık ve ölüm nedenlerinde meydana gelen köklü bir değişimi ifade eder. Bu kavram, 1900'lerin başında iyileşen beslenme, sanitasyon, tıbbi yenilikler ve diğer halk sağlığı başarıları sonucunda, Bulaşıcı Hastalıklardan (enfeksiyonlar) Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara doğru yaşanan geçişi tanımlamaktadır(17). Günümüzde bu dönüşüm, küresel ölçekte bulaşıcı hastalıklarla beraber; kalp damar hastalıkları, kanser, diyabet ve kronik solunum yolu hastalıkları gibi kronik durumların artmasıyla karakterizedir(32).

2.3.1. Yaşamın Uzaması

21.yüzyılın en belirgin toplumsal dönüşümlerinden biri küresel nüfusun yaşlanmasıdır. Tıbbi bilimlerdeki ilerlemeler, sanitasyon, aşılar ve antibiyotikler sayesinde insan ömrü benzeri görülmemiş bir hızla uzamıştır. Küresel doğumda beklenen yaşam süresi 1950'de 46 yıl iken, 2023 yılında 70 yılın üzerine çıkmıştır (33).

Bu durum, yaşlanmanın hem büyük bir başarı hem de sağlık sistemleri için ciddi bir meydan okuma olduğu gerçeğini ortaya koyar. Yaşam süresi uzarken, artan hastalık (morbidite) ve çoklu kronik durumlar (multimorbidite), kaynakların yeniden tahsisini gerektiren bir yük oluşturmaktadır (33). Tıbbi müdahaleler ölümü geciktirmeyi başarmış olsa da, bu süreç her zaman yaşam kalitesinin korunmasıyla eş zamanlı ilerlememektedir(34) .

Uzun yaşamın niteliğini belirleyen faktörler, genetik mirasımız ile yaşam tarzı seçimlerimiz arasındaki etkileşimde gizlidir.

Genetik Faktörler ve Asırlık İnsanlar: Genetiğin rolü, özellikle uzun yaşayan bireyler (Ashkenazi Yahudileri ve New England asırlık bireyleri gibi kohortlar) incelendiğinde belirginleşir. Bu bireyler üzerinde yapılan çalışmalar, kanser ve kardiyovasküler hastalıklar gibi yaşa bağlı hastalıkların başlangıcının, daha genç referans gruplarına göre 18 ila 24 yıl geciktiğini göstermektedir (35). Bu durum, "*hastalık insidansının yaşının, hem erkek hem de kadın asırlık bireylerde referans gruplarına göre önemli ölçüde ertelendiği*" (35) gerçeğiyle uyumludur. Bu kişilerde

görülen hastalıkların sıkışması (compression of morbidity), genetik faktörlerin hastalık başlangıcını öteleyen koruyucu bir kalkan görevi gördüğüne işaret eder.

Çevresel ve Davranışsal Faktörler: Genetik bir temel olsa da, sağlıklı yaşlanma büyük ölçüde çevresel faktörlerle şekillenir. Eğitim düzeyi ve sosyoekonomik statü, sağlığı geliştirici davranışların benimsenmesinde belirleyicidir. Akdeniz diyeti gibi beslenme modelleri ve fiziksel aktivite, kronik hastalık riskini azaltarak bilişsel ve fiziksel direnci artırır. Buna karşın, düşük sosyoekonomik statü ve yetersiz sosyal destek, hastalık yükünü artmasına neden olabilir (33).

James Fries'in "morbiditenin sıkışması" teorisi, hastalıkların başlangıcının ölüm yaşına doğru ertelenmesiyle, yaşamın sonunda hastalıkla geçen sürenin kısalacağını öne sürer(36). Güncel araştırmalar, daha uzun sağlıklı yaşam beklentisine (sağlıklı geçirilen yıllar) sahip bireylerin, ilk hastalık ortaya çıktıktan sonra daha hızlı bir hastalık birikimi yaşasalar da, toplam yaşam sürelerinin daha büyük bir yüzdesini sağlıklı geçirdiklerini göstermektedir(34). Yani, "*Sağlık beklentisini artırmanın, morbiditenin sıkışmasıyla sonuçlanması muhtemeldir*"(34).

Mevcut tablodaki en büyük "kaçırılmış fırsat", sağlık sistemlerinin reaktif yapısı ve geriatrik yaklaşım eksikliğidir. Çoğu zaman sağlık profesyonelleri yaşlı hastaların karmaşık ihtiyaçlarını yönetmekte zorlanmaktadır.

Geriatrik Kültür Eksikliği: Sadece ömrü uzatmaya değil, hastanın yaşam kalitesine ve arzularına odaklanan bir geriatrik kültürün sağlık ortamlarına yayılması gerekmektedir. "*Bakım, sadece prognoza değil, hastaların arzularına ve yaşam kalitesine odaklanmalıdır*" (37).

Bütüncül Müdahale ve Aile: Kronik hastalıklar sadece bireyi değil, aileyi de etkiler. Bakım verenlerde görülen duygusal tükenmişlik, fiziksel sağlık sorunları ve aile içi anksiyete, bütüncül bir yaklaşımı zorunlu kılar. Hemşirelik ve sağlık hizmetleri, birey ve aileyi merkezine alan bütüncül yaklaşımların desteklenmesi (38) prensibiyle hareket etmelidir.

2.3.2. Yaşam Tarzı Değişikliği

İnsanlık tarihi boyunca sağlık, genellikle hayatta kalabilmek ve enfeksiyonlarla mücadele edebilmekle eşdeğer tutulmuştur. Ancak Sanayi Devrimi

ile başlayan ve dijital çağla hızlanan süreç, insan biyolojisi üzerinde daha önce hiç deneyimlenmemiş bir baskı oluşturmuştur. Bugün gelinen noktada, yaşam tarzı değişikliği :Bir yandan modern yaşam tarzımız, bizi hasta eden temel patojen haline gelmişken; diğer yandan bilinçli yapılan yaşam tarzı değişiklikleri, kronik hastalıkların en etkili tedavisi, hatta ilacı konumundadır.

Sanayi Devrimi, sadece üretim biçimlerini değil, insanın ekolojiyle kurduğu ilişkiyi de kökünden değiştirmiştir. Atalarımızın evrimleştiği çevre ile modern insanın içine doğduğu çevre arasındaki bu derin uçurum, "evrimsel uyumsuzluk" olarak adlandırılan bir durumu ortaya çıkarmıştır(39). Avcı-toplayıcı atalarımız, hayatta kalmak için yüksek düzeyde fiziksel aktiviteye muhtaçken, modern insan, hareketsizliğin norm olduğu bir dünyada yaşamaktadır. Örneğin, modern öncesi toplumlarda (örneğin Machiguenga yerlileri) günlük enerji harcaması, modern ABD erkeğine göre yaklaşık %35 daha fazlaydı. Bu enerji dengesizliği, obezite ve buna bağlı kronik hastalıkların temelini oluşturmuştur (39).

Bu değişim sadece kaloriyle sınırlı değildir. Beslenme alışkanlıklarımızdaki radikal dönüşüm, işlenmiş gıdaların artışı ve lifli gıdaların azalması, bağırsak mikrobiyotamızda ciddi bir fakirleşmeye yol açmıştır. Mikrobiyolog René Dubos'un çalışmalarına dayanan "paleo-eksiklik bozukluğu" (paleo-deficit disorder) kavramı, modern insanın sadece besinlerden değil, aynı zamanda atalarımızın maruz kaldığı çevresel mikroplardan ve doğal çeşitlilikten de mahrum kaldığını öne sürer (40). Aşırı hijyen ve doğadan kopuş, bağışıklık sisteminin tolerans geliştirmesini engelleyerek alerjilerin ve otoimmün hastalıkların artmasına neden olmaktadır (40).

Daha da önemlisi, bu yeni yaşam tarzı zihinsel sağlığımızı da tehdit etmektedir. Kentleşme ve doğadan kopuş, anksiyete ve depresyon gibi sorunları tetiklerken (41), teknolojinin getirdiği yeni alışkanlıklar biyolojik sınırlarımızı zorlamaktadır. Özellikle dijital ekran maruziyeti, modern çağın yeni bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan araştırmalar, günlük dijital ekran süresinin artmasıyla (özellikle 4 saati aştığında) miyopi riskinin ciddi oranda arttığını ve bunun doz-yanıt ilişkisi gösteren bir "çevresel toksin" gibi davrandığını ortaya koymaktadır (42).

Modern tıp, akut enfeksiyonlarla mücadelede büyük başarılar elde etmesine rağmen, kronik hastalıklar karşısında aynı başarıyı gösterememiştir. Bunun temel nedeni, hastalığın kök nedenlerine (yani yaşam tarzına) inmek yerine, semptomları ilaçlarla baskılamaya odaklanmasıdır. Oysaki, kalp-damar hastalıkları, tip 2 diyabet ve kanser gibi ölümlerin büyük çoğunluğunu oluşturan hastalıkların %80'inden fazlası, sağlıksız yaşam tarzı seçimlerinin bir sonucudur (43).

Mevcut sağlık sistemi, "hastalık bakımı" üzerine kuruludur ve koruyucu hekimlik genellikle ihmal edilmektedir. Doktorların beslenme ve yaşam tarzı tıbbı konusundaki eğitim eksikliği, hastaların bu güçlü tedavi aracından mahrum kalmasına neden olmaktadır. Oysa yaşam tarzı değişiklikleri, sadece hastalığı önlemekle kalmaz, aynı zamanda genetik ifadenin (epigenetik) değişmesini sağlayarak hastalığın ilerleyişini durdurabilir, hatta geriye çevirebilir. Örneğin, sağlıklı bir yaşam tarzının benimsenmesi, telomer kısalmasını yavaşlatarak hücresel yaşlanmayı geciktirebilmektedir(43).

Yaşam tarzı, hastalığın kaynağı olduğu kadar, çözümün de anahtarıdır. Geniş çaplı kohort çalışmaları, basit ama etkili beş yaşam tarzı faktörünün (sigara içmemek, sağlıklı kilo, düzenli fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme ve ölçülü alkol tüketimi) insan ömrünü ve yaşam kalitesini dramatik şekilde artırdığını kanıtlamaktadır(44, 45).

Bu beş faktöre uyan 50 yaşındaki bir kadının, hiç uymayan birine göre yaşam beklentisi 14 yıl, bir erkeğin ise 12.2 yıl daha fazladır (45). Daha da çarpıcı olanı, bu kazanılan yılların büyük kısmının kanser, kalp hastalığı ve diyabetten arınmış, sağlıklı yıllar olmasıdır. Örneğin, bu faktörlere uyan kadınlar yaklaşık 10.6 yıl daha uzun "hastalıksız yaşam" süresine sahip olmaktadır,erkeklerde ise bu "hastalıksız yaşam süresi" kazancı 7.6 yıldır.Günde 15 sigaradan fazla içen ve obez olan bir erkeğin, 50 yaşından sonraki yaşamının %75'inden daha azını hastalıksız geçireceği öngörülürken, sağlıklı yaşam tarzına sahip bir bireyde bu oran %90'lara çıkmaktadır. Bu, sadece bireysel bir kazanç değil, sağlık sistemleri üzerindeki yükü hafifletecek devasa bir ekonomik tasarruftur(44).

İstatistikler, kalp damar hastalığına bağlı ölümlerin %70'inden fazlasının, bu beş temel yaşam tarzı faktörüne (sigara içmemek, sağlıklı kilo, fiziksel aktivite,

sağlıklı beslenme, ölçülü alkol) uyulmasıyla önlenebileceğini göstermektedir(45). Bitki bazlı beslenme, sadece kolesterolü düşürmekle kalmaz, aynı zamanda endotel hücrelerinin iyileşmesini sağlayarak, anjiyografik olarak kanıtlanmış damar açılmasına (regresyon) olanak tanır(43).

Özellikle Tip 2 diyabet gibi metabolik hastalıklar söz konusu olduğunda, yaşam tarzı değişiklikleri ilaçlardan çok daha etkili bir tedavi yöntemi olarak öne çıkmaktadır. Yapılan meta-analizler, diyet ve egzersiz müdahalelerinin diyabet riskini %53 oranında azalttığını ve bu koruyucu etkinin müdahale bittikten yıllar sonra bile devam ettiğini göstermektedir (46). Benzer şekilde, bitki bazlı beslenme ve düzenli egzersiz, sadece diyabet kontrolünü sağlamakla kalmayıp, bazı durumlarda ilaç kullanımını gereksiz hale getirebilmektedir (43).

2.3.3. Uzmanlaşma

Tıp tarihi, insanlığın bilgi birikiminin artışı ve teknolojinin gelişimiyle paralel olarak, genelden özele doğru kaçınılmaz bir evrim geçirmiştir. Sanayi Devrimi ile başlayan iş bölümü ve kitlesel üretim anlayışı, sadece fabrikaları değil, insan bedenine yaklaşımı da kökten değiştirmiş; tıbbı, bilimsel uzmanlık alanları üzerine kurulu devasa bir sisteme dönüştürmüştür(47). Bugün modern tıp, organ nakillerinden genetik tedavilere kadar, geçmişte hayal bile edilemeyen başarıları bu derinlemesine uzmanlaşmaya borçludur. Uzmanlaşma bilimsel bir zorunluluktur, ancak aşırı uzmanlaşmanın (over-specialization) sağlık hizmetlerinde ciddi "kaçırılmış fırsatlar" yaratır.

20. yüzyılın başlarında Abraham Flexner'in raporuyla şekillenen bilimsel tıp eğitimi, hekimlerin bilimsel problem çözme yetkinliğine sahip olmasını ve tıbbın kanıta dayalı bir zemine oturmasını sağlamıştır(48). Günümüzde tıbbi literatürün hacmi (örneğin MEDLINE veritabanındaki yıllık makale artışı) ve klinik rehberlerin sayısı o kadar devasa boyutlara ulaşmıştır ki, tek bir zihnin tüm literatüre, tanı yöntemlerine ve tedavi protokollerine hakim olması imkansız hale gelmiştir(49).

Klinik açıdan bakıldığında, uzmanlaşma daha iyi sonuçlar (outcomes) doğurmaktadır. Özellikle pediatrik kalp cerrahisi veya karmaşık onkolojik tedaviler gibi alanlarda, bir hekimin veya merkezin belirli bir prosedürü ne kadar sık yaparsa (yüksek hacim), hasta sağkalım oranlarının o kadar arttığı kanıtlanmıştır(49).

Hastalar da artık bilinçli tüketiciler olarak, hastalıklarına en hakim, en donanımlı "uzmanı" talep etmektedir. Dolayısıyla uzmanlaşma; rekabetçi, yenilikçi ve yaşam süresini uzatan modern tıbbın motor gücüdür.

Uzmanlaşma, gerekli uzmanlaşmanın ötesine geçip "aşırı uzmanlaşmaya" (over-specialization) doğru savrulduğunda, sağlık hizmetinin özü zedelenmeye başlar. Bu noktada, sistemin verimliliğini ve insani boyutunu tehdit eden "kaçırılmış fırsatlar" zinciri ortaya çıkar:

Bütüncül Bakışın Kaybı: Aşırı uzmanlaşma, insan bedenini adeta mikro iktidar alanlarına bölmektedir. "Dikine uzmanlaşma" olarak da adlandırılan bu durumda hekimler, hastayı bir bütün olarak değil, yalnızca kendi uzmanlık alanlarıyla sınırlı bir parça olarak değerlendirme eğilimine girerler (47). Francis Peabody'nin yaklaşık yüz yıl önce uyardığı gibi; "*bir hastalığın tedavisi tamamen gayri şahsi olabilir, ancak bir hastanın bakımı tamamen kişisel olmak zorundadır*" (50). Hekimler kendi alanlarına o kadar yoğunlaşırlar ki, hastanın korkularını, sosyal çevresini ve psikolojik durumunu –yani iyileşmenin insani boyutunu– kaçırırlar. Hasta, bir "kişi" olmaktan çıkıp, teknik verilerin ve organların bir toplamı haline gelir (51).

Koruyucu sağlığın ihmali ve eğitimdeki çarpıklık sonucu aşırı uzmanlaşmış sistem, doğası gereği "tedavi edici" (kuratif) tıbba odaklanır. Tıp eğitimi sırasında öğrenciler, basit, ucuz ve etkili koruyucu hekimlik uygulamalarından ziyade, teknolojik ve müdahaleci uzmanlık dallarına yönelmektedir (47). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin "zayıf halka" olarak algılanması ve hekim adaylarının uzmanlaşmayı birincil hedef olarak görmesi, toplum sağlığı açısından devasa bir kaçırılmış fırsattır. Oysa kronik hastalıkların ve yaşlanan nüfusun yönetimi, epizodik (dönemsel) müdahalelerden ziyade, sürekli, koruyucu ve topluma dayalı bir bakımı gerektirir (52) .

Sistemik verimsizlik, defansif Tıp ve "Arada Kalan" hastalar, Hekimlerin sadece kendi dar alanlarında yetkin hissetmeleri, "bunu bir uzmana sormalıyım" refleksiyle gereksiz konsültasyonlara ve sevklere yol açmaktadır (47). Bu durum, "defansif tıp" uygulamalarını artırarak sağlık maliyetlerini şişirir ve hastanın tanıya ulaşma süresini uzatır. Daha da önemlisi, çoklu hastalığı olan bireyler, bölümler

arasında dolaşırken asıl sorunun gözden kaçırılması riskiyle karşı karşıya kalır. Hastanın birincil sahibi kimdir? Bu sorunun cevapsız kalması, hastanın sistem içinde kaybolmasına neden olan büyük bir koordinasyon eksikliğidir.

Esas olan, uzmanlaşmanın derinliği ile genel tıbbın genişliğini uzlaştıran yeni bir model inşa etmektir. Bu uzlaşı, şu üç sütun üzerine kurulmalıdır:

Kişi Merkezli Tıp (Person-Centered Medicine): Bu yaklaşım, bilimi reddetmez; aksine, bilimin insanileştirilmesini savunur. Kanıta Dayalı Tıp (Evidence-Based Medicine), popülasyon verilerine dayanırken, Kişi Merkezli Tıp bu verileri hastanın bireysel değerleri, tercihleri ve yaşam öyküsüyle harmanlar (51). Tıp bir bilim dalı olduğu kadar bir sanattır. Peabody'nin deyişiyle, *"Hasta bakımının sırrı, hastaya ilgi göstermekte (caring for the patient) saklıdır"*(50). Hekim-hasta ilişkisindeki güven ve şefkat, teknolojik tanı kadar hayati bir tedavi aracıdır.

Bütünleşik bakım ve İş Birliği: Mark Britnell'in önerdiği gibi, genelciler ve uzmanlar birbirinden kopuk birimler halinde değil, hastanın ihtiyaçları etrafında örgütlenmiş "Bütünleşik bakım ekipleri" veya "klinik birimler" halinde çalışmalıdır (49). Bu modelde uzman, sadece teknik bir uygulayıcı değil, hastanın genel sağlık yolculuğunun bir parçasıdır. Disiplinler arası bariyerlerin kalkması, hem aşırı uzmanlaşmanın getirdiği izolasyonu kırar hem de akademik iş birliğini artırır.

Sosyal Hesap Verebilirlik (Social Accountability): Tıp fakülteleri ve sağlık sistemleri, sadece bilimsel yetkinliğe değil, hizmet ettikleri toplumun öncelikli sağlık sorunlarına yanıt verme sorumluluğuna da odaklanmalıdır (52). Eğitim müfredatları, sadece hastane odaklı değil, toplumun ihtiyaçlarını, sağlığın sosyal belirleyicilerini ve koruyucu hekimliği kapsayacak şekilde genişletilmelidir. Lancet Komisyonu'nun vurguladığı gibi, sağlık profesyonelleri sadece teknik uzmanlar değil, aynı zamanda sağlık sistemini dönüştüren liderler olmalıdır (52).

2.3.4. Sezgisel- Algoritmik Yaklaşım

Tıp tarihi, dönemsel karşıtlıklar üzerinde ilerler. Bir ucunda, hekimin hasta başında edindiği, kelimelere dökülmesi zor ama karar anında belirleyici olan "örtük bilgi" (tacit knowledge) ve sezgi dururken; diğer ucunda nesnel verilere, istatistiksel olasılıklara ve evrensel algoritmalara dayanan rasyonel bilim yer alır(53). Tarihsel

perspektiften bakıldığında, hekimlik sanatı uzun süre usta-çırak ilişkisi içinde aktarılan ve "klinik yargı" (clinical judgement) olarak kutsanan bireysel bir bilgelik üzerine inşa edilmiştir(54).

Ancak tıbbi bilginin katlanarak artması ve bireysel hafızanın sınırlarının zorlanması, bir "antitez" ihtiyacını doğurdu: Kanıta Dayalı Tıp (KDT). Bu yeni paradigma, hekimin sübjektif yargılarını güvenilmez bularak, karar süreçlerini sistematik araştırmaların ve algoritmaların rehberliğine bırakmayı talep eder (55). Bu süreçte klinik sezgi, hata yapmaya meyilli, irrasyonel bir "kara kutu" olarak görülüp marjinalize edilmeye çalışılmıştır(54). Oysa bugün biliyoruz ki, "klinik yargı" ile "kanıta dayalı tıp" arasındaki bu çatışma, aslında yapay bir kurgudur; zira en iyi kanıt bile, onu hastanın bireysel durumuna uygulayacak bir yargı yetisi olmadan işlevsizdir(54).

Bu teorik çerçevenin pratiğe yansıması, sağlığın nasıl tanımlandığı ve koruyucu hekimliğin nasıl uygulandığı ile doğrudan ilişkilidir. Sağlık, sadece hastalığın yokluğu değil, olası risklerin öngörülmesi ve bireyin biyopsikososyal bütünlüğünün korunmasıdır. Bu bağlamda, sezgisel ve algoritmik yaklaşımların kopukluğu, ciddi "kaçırılmış fırsatlara" (missed opportunities) neden olabilir.

Eğer bir sistem sadece katı algoritmalara dayanırsa, hastanın "kağıt üzerinde" normal görünen sonuçlarının arkasındaki ince tehlike sinyallerini kaçırabilir. Tersi durumda, sadece sezgiye dayanan bir hekim, sessizce ilerleyen ve ancak sistematik tarama ile yakalanabilecek durumları (örneğin asemptomatik atriyal fibrilasyon veya erken evre maligniteler) gözden kaçırabilir (56).

Sezgi ve algoritmanın uzlaşısı, bu kör noktaları aydınlatır. Örneğin pulmoner emboli şüphesinde, hekimin klinik gestaltı (sezgi) ile risk skorlama algoritmaları birleştiğinde, hem gereksiz radyasyon maruziyeti önlenir hem de ölümcül bir tanının atlanma riski minimize edilir (57). Bu sentez, koruyucu sağlık hizmetlerinde aşırı tanı (overdiagnosis) ve tanı atlama (underdiagnosis) arasındaki o hassas dengeyi kurar.

Tıbbi karar vermedeki bu paradigma değişimi, tıp eğitiminin de kökten reformunu zorunlu kılmaktadır. Geleneksel tıp eğitimi, bilgi kıtlığı dönemlerinden miras kalan, standartlaştırmayı ve ezberi önceleyen "endüstriyel" bir model üzerine

kuruludur (58). Bu modelde öğrenciler, bilgiyi depolayan pasif alıcılar olarak görülür ve başarı, ne kadar çok bilginin hatırlandığı ile ölçülür. Oysa yapay zeka çağında bilgiye erişim sorunu çözülmüştür; asıl kriz, bilginin nasıl işleneceği ve belirsizlik altında nasıl karar verileceğidir.

Geleceğin tıp eğitimi, öğrencileri sadece "bilen" değil, "yapabilen" ve daha da önemlisi "uyum sağlayabilen" (adaptive expertise) profesyoneller olarak yetiştirmelidir (58). Endüstriyel modelin "cevap verme" odaklı yapısından, "soru sorma" ve "sorgulama" odaklı bir yapıya geçilmelidir. Öğrenciler, yapay zekanın sunduğu hazır cevapları kabul eden değil, bu cevapları kendi içselleştirdikleri fizyopatolojik bilgi ve etik değerlerle süzgeçten geçiren bireyler olmalıdır.

Bu noktada "üretken mücadele" (productive struggle) kavramı öne çıkar. Eğer YZ, öğrencinin önündeki tüm bilişsel engelleri kaldırırsa, öğrenme gerçekleşmez. Eğitimciler, öğrencilerin zihinsel kaslarını güçlendirecek "arzu edilen zorluklar" tasarlamalıdır. YZ, rutini devralarak (bilişsel yükü hafifleterek), öğrencinin daha karmaşık, insani ve etik problemler üzerine düşünmesi (bilişsel yeniden dağılım) için zaman yaratmalıdır (58).

2.4.Bulaşıcı Hastalıklar ve Kaçırılmış Fırsatlar

Küresel sağlık gündemi son yıllarda hızla kronik hastalıklara kaymış olsa da enfeksiyon hastalıkları, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde varlığını sürdürmektedir. Epidemiyolojik dönüşüm teorisi, enfeksiyonların yerini kronik hastalıklara bıraktığını öne sürse de veriler daha karmaşık bir gerçeğe işaret etmektedir: Dünya, bulaşıcı hastalıkların tamamen ortadan kalkmadığı, aksine kronik hastalıklarla iç içe geçtiği bir "çifte yük" (double burden) dönemi yaşamaktadır(59, 60)

Son 30 yılda çocuk sağlığında devasa iyileşmeler sağlanmış olsa da, bazı alanlardaki başarısızlıklar sağlık sistemlerinin yetersizliğini gözler önüne sermektedir. 2019 yılında, 10 yaşın altındaki çocuklarda en fazla hastalık yüküne (DALY) neden olan ilk on hastalıktan altısı hala enfeksiyon hastalıklarıdır (alt solunum yolu enfeksiyonları, ishal, sıtma, menenjit, boğmaca ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar)(61).

HIV/AIDS ve tüberküloz, küresel ölçekte "yönetilebilir" hale gelmiş gibi görünse de veriler, bu hastalıklara yönelik küresel kaynak aktarımındaki düşüşlerin büyük bir tehdit oluşturduğunu göstermektedir. HIV/AIDS, 25-49 yaş grubunda hala en önemli ikinci hastalık yükü nedenidir(59).

Kaçırılmış fırsatların yanı sıra, doğru müdahalenin ne kadar hızlı sonuç verebileceğini gösteren örnekler de mevcuttur. Mısır, geçmişte dünyadaki en yüksek Hepatit C prevalansına sahipken, 2014'te başlattığı ve 2019'da genişlettiği kitlesel tarama ve düşük maliyetli tedavi programı sayesinde kronik Hepatit C vakalarını %65,9 oranında azaltmayı başarmıştır(59).

COVID-19 pandemisi, enfeksiyon hastalıklarının kronik hastalık yükünü nasıl artırabileceğini ve mevcut sistemlerin kırılganlığını acı bir şekilde hatırlatmıştır. Pandemi, sadece doğrudan ölümlere neden olmakla kalmamış, aynı zamanda kanser taramaları ve kronik hastalık takiplerinin aksamasına neden olarak büyük bir "sağlık açığı" yaratmıştır(17). Ayrıca diyabet ve kalp hastalığı gibi kronik durumların, enfeksiyon hastalıklarına karşı bireyleri nasıl daha savunmasız hale getirdiği (ağır morbidite ve mortalite riski) net bir şekilde görülmüştür(17).

2.4.1.Aşılama

Çocukluk Çağı Aşılamaları: Burkina Faso'da yapılan geniş çaplı bir saha çalışması, sağlık kuruluşuna başvuran ve aşıya uygun olan çocukların %76'sının aşılanmadan ayrıldığını göstermiştir. Fırsatların kaçırılmasındaki en büyük etken, çocuğun aşı dışı bir nedenle (örneğin ateşli bir hastalık) getirilmesi ve sağlık personelinin "hasta çocuk aşılanmaz" yanılgısına düşmesidir (16).

Erişkin Bağışıklaması: Yetişkinlerde pnömokok ve influenza aşılamaları ciddi oranda aksamaktadır. ABD'de invaziv pnömokokal hastalık nedeniyle hastaneye yatan erişkinlerin %95'inden fazlasının risk faktörü taşımasına rağmen, sadece %14'ünün aşılandığı ve bu hastaların yarısından fazlasının hastalık gelişmeden önce sağlık sistemiyle temas ettiği tespit edilmiştir (4) . Türkiye verileri de benzer şekilde, diyabet ve kalp hastalığı gibi risk gruplarında influenza aşılama oranlarının %14 seviyelerinde kaldığını göstermektedir (3).

2.5. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kaçırılmış Fırsatlar

Lustig'e göre sağlık, yalnızca hastalığın olmaması değil, aynı zamanda bireylerin tüm yaşamları boyunca kendi potansiyellerini geliştirme kapasitesidir (1). Barro ise sağlığı, ekonominin motoru ve sermaye üreten bir varlık olarak tanımlamıştır (62). İyileşen beslenme, sanitasyon ve tıbbi yenilikler sayesinde Bulaşıcı Hastalıklardan, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara doğru bir geçiş yaşanmıştır (17). Bugün gelinen noktada, kronik hastalıklar küresel morbidite ve mortalitenin ana nedenleri haline gelmiştir.

Sağlık sistemlerinin tasarımı, bu yeni gerçekliğe uyum sağlamakta yavaş kalmıştır. Sistemler genellikle akut, reaktif bakıma odaklanmış; kronik hastalıkların gerektirdiği sürekli ve entegre bakımı sağlama konusunda yetersiz kalmıştır. Bu durum, tanı konulamayan büyük hasta kitleleri ve önlenebilir komplikasyonların gelişmesiyle sonuçlanan devasa "kaçırılmış fırsatlar" yaratmaktadır (32). Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yetersiz finansmanı ve parçalı yapısı, bu hastalıkların yönetimini imkansız hale getirmektedir (60) .

Kronik hastalıklar (Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar), kişiden kişiye bulaşmayan, genellikle yavaş ilerleyen ve uzun süreli bakım gerektiren durumlardır. Bu hastalıkların kökeninde genetik yatkınlıklar, çevresel faktörler ve yaşam tarzı seçimlerinin karmaşık bir etkileşimi yatar (63).

Tarihsel sürece bakıldığında, tıbbi algının ne kadar değiştiği çarpıcıdır. Örneğin hipertansiyon, 20. yüzyılın başlarında ölçüm tekniklerinin yokluğunda büyük ölçüde göz ardı edilmiştir. Ancak izole toplumlar (örneğin Brezilya'daki Yanomamo yerlileri) üzerinde yapılan çalışmalar, modern toplumların aksine, yaşla birlikte kan basıncı artışının biyolojik bir zorunluluk olmadığını, bunun tuz tüketimi ve "kültürelleşme" ile ilişkili olduğunu göstermiştir (64).

Nedenler incelendiğinde, tütün kullanımı, sağlıksız beslenme (özellikle işlenmiş gıdalar ve doymuş yağlar), fiziksel hareketsizlik ve aşırı alkol tüketimi gibi davranışsal risk faktörleri öne çıkmaktadır. Bu faktörler, tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve kanser gibi durumların temelini oluşturur (65, 66).

Ayrıca, hızlı kentleşme ve yaşlanan nüfus, bu risk faktörlerinin etkisini katlayarak artırmaktadır (67).

Küresel sağlık tablosu, son otuz yılda dramatik bir dönüşüm geçirmiştir. Global Burden of Disease (GBD) 2023 çalışmasının en güncel verilerine göre, dünya genelinde toplam hastalık yükünü ifade eden "Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılları" (DALY), 2010 yılında 2,64 milyar iken 2023 yılında %6,1'lik bir artışla 2,80 milyara yükselmiştir (68). Ancak bu artışın arkasındaki dinamik, nüfusun büyümesi ve yaşlanmasıdır; zira yaşa göre standardize edilmiş DALY oranlarına bakıldığında aslında %12,6'lık bir düşüş görülmektedir (68). Bu durum, insanlığın hastalıklarla mücadelede kişi başına düşen yükü azalttığını, ancak demografik değişimler nedeniyle sağlık sistemlerinin üzerindeki toplam yükün arttığını göstermektedir.

Bu yükün aslan payı Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara aittir. 2010 yılında 1,45 milyar olan Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar kaynaklı DALY, 2023'te 1,80 milyara ulaşmıştır (68).

Günümüz dünyasında hastalık yükünü sırtlayan temel patolojiler incelendiğinde, 2023 yılı itibarıyla DALY sayılarına göre zirvedeki Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar şöyledir:

İskemik Kalp Hastalığı: 193 milyon DALY ile liderliğini korumaktadır.

İnme (Stroke): 157 milyon DALY ile ikinci sıradadır .

Diyabet: 90,2 milyon DALY ile en hızlı yükselen tehditlerden biridir .

Akıl Sağlığı: 2010'dan bu yana anksiyete bozukluklarının yaşa standardize edilmiş oranlarında %62,8, depresif bozukluklarda ise %26,3'lük korkutucu bir artış yaşanmıştır (68).

COVID-19 pandemisi, 2020 ve 2021 yıllarında beklenen yaşam süresini küresel çapta düşürerek (69) sıralamaları geçici olarak değiştirse de, 2023 itibarıyla Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların hakimiyeti geri dönmüştür(68). Gelecek projeksiyonları, 2030 yılına kadar kanser ve kalp hastalığı ölümlerinin azalmaya devam edeceğini, ancak diyabet kaynaklı ölümlerin artışını sürdüreceğini öngörmektedir(70).

Birinci basamakta hipertansiyon ve diyabet taramalarının önerilen düzeylerin altında kaldığı görülmektedir. Macaristan ve Türkiye verileri, doktora başvuran hastaların önemli bir kısmının kan basıncı ve glukoz ölçümlerinin yapılmadığını, hipertansif hastaların %70'inde risk danışmanlığı fırsatının kaçırıldığını ortaya koymaktadır(5).

Kronik Böbrek Hastalığı, genellikle sessiz ilerler. Laboratuvar verileri (eGFR) hastalığı işaret etse bile, hastaların farkındalığının yaratılmaması ve koruyucu tedavi (ACE inhibitörleri vb.) başlanmaması, hastalığın son evreye ilerlemesine neden olan büyük bir kaçırılmış fırsattır (7).

Kalp yetmezliği tanısında yaşanan gecikmeler, hastaların uygun tedaviye geç ulaşmasına neden olur. Hastaların nefes darlığı şikayetlerinin sıklıkla yaşlılık, KOAH veya enfeksiyon gibi yanlış nedenlere bağlanması, ekokardiyografik değerlendirmenin gecikmesine yol açmaktadır(8). İngiltere verileri, kardiyovasküler risk taşıyan hastaların %36'sının kılavuzlara uygun tedavi almadığını göstermektedir (71).

Kanser tanısında kaçırılmış fırsatlar, hastanın semptomlarını sunduğu andan tanıya kadar geçen süredeki "doktor ertelemesi" veya "sistem hatası" olarak tanımlanır.

Hollanda'da yapılan bir çalışma, kolo-rektal kanser hastalarının tanıdan önceki yıl, kontrol grubuna göre %41 daha fazla yüz yüze görüşme yaptığını göstermiştir. Bu hastalar karın ağrısı veya sindirim sorunları ile başvurmuş, ancak semptomlar sıklıkla hemoroid veya irritabl bağırsak sendromu gibi benign nedenlere bağlanmıştır (9).

Ergenlik dönemi, riskli davranışların başladığı ancak sağlık sistemiyle temasın azaldığı bir evredir. Türkiye'de yapılan bir çalışma, ergenlerin %73'ünün sağlık ocaklarına başvurduğunu, ancak bu ziyaretlerin çoğunun sadece reçete yazdırma amaçlı olduğunu ve sadece %12'sine tam fizik muayene yapıldığını ortaya koymuştur(13). Hekimlerin akut şikayete odaklanıp psikososyal riskleri (madde kullanımı, cinsel sağlık) sorgulamaması, telafisi zor fırsat kayıpları yaratmaktadır.

Preeklampsi, gestasyonel hipertansiyon veya erken doğum öyküsü olan kadınların, ileriki yaşamlarında kalp ve böbrek hastalığı riski artmaktadır. Ancak bu obstetrik öykünün klinisyenler tarafından sorgulanmaması, koruyucu hekimlik adına kaçırılmış büyük bir fırsattır(14).

Minimal travmalı bir kırıkla başvuran hastaların %20'sinden azının osteoporoz açısından araştırılması veya tedavi edilmesi, bu alandaki en büyük tedavi açığını oluşturmaktadır(15).

Sağlık sistemlerindeki en büyük "kaçırılmış fırsat", hastalığın ortaya çıkmadan önlenmesi veya erken aşamada tespit edilmesidir.

Tanı Konulamayan Yük: Küresel ölçekte, diyabetli yetişkinlerin yaklaşık %43'ü (252 milyon kişi) durumundan habersizdir. Bu oran düşük gelirli ülkelerde dramatik seviyelere ulaşır. Meksika'da diyabetlilerin %30'u ve hipertansiyonu olanların %40'ı tanı almamıştır (60, 72).

Önleme Stratejileri: Tip 2 diyabet ve hipertansiyon büyük ölçüde önlenebilir. Yaşam tarzı değişiklikleri (kilo kaybı, fiziksel aktivite, Akdeniz diyeti gibi sağlıklı beslenme modelleri) diyabet riskini %53 oranında azaltabilmektedir.

Düşük kalori alımı (kalori kısıtlaması) kilo kaybı için temel olsa da, fonksiyonel beslenme (gıdaların içindeki biyoaktif bileşenlerin hücresel düzeyde sağlığı iyileştirmesi), kaloriden bağımsız olarak metabolizmayı ve bağışıklığı düzenler. Bitki bazlı fonksiyonel gıdalar diyabet, obezite ve karaciğer yağlanması gibi metabolik hastalıkların önlenmesinde yararları gösterilmiştir (73).

Fiziksel aktivite veya egzersiz, geleneksel klinik risk faktörlerinden bağımsız, kendi başına yaşam süresini artıran güçlü bir faktördür. Kalp solunum kondisyonu ölüm riskiyle ters orantılı bulunmuş, sağlanan fayda üst limitlerde değerlendirilmiştir (74). Sadece aktivite miktarı değil, farklı egzersiz türlerinin bir arada yapılması, toplam egzersiz miktarından bağımsız olarak ölüm riskini azaltmaktadır (75).

Ancak, önleyici hizmetlere bütçelerden ayrılan pay son derece düşüktür; ABD'de ulusal sağlık harcamalarının sadece %2.9'u halk sağlığı girişimlerine ayrılmaktadır(17, 65).

2.5.1. Multimorbidite

Epidemiyolojik dönüşüm neticesinde, tarihsel olarak ölümlerin birincil nedeni olan enfeksiyon hastalıkları yerini, bulaşıcı olmayan kronik hastalıklara bırakmıştır. Bugün kardiyovasküler hastalıklar, kanser ve diyabet gibi durumlar küresel ölümlerin büyük çoğunluğunu oluşturmaktadır (33).

Bu tablonun en kritik unsuru, bir bireyde birden fazla kronik hastalığın bir arada bulunması anlamına gelen **multimorbidite** kavramıdır (34). Sağlık sistemleri geleneksel olarak "tek hasta, tek hastalık" paradigması üzerine kurulmuşken, yaşlanan nüfusun gerçekliği, hastalıkların birikerek ilerlediği karmaşık bir tablodur (34). Bu durum sadece bireysel yaşam kalitesini düşürmekle kalmaz, aynı zamanda aileler ve toplum üzerinde de "fiziksel, bilişsel, duygusal, psikolojik, sosyal ve ekonomik birçok yük" oluşturmaktadır (38).

2.5.2. Kronik Hastalık Yükü

Kronik hastalık yükü, ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre farklılık gösterse de artık sadece zengin ülkelerin sorunu değildir. Aksine, kronik hastalıklara bağlı ölümlerin büyük çoğunluğu düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir(66).

Diyabet: 2024 yılında dünya genelinde 20-79 yaş aralığında 589 milyon yetişkinin diyabetle yaşadığı tahmin edilmektedir ve bu sayının 2050 yılına kadar 853 milyona çıkması beklenmektedir (72) . Diyabet, kalp krizi riskini %60, inme riskini %73 ve kalp yetmezliği riskini %54 oranında artırarak sisteme ek yük bindirmektedir (72). Ayrıca diyabetli bireylerde demans riski %56 daha yüksektir (72).

Hipertansiyon: Kardiyovasküler hastalıklar için en önemli değiştirilebilir risk faktörüdür (67). İngiltere'de en yaygın görülen morbidite %18,2 ile hipertansiyondur (76). Hipertansiyon; kalp yetmezliği, atriyal fibrilasyon, kronik böbrek hastalığı ve demans gibi uzun vadeli komplikasyonların önde gelen nedenidir (64).

Kalp Yetmezliği ve Kardiyovasküler Hastalıklar: 50-74 yaş ve 75 yaş üstü gruplarda en önemli hastalık yükü (DALY) nedenleridir (59). Diyabet varlığı, kalp yetmezliği riskini %84 oranında artırmaktadır (72).

Depresyon ve Ruh Sağlığı: Depresyon, özellikle genç yetişkinlerde (25-49 yaş) en önemli hastalık yükü nedenlerinden biridir (72). Multimorbidite bağlamında, depresyon ve anksiyete en sık görülen eşlik eden durumlardır (%10,3 prevalans) (66).

Osteoartrit: 75 yaş üstü kadınlarda ilk 10 hastalık yükü nedeni arasında yer almaktadır (59). Obezite ile ilişkisi nedeniyle prevalansı artmaktadır (66).

Kronik hastalıkların sağlık sistemleri üzerindeki en büyük baskısı, tek bir hastada birden fazla kronik durumun bir arada bulunması olarak tanımlanan "multimorbidite" olgusundan kaynaklanmaktadır (60). Bu durum, hastaların çoklu hastalıkları ve karmaşık ilaç rejimlerini yönetmelerini gerektirdiğinden klinik ihtiyaçları karmaşıklaştırmaktadır (60). İngiltere'de yapılan geniş çaplı bir retrospektif kohort çalışması, bu yükün boyutlarını somut verilerle ortaya koymaktadır. Çalışmaya göre, toplumun %27,2'si multimorbiditeye sahiptir; ancak bu grup, toplam aile hekimi konsültasyonlarının %52,9'unu, reçetelerin %78,7'sini ve hastane yatışlarının %56,1'ini oluşturmaktadır (76). Yani nüfusun yaklaşık dörtte biri, sağlık hizmeti kullanımının yarısından fazlasından sorumludur (76).

Multimorbiditeye sahip hastalar, tek hastalığı olanlara kıyasla sağlık sisteminden daha yoğun tedavi ve izleme talep etmektedir (60). Özellikle fiziksel ve ruhsal hastalıkların birlikteliği (örneğin hipertansiyon ve depresyon), sağlık sistemi üzerindeki talebi daha da artırmaktadır (76). İngiltere verilerine göre, multimorbiditesi olan hastaların %33,8'inde fiziksel-zihinsel komorbidite (eş zamanlı hastalık) bulunmaktadır ve bu durum sosyoekonomik yoksunlukla artış göstermektedir (76).

2.5.3. Kronik Hastalık Maliyeti

Kronik hastalıkların maliyeti, hem doğrudan sağlık harcamaları hem de iş gücü kaybı ve erken ölümler nedeniyle oluşan makroekonomik kayıplar (GSYİH kaybı) üzerinden değerlendirilmektedir.

Küresel Ekonomik Kayıp: Dünya Ekonomik Forumu ve Harvard Halk Sağlığı Okulu'nun analizlerine göre, kronik hastalıkların (kardiyovasküler hastalıklar, kanser,

kronik solunum yolu hastalıkları, diyabet ve ruh sağlığı) küresel ekonomik yükünün 2010-2030 yılları arasında 47 trilyon dolara ulaşması beklenmektedir (61).

Ülke Bazlı Kayıplar: İnsan sermayesi odaklı bir üretim fonksiyonu modeli kullanılarak yapılan analizlerde, 2010-2030 yılları arasında kronik hastalıkların neden olduğu toplam GSYİH kaybı; Çin için 16 trilyon dolar, Japonya için 5,7 trilyon dolar ve Güney Kore için 1,5 trilyon dolar olarak hesaplanmıştır. Bu yük, Çin ekonomisi üzerinde yıllık %7,17'lik bir vergiye eşdeğerdir (61).

Doğrudan Sağlık Harcamaları: Sadece diyabetin küresel sağlık harcamaları üzerindeki yükü devasa boyutlardadır. 2024 yılında diyabet kaynaklı sağlık harcamalarının 1 trilyon doları aştığı (küresel sağlık harcamalarının %12'si) tahmin edilmektedir (72). Bu harcamanın %43'ü Kuzey Amerika ve Karayipler bölgesinde gerçekleşmektedir (72).

Böbrek Yetmezliği (Son Dönem Böbrek Yetmezliği): Yüksek maliyetli renal replasman tedavileri (RRT) gerektiren bu durum, sağlık bütçelerini zorlamaktadır. Türkiye'de yapılan bir maliyet analizine göre, hemodiyalizin yıllık hasta başı maliyeti 29.592 TL iken, böbrek transplantasyonunun idame maliyeti (ikinci yıldan sonra) 8.654 TL'ye düşmektedir. Türkiye'de RRT yöntemlerinin Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) bütçesine yıllık yükü (2012 verileriyle) yaklaşık 2 milyar TL olup, bu rakam SGK toplam sağlık harcamalarının %4,64'ünü oluşturmaktadır (77).

2.6. Hastalık Nedenleri ve Kaçırılmış Fırsatlar

2.6.1. Obezite

Modern tıbbın karşı karşıya olduğu en büyük paradokslardan biri, bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınmasına rağmen, kronik hastalıkların epidemik boyutlara ulaşmasıdır. Bu tablonun merkezinde, 21. yüzyılın en önemli halk sağlığı sorunu olarak kabul edilen obezite yer almaktadır.

Obezite, uzun yıllar boyunca basit bir "enerji dengesizliği" veya irade zayıflığı olarak görülmüşse de, güncel bilimsel veriler ışığında bu tanım artık geçerliliğini yitirmiştir. Obezite; genetik, çevresel, biyolojik ve davranışsal faktörlerin karmaşık etkileşimiyle ortaya çıkan, "adiposopati" (hasta yağ dokusu) ile karakterize, çoklu organ sistemini etkileyen, nükseden ve ilerleyici kronik bir

hastalıktır (12, 78). Koruyucu sağlık hizmetleri perspektifinden bakıldığında obezite, tıbbın "kaçırılmış en büyük fırsatlarından" biridir.

1977 yılında Amerikan sağlık otoriteleri obeziteyi bir hastalık olarak kabul etmezken, 2013 yılında Amerikan Tıp Birliği (AMA) ve ardından Dünya Sağlık Örgütü gibi otoritelerin obeziteyi resmen bir hastalık olarak tanımlaması, yaklaşımda bir dönüm noktası olmuştur(78). Epidemiyolojik bir modelle bakıldığında obezite, çevresel bir "ajanın" (yüksek enerjili gıdalar ve hareketsizlik), genetik olarak duyarlı bir "konağı" (insan vücudu) etkilemesiyle oluşan bir hastalık sürecidir(78).

Sağlıklı bir yağ dokusu, enerji fazlasını güvenli bir şekilde depolar. Ancak obezitede, adipositlerde hipertrofi olur, doku oksijenlenmesi bozulur ve makrofaj gibi bağışıklık hücreleri dokuya infiltre olur. Bu durum, vücutta kronik, düşük dereceli bir inflamasyona yol açar (79).

Daha da önemlisi, deri altı yağ depolarının kapasitesi aşıldığında, yağ asitleri karaciğer, kalp, pankreas ve kas gibi organlarda "ektopik" olarak birikmeye başlar. Bu ektopik birikim, organ fonksiyonlarını bozar ve sistemik insülin direncini tetikler (79). Dolayısıyla, bir bireyin metabolik sağlığını belirleyen temel faktör, sadece toplam yağ miktarı değil, yağın nerede depolandığı ve fonksiyonel durumudur.

Obezite, vücudun neredeyse tüm organ sistemlerini etkileyen, morbidite ve mortaliteyi artıran öncül nedenlerden biridir.

Kanser: Obezite ile kanser arasındaki ilişki, sanılandan çok daha güçlüdür. İngiltere'de 5.24 milyon kişinin verileriyle yapılan devasa bir kohort çalışması, artan Beden Kitle İndeksinin (VKİ) 22 kanser türünün 17'si ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (80). Özellikle uterus kanseri riski, VKİ'deki her 5 kg/m²'lik artışla %62 oranında artmaktadır. Ayrıca safra kesesi, böbrek, karaciğer, kolon ve menopoz sonrası meme kanseri ile obezite arasında güçlü, doğrusal bir ilişki vardır (80) . Obeziteye bağlı kanserlerin mekanizmasında kronik inflamasyon, hiperinsülinemi ve cinsiyet hormonlarındaki dengesizlikler rol oynar.

Kardiyovasküler Hastalıklar: Obezite, hipertansiyon ve dislipidemi üzerinden dolaylı yoldan etki ettiği gibi, doğrudan miyokard yapısını bozarak da kalp hastalıklarına neden olur. Artan viseral yağlanma ve epikardiyal yağ dokusu, atriyal

fibrilasyon ve kalp yetmezliği riskini (özellikle korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu) artırır (81). İlginç bir şekilde, obezitenin kalp yetmezliği riskini artırmasına rağmen, tanı almış bazı kalp yetmezliği hastalarında yüksek VKİ'nin daha iyi sağkalımla ilişkili olduğu "obezite paradoksu" gözlemlenmiştir; ancak bu durumun kaşeksi ve yoğun medikal tedavi gibi faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir (81).

Metabolik Hastalıklar (Diyabet ve Karaciğer yağlanması): Obezite, Tip 2 diyabet için en güçlü risk faktörüdür. Yağ dokusundan salgılanan serbest yağ asitleri ve pro-inflamatuar sitokinler, insülin direncine neden olur. Ayrıca, Tip 1 diyabetli hastalarda da obezite sıklığı artmakta, bu durum "çifte diyabet" (Tip 1 zemininde insülin direnci) tablosuna ve artmış komplikasyon riskine yol açmaktadır (82). Karaciğerde yağ birikimi ise, basit yağlanmadan siroza ve karaciğer kanserine ilerleyebilen Metabolik Disfonksiyon İlişkili Steatotik Karaciğer Hastalığına neden olur (79, 83).

Ruh Sağlığı: Obezite ve depresyon arasında çift yönlü ve karmaşık bir ilişki vardır. Obezite, inflamatuar yolaklar ve beden algısı üzerinden depresyon riskini artırırken; depresyon da iştah değişiklikleri ve hareketsizlik yoluyla obeziteye zemin hazırlar (84). Özellikle "atipik depresyon" alt tipinin obezite ile ilişkisi daha güçlüdür.

Obezite, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de halk sağlığını tehdit eden, mortalite ve morbiditeyi artıran kronik ve ilerleyici bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2022 verilerine göre Türkiye, Avrupa'da obezite sıklığı bakımından ilk sırada yer almaktadır(83).

Türkiye'de obezite prevalansındaki değişimi en net ortaya koyan çalışmalar, Türkiye Diyabet Epidemiyoloji (TURDEP) çalışmalarıdır.

1997-1998 Dönemi (TURDEP-I): Bu dönemde yapılan çalışmada "20 yaş ve üzeri yetişkinlerde obezite prevalansı %22,3 olarak saptanmıştır. Cinsiyet dağılımına bakıldığında kadınlarda bu oran %30 iken, erkeklerde %13 seviyesindeydi" (83, 85). Aynı dönemde yapılan TEKHARF (Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri) çalışması da benzer şekilde obezite prevalansını %28,6 olarak raporlamıştır (83).

2010 Dönemi (TURDEP-II): İlk çalışmadan 12 yıl sonra tekrarlanan TURDEP-II çalışması, tablonun vahim boyutlara ulaştığını göstermiştir. Genel toplumda obezite sıklığı %22,3'ten %35,9'a yükselmiştir (83). "*Bu 12 yıllık süreçte kadınlarda obezite sıklığı %34 artarak %44 seviyesine ulaşırken, erkeklerdeki artış %107 gibi dramatik bir orana ulaşarak %27 seviyesini görmüştür"*(83, 85).Ancak erkeklerdeki artış hızının kadınlardan daha yüksek olması, gelecekte makasın daralabileceğine işaret etmektedir(83).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırmaları (TBSA): 2010 yılında yapılan TBSA çalışması obezite sıklığını %30,3 (kadınlarda %41, erkeklerde %20,5) olarak bildirmiştir. 2017 yılında yapılan TBSA çalışmasında ise 19 yaş ve üzeri nüfusta obezite oranı %34,1'e yükselmiştir (83).

2.6.2. Tütün ve Tütün Ürünlerinin Kullanımı

Sigara dumanı, gaz ve katran fazlarında bulunan binlerce kimyasal bileşen aracılığıyla organizmada çok yönlü bir yıkım başlatan bir bağımlılıktır. Bu yıkım, basit bir irritasyondan öte, hücresel düzeyde DNA hasarına, mitokondriyal bozulmaya ve immün sistem hücrelerinin işlevsizleşmesine yol açar(86).

Bu bağlamda sigara kullanımı, küresel ölçekte önlenebilir ölüm nedenlerinin başında gelmekte ve halk sağlığı için en büyük "değiştirilebilir risk faktörü" olarak kabul edilmektedir. Epidemiyolojik veriler, sigaranın sadece akciğerleri hedef alan izole bir toksin olmadığını, aksine sistemik inflamasyon ve oksidatif stres yoluyla vücudun tüm vasküler ve hücresel mekanizmalarını bozan bir pandemi olduğunu göstermektedir(86, 87).

1. Kardiyovasküler Hastalıklar (KVH): Sigara, kardiyovasküler sistemin en büyük düşmanlarından biridir ve tüm nedenlere bağlı ölümlerin yaklaşık %20'sinden sorumludur. Patofizyolojik açıdan sigara dumanı, endotel disfonksiyonunu tetikleyen reaktif oksijen türlerinin (ROS) üretimini artırır ve damar genişlemesi için kritik olan nitrik oksit (NO) biyoyararlanımını azaltır (87). Bu süreç, damar duvarlarında kronik inflamasyona ve aterosklerotik plak oluşumuna zemin hazırlar. Sigara kullanımının neden olduğu başlıca kardiyovasküler patolojiler şunlardır:

- Koroner Arter Hastalığı ve Miyokart Enfarktüsü: Sigara, plak rüptürünü ve kanın pıhtılaşma eğilimini artırarak akut kalp krizlerini tetikler.

- İnme ve Periferik Arter Hastalığı (PAH): Sigara, bacak arterlerinin daralmasına yol açan aterosklerozun ve inmenin en güçlü hızlandırıcılarından biridir.

- Abdominal Aort Anevrizması: Sigara içenlerde bu ölümcül durumun riski, içmeyenlere göre belirgin şekilde yüksektir (87).

Kore'de yapılan geniş çaplı bir kohort çalışması, sigara içme yoğunluğunun (günde içilen sigara sayısı) tüm nedenlere bağlı ölümlerle güçlü bir ilişkisi olduğunu, özellikle günde 20 sigaradan fazla içenlerde riskin zirveye çıktığını göstermiştir (88).

2. Solunum Sistemi Hastalıkları ve KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), sigaranın neden olduğu en yaygın solunum yolu hastalığıdır. Sigara dumanı, akciğerlerdeki makrofajların fagositoz yeteneğini bozar ve doğal bağışıklık sistemini sekteye uğratır. Bu durum, hava yollarında kronik bakteriyel kolonizasyona ve doku yıkımına (amfizem) yol açar. İlginç bir şekilde, KOAH ve ateroskleroz sıklıkla birlikte görülür; sigara kaynaklı sistemik inflamasyon, akciğerlerden kan dolaşımına yayılarak damar sertliğini artırır ve bu iki hastalığın birbirini beslediği bir kısır döngü yaratır (86).

3. Kanser ve Doz-Yanıt İlişkisi: Sigara, birçok malignitenin ana nedenidir. Özellikle mesane kanseri üzerine yapılan kapsamlı bir meta-analiz, aktif sigara içicilerinin hiç içmemiş bireylere kıyasla 3 kat daha fazla risk altında olduğunu ortaya koymuştur (89) . Önemli bir bulgu olarak, sigara içme süresi ile kanser riski arasında doğrusal bir artış varken, günlük içilen sigara miktarında (yoğunluk) belirli bir noktadan sonra (günde 15 sigara) riskin plato çizdiği gözlemlenmiştir. Bu durum, "az içiyorum" savunmasının kanserojen maruziyetinde geçerli bir güvenlik stratejisi olmadığını göstermektedir (89).

4. Yeni Nesil Tehditler: Elektronik Sigaralar: Son yıllarda "daha güvenli" bir alternatif olarak pazarlanan elektronik sigaralar (ENDS), masum değildir. Çalışmalar, elektronik sigara aerosollerinin de oksidatif stresi artırdığını, damar sertliğine yol açtığını, kalp atış hızını ve kan basıncını akut olarak yükselttiğini göstermektedir (87).

Sigara bağımlılığı ile mücadelede hekimin rolü, sadece reçete yazmanın ötesine geçerek stratejik bir müdahaleyi gerektirir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hekimlerin sigara içen hastalarına vereceği basit bir tavsiye bile bırakma oranlarını artırmada etkilidir. Cochrane veri tabanındaki kapsamlı bir incelemeye göre, hekim tarafından verilen kısa süreli bir "bırakma tavsiyesi", hiç tavsiye verilmemesine kıyasla sigarayı bırakma oranlarını istatistiksel olarak anlamlı ölçüde (Rölatif Risk 1.66) artırmaktadır (10) .

Bu müdahalenin etkisi küçük gibi görünse de (bırakma oranını %1-3 artırır), halk sağlığı perspektifinden bakıldığında etkisi muazzamdır. Hekimlerin her yıl gördüğü hasta sayısı düşünüldüğünde, bu küçük artışlar toplum genelinde on binlerce kişinin sigarayı bırakması anlamına gelmektedir. Yoğunlaştırılmış tavsiyeler (daha uzun görüşmeler, materyal kullanımı) başarı şansını biraz daha artırsa da (Rölatif Risk 1.84), zaman kısıtlılığı olan poliklinik şartlarında minimal müdahale bile hayati önem taşır (10).

2.6.3. Anemi ve Kalp Yetmezliği

Kaçırılmış fırsat (missed opportunity); metin boyunca irdelendiği gibi, bir çok düzeyde ortaya çıkabilir, farklı klinik durumların (anemi ve kalp yetmezliği gibi) hem latent bir dönem sonunda nedensellik bağı ile bağlanması, hem de tersine kliniği kötüleştirmesinde, hem bu iki farklı klinik durumun makro düzeyde (halk sağlığı ve sağlık sisteminin yapılanmasında) ve mikro düzeyde (klinik testler ve uygulamalar) etkilenimi mümkündür.

Kalp rahatsızlıklarının gelişimi, genellikle yaşlılıkta aniden ortaya çıkan izole bir olaydan ziyade, yaşam boyu süren biyolojik ve çevresel birikimlerin bir sonucudur. Bilimsel literatürde "yaşam seyri perspektifi" olarak adlandırılan bu yaklaşım, ileri yaşlardaki kalp hastalığı riskinin, bireyin çocukluk çağındaki koşullarıyla güçlü bir nedensel bağa sahip olduğunu ortaya koymaktadır(90).

Bu uzun vadeli etki, bilimsel olarak iki temel mekanizma ile açıklanmaktadır. Birincisi olan "Gecikme Modeli" (latency model), çocuklukta yaşanan yetersiz beslenme veya ciddi hastalıkların, bireyin biyolojik sistemlerinde (örneğin bağışıklık sistemi veya organ gelişimi) kalıcı "yara izleri" bıraktığını savunur(90).

İkinci model olan "Yol Modeli" (pathway model) ise, çocukluktaki kötü sağlık koşullarının bireyin eğitim ve sosyal başarısını engelleyerek, yetişkinlikte onu daha sağlıksız bir yaşam tarzına sürüklediğini ve dolaylı yoldan kalp sağlığını riske attığını öne sürer(90).

Gençlikte başlayan veya kronikleşen kansızlığın en yaygın nedeni olan demir eksikliği, kalp sağlığı üzerinde sadece kanın oksijen taşıma kapasitesinin düşmesi (hemoglobin düşüklüğü) üzerinden değil, doğrudan kalbin enerji üretim merkezleri üzerinden yıkıcı etkilere sahiptir(91, 92).

Anemi ve demir eksikliği yönetiminde karşılaşılan "kaçırılmış fırsatlar" ; tanısal eksiklikler, yanlış tedavi yöntemleri, altta yatan nedenlerin araştırılmaması ve sosyoekonomik eşitsizlikler başlıkları altında toplanabilir:

En büyük kaçırılmış fırsatlardan biri demir eksikliğinin teşhisinde sadece Tam Kan Sayımı (CBC) veya Hemoglobin, MCV değerlerine güvenmektir. Anemi gelişmeden önce demir eksikliğinin teşhis edilememesi, anemi gelişmeden önceki tedavi fırsatının sistematik olarak kaçırılması anlamına gelmektedir (93). Demir eksikliği anemisi teşhisi konulan hastaların çoğunda Ortalama Eritrosit Hacmi (MCV) normaldir; bu da mikrositozun (küçük hücre hacmi) demir eksikliği için hassas bir gösterge olmadığını ve sadece CBC'ye bakmanın tarama için yetersiz olduğunu kanıtlamaktadır (93). Ayrıca kalp yetmezliği hastalarında MCV ve Ortalama Eritrosit Hemoglobini (MCH), demir eksikliğinin değerlendirilmesinde güvenilmez belirteçlerdir ve bu belirteçlere güvenmek tanıyı atlama riskini doğurur (91).

Tanısal Kriterlerde Ferritin Yanılgısı; Kalp yetmezliği (KY) enflamatuar bir durumdur ve ferritin bir akut faz reaktanı olduğu için bu hastalarda "yalancı" bir şekilde yüksek çıkabilir. Ferritin seviyelerine aşırı güvenmek, aslında demir eksikliği olan hastaların "demir depoları yeterli" sanılarak tedavi edilmemesine neden olabilir (92). Kaynaklarda belirtildiği üzere, kemik iliği boyaması (altın standart) ile karşılaştırıldığında, ferritin seviyesini tanı kriteri olarak kullanmak, gerçek demir eksikliği olan hastaların belirlenmesinde özgüllüğü düşürmektedir; serum demiri veya transferrin satürasyonu (TSAT) tek başına daha iyi göstergeler olabilir (92). Bu

hastaları doğru tanımlayamamak, intravenöz (IV) demir tedavisinden fayda görecek bir grubu göz ardı etmek demektir (92).

Proaktif Tedavi Fırsatının Değerlendirilmemesi; Mevcut klinik yaklaşım genellikle sistemik demir eksikliği belirginleştiğinde müdahale etmeyi içerir. Ancak klinik öncesi bulgular, miyokardiyal (kalp dokusu) demir eksikliğinin, sistemik demir seviyeleri henüz normal görünürken bile nörohormonal aktivasyonla gelişebileceğini göstermektedir (92). Kronik böbrek hastalığı çalışmalarında (örn. PIVOTAL çalışması), proaktif yüksek doz IV demir uygulamasının, reaktif yaklaşıma göre daha iyi sonuçlar verdiği görülmüştür. Bu proaktif yaklaşımın kalp yetmezliğinde uygulanmaması, henüz sistemik eksiklik tam oturmadan hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak için potansiyel bir fırsatın tepilmesi olabilir (92).

Oral Demir Tedavisinde Israr Etmek; Kalp yetmezliğinde inflamasyon nedeniyle hepcidin seviyeleri yükselebilir ve bu da bağırsaktan demir emilimini bloke eder (92). Buna rağmen oral demir tedavisinde ısrar etmek, hastanın demir depolarını dolduramamakla sonuçlanan bir zaman kaybıdır. Kaynaklarda belirtilen IRONOUT-HF çalışması, yüksek doz oral demir alımının kalp yetmezliği hastalarında egzersiz kapasitesini iyileştirmediğini ve demir depolarında sadece minimal bir iyileşme sağladığını göstermiştir (91, 92). Buna karşın IV demir tedavisi, bağırsak emilim engelini aşarak semptomları ve fonksiyonel kapasiteyi iyileştirmektedir; bu nedenle IV yerine oral tedavide ısrar etmek, hastanın iyileşme fırsatını kaçırmaktır (91, 92).

Altta Yatan Nedenin Gözden Kaçırılması (Kanser ve Malnutrisyon); Demir eksikliğinin oluşma mekanizmasını anlamamak, bu eksikliğin altında yatan ciddi hastalıkların teşhis edilememesine yol açabilir. Özellikle yaşlı hastalarda demir eksikliği, henüz teşhis edilmemiş gastrointestinal malignitelerin, poliplerin veya ciddi yetersiz beslenmenin bir işareti olabilir (92). Demir eksikliğini sadece bir takviye eksikliği olarak görüp nedenini araştırmamak, kanser gibi hastalıkların erken teşhis fırsatını kaçırmak ve hastanın yetersiz tedavi edilmesine neden olmak demektir (92).

Sosyoekonomik Eşitsizlikler ve Tarama; Düşük gelirli hane halkına mensup hastaların anemi olma olasılığı en yüksek iken, ferritin testi ile taranma olasılıkları en

düşüktür (93). Bu durum, sosyoekonomik dezavantajı olan gruplarda demir eksikliğinin ve aneminin daha fazla teşhis edilememesine ve dolayısıyla tedavi edilememesine yol açan bir sağlık hizmeti açığı ve kaçırılmış fırsattır (93).

Terapötik Hedef Olarak Mitokondriyal Fonksiyonun Atlanması; Demir eksikliği sadece bir kan hastalığı (anemi) olarak görülmemelidir; demir, mitokondriyal biyojenez ve oksidatif fosforilasyon için hayati öneme sahiptir (92). Demir eksikliği mitokondriyal disfonksiyona, ATP üretiminin azalmasına ve oksidatif strese yol açar. Demir eksikliğini tedavi etmemek, sadece anemiyi düzeltmemek değil, aynı zamanda kalbin ve iskelet kaslarının enerji üretim merkezlerini (mitokondrileri) güçlendirme ve kalp yetmezliğindeki "enerji açığını" kapatma fırsatını kaçırmak demektir (92).

2.6.4. Sağlık Okur Yazarlığı

Bireyin sosyal açıdan iyilik halinde olabilmesi, sosyal yaşantısının sağlıklı temellere oturmasına bağlıdır (94). Günümüzde bireylerin sağlığını etkileyen faktörler biyolojik sınırları aşarak, nerede doğdukları, büyüdükleri ve yaşlandıkları gibi "sağlığın sosyal belirleyicileri" ekseninde değerlendirilmektedir (94, 95). İşte bu sosyal belirleyicilerin en güçlülerinden biri, bireyin sağlık sistemiyle olan etkileşimini kökten değiştiren "sağlık okuryazarlığı" kavramıdır.

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili uygun kararlar alabilmesi için gerekli temel sağlık bilgi ve hizmetlerini edinme, işleme ve anlama kapasitesidir (94, 95). Ancak bu kavram sadece bireysel bir beceri seti değil, aynı zamanda sağlık sisteminin karmaşıklığı ile bireyin yetenekleri arasındaki bir köprüdür (94). Düşük sağlık okuryazarlığı, yalnızca bireysel bir eksiklik olarak görülmemeli; sağlık sisteminin hastalardan talepleri ve sağlık bilgisinin karmaşıklığı ile birleşen sistemsel bir sorun olarak ele alınmalıdır (94).

Sağlık okuryazarlığı kavramının tarihsel köklerine inildiğinde, kavramın ilk kez 1974 yılında Simonds tarafından "okullardaki sağlık eğitimi standartları" bağlamında kullanıldığı görülmektedir (94). Ancak kavramın içinin doldurulması ve bir disiplin haline gelmesi zamanla gerçekleşmiştir. Başlangıçta okuryazarlık, sadece ismini yazabilmek veya temel eğitim düzeyine sahip olmakla ilişkilendirilirken,

zamanla bilgi temelli topluma geçişle birlikte karar verme ve eleştirel düşünme becerilerini de kapsayan karmaşık bir yapıya bürünmüştür (96).

Küresel hastalık yükünün önemli bir kısmını oluşturan kronik hastalıkların yönetiminde sağlık okuryazarlığı hayati bir rol oynamaktadır. Kronik hastalıklar, bireyin yaşamı boyunca süren ve sürekli bir öz yönetim gerektiren durumlardır (97) . Araştırmalar, sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça bireylerin akılcı ilaç kullanımı konusundaki bilgi düzeylerinin de arttığını göstermektedir. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireyler, ilaçlarını doğru zamanda ve doğru dozda kullanma konusunda zorluklar yaşamakta, bu da tedaviye uyumu (adherans) olumsuz etkilemektedir (97, 98).

Örneğin, diyabetik ayak hastalığı gibi ciddi komplikasyonların önlenmesinde sağlık okuryazarlığı belirleyici bir faktördür. Yapılan çalışmalarda, yetersiz sağlık okuryazarlığının, hastaların ayak bakımı konusundaki bilgi eksikliğiyle doğrudan ilişkili olduğu ve bunun da daha ileri evre (Wagner evrelemesi yüksek) ayak ülserlerine yol açtığı saptanmıştır (99).

Benzer şekilde hipertansiyon ve diğer kronik hastalıklarda da eğitim düzeyi ve sağlık okuryazarlığı arttıkça, bireylerin sağlık algısının iyileştiği ve tıbbi bilgiyi anlama kapasitelerinin güçlendiği görülmektedir(100).

Yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin; mamografi, smear testi veya grip aşısı gibi koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullandığı bilinmektedir(95, 98). Hastalıkların semptomatik hale gelmeden yakalanabileceği bu evrenin atlanması, tedavisi mümkün olan durumların ölümcül hale gelmesine neden olmaktadır. Bu durum, sağlık sistemindeki en büyük kaçırılmış fırsatlardan biridir.

Düşük sağlık okuryazarlığı, hastaların taburcu olduktan sonra kendilerine verilen talimatları (ilaç kullanımı, diyet, takip randevuları) tam olarak anlayamamasına yol açar. Yapılan araştırmalar, yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip hastaların, taburcu olduktan sonraki 90 gün içinde acil servise tekrar başvurma olasılıklarının, yeterli okuryazarlığa sahip olanlara göre 3 kat daha fazla olduğunu göstermiştir(101).

Sağlık okuryazarlığı düşüklüğü, sağlık harcamalarını artıran bağımsız bir risk faktörüdür. Gereksiz acil servis kullanımları, tekrarlayan yatışlar ve ilerlemiş hastalıkların tedavisi, sağlık bütçelerine yıllık %3 ila %5 oranında ek maliyet getirmektedir(94, 98).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Etik İzni

Bu tez çalışması Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 31.07.2025 tarihinde, 31 sayılı karar ile bilimsel ve etik açıdan uygun görülmüştür.

3.2. Çalışmanın Türü

Bu tez çalışması tanımlayıcı kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır. Elektronik anket yöntemi ile veriler internet üzerinden toplanmıştır. Çalışma bir ölçek geliştirme çalışması gibi planlanmamış, daha çok sentinel sorularla Kaçırılmış Fırsat penceresinden geniş bir açıyla bakarak, neden-sonuç ilişkilerine yoğunlaşılmıştır, ancak ankete katılımın yeterli sayıya ulaşması için soru sayısı kısıtlı tutulmuştur.

3.3. Çalışmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışmanın anketi sosyal medya üzerinden,25.09.2025-15.10.2025 tarihleri arasında uygulanmıştır.

3.4. Çalışmanın Evreni ve Örneklem Büyüklüğü

Çalışma evrenini aktif poliklinik yapan hekimler oluşturmuştur. Örnek büyüklüğü, G-power yazılımı kullanılarak, anket formunda çoğu 5'li likert sorulardan oluştuğu için, F-test:ANOVA seçeneği ile, Effect Size: 0,25, alfa:0,05 ve Power (1-beta hata): 0,90 alınarak, toplam örnek büyüklüğü 338 olarak bulunmuştur. Alt grupların analiz yapmaya yetecek sayılara gelmesi beklenerek, geçerli katılımcı 404 kişi olunca anket sonlandırılmıştır.

3.5. Çalışmaya Dahil Olma ve Dışlama Kriterleri

Çalışmaya tıp fakültesinden mezun olmuş, aktif poliklinik yapan, son bir ayda hasta muayenesi yapmış, pratisyen, asistan ya da uzman hekimler dahil edilmiştir.

Hekim olmayan, son bir ayda aktif hasta bakmayan ve acil serviste çalışan, çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hekimler çalışma dışı bırakılmıştır.

3.6. Verilerin Toplanması

Çalışma için yeterli literatür taraması sonrası oluşturulan anket, etik kurul onayı sonrası elektronik ankete dönüştürülmüştür. Ankette elektronik olarak katılım kriterleri, hekim olma ve son bir ayda poliklinik şarlarını sorguladıktan sonra, elektronik onam alınarak, Demografik, Sosyo-ekonomik durum değerlendirme soruları, bilgi, tutum, davranış soruları ile poliklinikte yaptığı uygulamaları değerlendiren elektronik anket doldurtulmuştur. Anket 20 Demografik ve çalışma koşulları, 32 Kaçırılmış fırsat değerlendirmesini içeren, çoğunluğu 5'li likert ölçeği formunda sorulardan oluşmuştur.

3.7. İstatistiksel Analiz

Araştırmada elde edilen veriler Bilgisayar ortamında istatistik programları kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerde kategorik değişkenler sıklık ve yüzde,sürekli değişkenler ise aritmetik ortalama, standart sapma, ortanca, en küçük değer ve en büyük değer ile gösterilmiştir.Kaçırılmış fırsatlar için kullandığımız 5'li likert sistemi; sıralı kategorik veriler olduğu için, (5- Fikrim yok) "*Katılıyorum*" seçeneğine 1 puan, "*Kesinlikle katılıyorum*" seçeneğine 2 puan, *"Katılmıyorum"* -1 puan *"Kesinlikle katılmıyorum"* -2 puan verilerek dönüştürülmüş ve ortalamalar hesaplanmıştır. Bilgi sorularında ve bariz uygulama alanlarında "*Katılıyorum*","*Kesinlikle katılıyorum*" seçenekleri birleştirilerek o soru için geçerli yüzde, ortalama ve standart sapma verileri ile birlikte sunulmuştur.

Normal dağılım şartları sağlamayan verilerde ortalamanın karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, üç ve daha fazla ortalamanın karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Kategorik veri analizlerinde Pearson Ki-Kare testi kullanılmış, beklenen değeri 5 in altında olan veri setlerinde gruplar birleştirilerek analiz tekrarlanmıştır. Yapılan istatistik analizlerde güven aralığı %95, anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir

4.BULGULAR

4.1. Demografik Veriler

Çalışmaya katılan 404 kişinin demografik verileri aşağıda çıkartılmıştır.

Tablo 4.1.Katılımcıların Yaş Değerleri Dağılımı

	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma	En düşük	En yüksek
Yaş (Yıl)	404	44,80	9,75	25	66

Katılımcıların tamamı son bir ay içinde aktif çalışan hekimlerden oluşmuştur ve ortalama yaş 44,80 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4.2.Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımları

Cinsiyet	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kadın	165	40,8
Erkek	239	59,2
Toplam	**404**	**100,0**

Tablo 4.3.Katılımcıların Medeni Hallerine Göre Dağılımları

Medeni Hal	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bekâr	34	8,4
Evli/Birlikte Yaşıyor	341	84,4
Boşanmış	27	6,7
Eşi Ölmüş	2	,5
Toplam	**404**	**100,0**

Katılımcıların %59'u erkektir, %84,4 evli yada birlikte yaşamaktadır, boşanma oranı %6,7 dir.

Tablo 4.4.Katılımcıların Çocuk Sayıları Dağılımı

Çocuk Sayısı	0	1	2	3+	Ortalama	Standart Sapma
Sayı (n)	81	101	176	46	1,49	1,02
Yüzde (%)	20,0	25,0	43,6	11,4		

Evli katılımcıların %12,6 çocuk sahibi değilken , %48,7'si 2 çocuk sahibidir.

Tablo 4.5.Katılımcıların Hekimlik Yapma Sürelerinin Dağılımı

	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma	En düşük	En yüksek
Hekimlik Süresi (Yıl)	404	19,12	9,95	1	40

Katılımcıların ortalama hekimlik yapma süresi 19,12 yıl olup en fazla hekimlik yapma süresi 40 yıldır.

Tablo 4.6.Katılımcıların İsteyerek Hekim Olma Durumu Dağılımları

İsteyerek Hekim Olma	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	337	83,4
Hayır	67	16,6
Toplam	**404**	**100,0**

Katılımcıların %83'ü isteyerek hekim olmuşlardır.

Tablo 4.7.Katılımcıların Unvanlarına Göre Dağılımları

Unvan	Sayı (n)	Yüzde (%)
Pratisyen Hekim	230	56,9
Asistan Hekim	93	23,0
Dahili Alan Uzmanı	59	14,6
Cerrahi Alan Uzmanı	22	5,4
Toplam	**404**	**100,0**

Çalışmada unvana göre katılımcıları sınıfladığımızda en fazla pratisyen hekim olduğu görülmüştür (%56,9), bunu Asistan hekimler izlemiştir (%23.0)

Tablo 4.8.Katılımcıların Çalıştıkları Kurumlara Göre Dağılımları

Çalışılan Kurum	Sayı (n)	Yüzde (%)
Aile Sağlığı Merkezi	327	80,9
Üniversite Hastanesi	25	6,2
Devlet Hastanesi	19	4,7
Özel Hastane	19	4,7
Eğitim Araştırma Hastanesi	14	3,5
Toplam	**404**	**100,0**

Çalışmada katılımcıların çalıştıkları kurumlara göre dağılımları incelendiğinde, Aile Sağlığı merkezleri %80,9 la birinci sıradadır, daha sonra diğer kurumlar benzer şekilde dağılmıştır.

Tablo 4.9.Katılımcıların Mezun Oldukları Üniversitelere Göre Dağılımları

Mezun Olunan Üniversite	Sayı (n)	Yüzde (%)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	58	14,4
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi	32	7,9
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi	23	5,7
Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi	20	5
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi	17	4,2
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi	17	4,2
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi	17	4,2
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi	14	3,5
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi	12	3
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	12	3
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi	12	3
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi	11	2,7
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	11	2,7
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi	11	2,7
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi	10	2,5
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi	10	2,5
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi	8	2
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	7	1,7
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi	7	1,7
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi	6	1,5
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	6	1,5
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi	6	1,5
Diğer	77	19,0
Toplam	**404**	**100,0**

Çalışmaya 54 üniversiteden mezun katılımcı kabul edilmiş olup en büyük oran %14,4'le Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesinden olmuştur.

Tablo 4.10.Katılımcıların Son Birimde Çalışma Süresi Değerlerinin Dağılımı

	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma	En düşük	En yüksek
Son Birimde Çalışma Süresi (Yıl)	404	8,55	6,59	1	33

Katılımcılar son çalıştıkları birimde ortalama 8,55 yıl çalışmışlardır.

Tablo 4.11. Katılımcıların Ortalama Poliklinik Sayıları Değerlerinin Dağılımı

	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma	En düşük	En yüksek
Ortalama Poliklinik Sayısı (Gün)	404	61,34	23,52	1	150

Katılımcıların günlük ortalama poliklinik sayıları 61 olup (GA:15-107) , en yüksek günlük 150 poliklinik bildirilmiştir.

Tablo 4.12.Katılımcıların Yaşadıkları Şehirlere Göre Dağılımları

Yaşanılan Şehir	Sayı (n)	Yüzde (%)
Eskişehir	110	27,2
Bursa	42	10,4
Ankara	25	6,2
Kahramanmaraş	24	5,9
İstanbul	23	5,7
Gaziantep	14	3,5
Aydın	11	2,7
Antalya	11	2,7
Osmaniye	11	2,7
Afyonkarahisar	10	2,5
Bilecik	10	2,5
Ordu	8	2,0
Manisa	8	2,0
Denizli	7	1,7
Diğer	90	22,3
Toplam	**404**	**100,0**

Çalışmaya toplam 51 ilden katılım olmuş, %27,2 oranla Eskişehir'den 110 katılımcı kabul edilmiştir.

Tablo 4.13.Katılımcıların Poliklinik Dışında Görevli Olma Göre Dağılımları

Görev	Sayı (n)	Yüzde (%)
Haftada 1 Günden Fazla	27	6,7
Haftada 1 Gün	41	10,1
Ayda 1 -2 gün	94	23,3
Yok	242	59,9
Toplam	**404**	**100,0**

Poliklinik dışında görevlendirme bütün kurumlarda mevcuttur, En fazla Devlet hastanesinde bu görevlendirmeler varken (%84,2), 2. Sırada görevlendirme Eğitim Araştırma Hastanelerinde yapılmaktadır (%57,1).

Tablo 4.14.Katılımcıların Yaşadıkları Yere Göre Dağılımları

Yaşanılan Yer	Sayı (n)	Yüzde (%)
Büyükşehir	234	57,9
İl Merkezi	95	23,5
İlçe merkezi	69	17,1
Belde Köy	6	1,5
Toplam	**404**	**100,0**

Katılımcıların %57,9'u Büyükşehir sınırları içinde yaşamaktadır.

Tablo 4.15.Katılımcıların Gelir Durumlarına Göre Dağılımları

Gelir Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gelirlerim Giderlerimden Fazla	128	31,7
Gelirlerim Giderlerimi Karşılıyor	212	52,5
Gelirlerim Giderlerimden Az	64	15,8
Toplam	**404**	**100,0**

Tablo 4.16.Katılımcıların Ev Sahipliğine Göre Dağılımları

Yaşadığı Evin Mülkiyeti	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bana Eşime Ait	295	73,0
Kira	85	21,0
Aileme Ebeveynlerime Ait	24	5,9
Toplam	**404**	**100,0**

Tablo 4.17.Katılımcıların Araba Sahipliğine Göre Dağılımları

Araba Sahipliği	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	389	96,3
Yok	15	3,7
Toplam	**404**	**100,0**

Katılımcıların %52,5 gelirlerinin giderlerini karşıladığını, %73'ü kendine ait evlerinin olduğunu , %96,3 'ü ise araba sahibi olduklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.18.Katılımcıların İmkânı Olsa Başka Mesleğe Geçme İsteği Durumu Dağılımları

Başka Mesleğe Geçme	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	230	56,9
Hayır	174	43,1
Toplam	**404**	**100,0**

Katılımcıların %56,92u imkân verilse başka bir mesleğe geçmek istediklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 4.19.Katılımcıların Çalıştıkları Ortamdan Memnun Olma Göre Dağılımları

Ortamdan Memnuniyet	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çok Memnunum	18	4,5
Memnunum	213	52,7
Kararsızım	85	21,0
Memnun Değilim	59	14,6
Hiç memnun Değilim	29	7,2
Toplam	**404**	**100,0**

Katılımcıların %57,2 'si çalıştıkları ortamdan memnun olduklarını beyan etmişlerdir.

Tablo 4.20.Katılımcıların İmkânı Olsa Yurtdışında Çalışmak Yaşamak İsteği Durumu Dağılımları

Yurtdışı istemi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	259	64,1
Hayır	145	35,9
Toplam	**404**	**100,0**

Katılımcıların %64.1 'i imkân olsa yurtdışında çalışmak ya da yaşamak istediklerini beyan etmişlerdir.

4.2.Kaçırılmış Fırsat Verileri

Tablo 4.21. Katılımcıların Bilgi Tabanlı Sorulara Verdikleri Cevapların Puanlanması

Bilgi Soruları	Ort	SS	Oran
Sigara/Tütün ürünleri Mesane kanseri için risk faktörüdür	1,54	0,91	0,94
Obezite ile depresyon arasında doğrudan fizyolojik bir bağ vardır	1,21	0,94	0,88
Hepatit B aşısı sadece bebeklik döneminde uygulanır	-1,59	0,84	0,95[1]
Kronik hastalıklarda yaşam tarzı değişikliği ilaçlar kadar etkili değildir	-1,29	0,85	0,93[1]
Yüksek Tansiyon hastalarının büyük çoğunluğu geç teşhis almakta ve teşhis sonrası tedavilerine uymamaktadırlar	0,97	0,89	0,86
Obezite sağlık uygulamalarımızın risk algısının çok üzerinde tehlikeli bir klinik durumdur	1,28	0,71	0,95
Ortalama			**0,92**

[1]Soru negatif sorulduğu için doğru cevap oranı mutlak değer olarak alınmıştır.

Katılımcılar bilgi tabanlı sorulara verdikleri cevap ortalaması %92 olup, genel olarak hekimlerin kaçırılmış fırsatla ilgili bilgi alanında oldukça yetkin olduklarını düşündürmektedir.

Tablo 4.22. Katılımcıların Tutum Tabanlı Sorulara Verdikleri Cevapların Puanlanması

Tutum Soruları	Ort	SS	Oran
Her poliklinikte/muayenede tütün ve tütün ürünleri kullanımı sorgulanmalıdır	1,14	1,02	0,86
Üreme çağı öncesinden itibaren HPV aşısı mutlaka önerilmelidir	1,41	0,85	0,91
Hastalara hekimler tarafından fiziksel aktivite yapmalarının önerilmesi genellikle işe yarar	0,49	1,13	0,69
Hastalara teşhis koyarken rehberler hekimin kişisel deneyiminden daha yararlıdır	0,01	1,14	0,46
Hekimler hastalarına diyet anlatmak yerine diyetisyene yönlendirmeleri daha zaman-etkin bir yöntemdir	0,26	1,24	0,56
Hekim davranış değişikliği önermek yerine teşhisi netleştirmeye odaklanmalıdır	-0,85	0,91	0,83[1]
Yaşam tarzı değişiklikleri genelde benzer, hastaya hazır yaşam tarzı değişikliği önerileri vermek zaman kazandırır	0,13	1,10	0,52
Hastadan detaylı anamnez almak, şikâyeti ile ilgisiz bilgileri de vereceği için, tanı sürecinin uzamasına neden olabilir	-0,67	1,16	0,73[1]
Ortalama			**0,71**

[1]Soru negatif sorulduğu için doğru cevap oranı mutlak değer olarak alınmıştır.

Rehberler ve deneyim, hastalara diyet anlatmak ve diyetisyene göndermek gibi konularda hekimlerin farklı düşünmeleri Tutum alanındaki puanların düşmesine neden olsa da, katılımcılar yüksek tutum puanları kaydetmişlerdir.

Tablo 4.23. Katılımcıların Davranış Tabanlı Sorulara Verdikleri Cevapların Puanlanması

Davranış Soruları	Ort	SS	Oran
Kişilerin VKI(vücut kitle indeksi)-BMI hesaplarım	1,45	0,92	0,88
Her polikliniğimde Kan basıncı (Tansiyon) mutlaka ölçerim	0,38	1,17	0,63
Hastalarımın Sigara /Tütün kullanımını kaydederim	1,07	1,03	0,85
Hastanın Özellikle kan kolesterol ve kan glikoz değerlerini sağlık bilgi sistemlerinden kontrol ederim	1,19	0,90	0,91
Sigara/tütün kullanan tüm hastalarıma, zararlarını anlatır bırakmasını öneririm	0,95	1,12	0,81
Ortalama			**0,82**

Davranış tabanlı puanların ortalamasının düşmesine neden olan soru her poliklinikte Kan Basıncı ölçülmesi sorusudur, bu soru katılımcılardan %63 olumlu cevap almıştır.

Tablo 4.24. Katılımcıların Uygulama Tabanlı Sorulara Verdikleri Cevapların Puanlanması

Uygulama Soruları	Ort	SS	Oran
Çalıştığım Sağlık kuruluşunda hastalara Sigara/Tütün kullanımları sorulmaktadır	1,18	,90	0,88
Sağlık taramaları ile ilgili daha fazla bilgiye ihtiyacım var	-0,07	1,24	0,48
Malpraktis endişesi ile fazladan tetkik/görüntüleme isterim	0,20	1,27	0,55
Kaçırılmış fırsat hastanın yaşam tarzı değişikliği ya da kötü sağlık davranışlarını hekim muayenesi sırasında hekimine sormamasıdır	0,43	1,03	0,65
HYP (Hastalık Yönetim platformu) Kronik hastalıkların taranmasında kullanılan bir web tabanlı yazılımdır	0,96	0,97	0,79
Kaçırılmış fırsat; Hekimin muayene sırasında, hastanın mevcut şikâyeti ile ilgisi olmayan, hastanın sağlık taramalarını, zararlı sağlık davranışlarını sorgulamasını, Yaşam tarzı değişiklikleri ve Sağlığının geliştirilmesi gibi davranışları önermesini içeren bir çerçeve kavramdır	0,97	0,86	0,81
Poliklinikte değerlendirdiğim hastaların Sağlık bilgi düzeyleri yeterlidir	-1,24	0,84	0,07
Ortalama			

Sağlık taramaları ile ilgili katılımcıların yaklaşık yarısı daha fazla bilgiye ihtiyaçları olduğunu belirtmişlerdir (%48) , %65 katılımcı Kaçırılmış fırsatlarda hastaya sorumluluk atfederken, %81 ‘i önerdiğimiz Kaçırılmış fırsat tanımına katılmışlardır. Katılımcıların %79 HYP platformundan haberdardır, %93 ‘ü hastaların sağlık bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu ifade etmişlerdir.

Tablo 4.25. Erişkinler İçin En Önemli Sağlık Taramaları Tablosu.

Tarama Programları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kanser Taramaları	223	55,2
Hipertansiyon taramaları	64	15,8
Obezite taranması	54	13,4
Diyabet Taraması	57	14,1
Eksik aşıların taranması	6	1,5
Toplam	**404**	**100,0**

Katılımcıların %55,2 si Kanser taramalarını en önemli sağlık taraması olarak değerlendirmiştir. Soru özellikle tek şık kabul edilerek en önemli tarama programı aranmıştır. Bazı katılımcılar anket geri bildirim alanlarında diğer programların da önemli olduğunu listeye eklenmemiş tarama programlarının da (Yeni doğan tarama programları gibi) önemli olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 4.26. Hastaların Sağlık Taraması Yaptırmama Nedenleri Tablosu.

Tarama Yaptırmama Nedenleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastaların Sağlık Okur Yazarlığı Eksikliği	179	44,3
Tarama gerekliliğine inanmama	108	26,7
Sağlık sistemi tarafından organize edilmemesi	72	17,8
Zaman Yetersizliği	31	7,7
Sağlık Sigortası-Ekonomik nedenler	14	3,5
Toplam	**404**	**100,0**

En önemli sağlık taraması yaptırmama nedeni katılımcılara göre Sağlık okuryazarlığı yani bilgi eksikliğidir (%44,3)

Tablo 4.27. Unvana Göre Hastaların Sağlık Taraması Yaptırmama Nedenleri Tablosu.

		Hastalarınızın sağlık taramalarını yaptırmamasının en yaygın nedeni nedir			
		Bilgi	**İnanç**	**Sistem**	**Toplam**
Unvan	Pratisyen Hekim	95 %41,3	71 %30,9	64 %27,8	**230** **%100**
	Asistan Hekim	45 %48,4	21 %22,6	27 %29,0	**93** **%100**
	Dahili Alan Uzmanı	33 %55,9	12 %20,3	14 %23,7	**59** **%100**
	Cerrahi alan uzmanı	6 %27,3	4 %18,2	12 %54,5	**22** **%100**
	Toplam **Yüzde**	**179** **%44,3**	**108** **%26,7**	**117** **%29,0**	**404** **%100**

Pearson Ki-Kare (p=0,039)

Tarama yaptırmama nedenleri 3 başlıkta birleştirilerek, sağlık okur yazarlığı; bilgi, taramaya inanmama inanç ve diğer başlıklar sistem başlığı altında kodlanmış, dahili alan uzmanlarının daha çok bilgi eksikliğini bir neden olarak öncelerken, cerrahi alan uzmanlarının sistemin eksiklerini daha çok neden olarak tercih ettikleri bulunmuştur, fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$)(tablo 4.27).

Tablo 4.28. Hekimlerin Tarama Programı,Yaşam Tarzı Değişikliği Önermeme Nedenleri Tablosu.

Hekim Önermeme Nedeni	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hekimlerin poliklinik sürelerinin kısa olması	300	74,3
Hastaların bu konulara ilgisiz olmaları	87	21,5
Hekimlerin bu konulardaki bilgi eksikliği	14	3,5
Tarama programları ve Yaşam tarzı değişikliği önerisi hekimin asli görevi değildir	2	,5
Yaşam tarzı değişikliklerinin etkisiz olması	1	,2
Toplam	**404**	**100,0**

Hekimlerin tarama programı ya da yaşam tarzı değişikliği gibi kaçırılmış fırsatların en önemli parametrelerini önerememe nedenleri irdelendiğinde %74,3 ile poliklinik sürelerinin kısa olması, %21,5 ile de hastaların ilgisiz olmaları nedenlerin büyük bir kısmını oluşturmaktadır.

Tablo 4.29. Hekimlerin Hastalarına Sağlık Taraması Programı Önerme Oranları Tablosu.

Tarama Programları	Sayı (n)	Yüzde (%)
%0-%25	53	13,1
%26-%50	119	29,5
%51-%75	128	31,7
%76-%100	99	24,5
Fikrim Yok	5	1,2
Toplam	**404**	**100,0**

Hekimlerin poliklinik hastalarına tarama programları önermelerini dikkate aldığımızda ilk sırada %31,7 ile %51-%75 bandında öneri olduğu cevabı gelmiştir. %0-%25 bandında düşük düzeyde tarama önerisi sadece %13,1 dir.

Tablo 4.30. Son 1 Yılda Hastaların Sağlık Taramalarına Uyum Oranları Tablosu.

Tarama Programları	Sayı (n)	Yüzde (%)
%0-%25	102	25,2
%26-%50	143	35,4
%51-%75	110	27,2
%76-%100	32	7,9
Fikrim Yok	17	4,2
Toplam	**404**	**100,0**

Bir önceki tabloda sağlık taramaları önerileri irdelenirken (tablo 4.29) bu tabloda hastaların ne kadar bu tarama programlarına uydukları değerlendirilmiştir. Bu tabloda en büyük öneri bandı %35,4 ile %26-%50 bandıdır. Düşük tarama oranını ifade eden %0-%25 bandı bu tabloda %25,2 olarak hesaplanmıştır.

Öneri düzeyleri %50'nin altı ve üstü olarak yeniden kodlanmış, tarama önerileri yapılması ile bu önerilere uyum bir sonraki tabloda analiz edilmiştir (tablo 4.31)

Tablo 4.31.Tarama Önerileri İle Hastaların Uyum Oranlarının Kıyaslanması Tablosu.

		Son bir yıl içinde, hastalarınızın kaçının önerdiğiniz sağlık taramalarını yaptırdığını düşünüyorsunuz		
		%0-50	**% 51-100**	**Toplam**
Poliklinik hastalarınızın yüzde kaçına tarama programları ve yaşam tarzı değişikliği önerirsiniz.	**%0-50**	129	37	**166**
	Yüzde	*%33,3*	*%9,6*	***%42,9***
	% 51-100	116	105	**221**
	Yüzde	*%30,0*	*%27,1*	***%57,1***
	Toplam	**245**	**142**	**387**
	Yüzde	***%63,3***	***%36,7***	***%100***

Pearson Ki-Kare (p=0,000)

Tablo 4.32. Katılımcıların Diğer Hekimlerin Tarama Programı Önerme Oranları Tablosu.

Tarama Programları	Sayı (n)	Yüzde (%)
%0-%25	145	35,9
%26-%50	139	34,4
%51-%75	71	17,6
%76-%100	21	5,2
Fikrim Yok	28	6,9
Toplam	**404**	**100,0**

Tablo 4.33. Hekimlerin Hastalarına Tarama Önermesi Oranlarının Karşılaştırılma Tablosu.

		Sizce hekimler, hastalarının yüzde kaçına Tarama programları ve yaşam tarzı değişikliği öneriyorlardır.		
Poliklinik hastalarınızın yüzde kaçına tarama programları ve yaşam tarzı değişikliği önerirsiniz.		**%0-50**	**% 51-100**	**Toplam**
	%0-50	141	15	**156**
	Yüzde	*%37,7*	*%4,0*	***%41,7***
	% 51-100	141	77	**218**
	Yüzde	*%37,7*	*%20,6*	***%58,3***
	Toplam	**282**	**92**	**374**
	Yüzde	***%75,4***	***%24,6***	***%100***

Pearson Ki-Kare (p=0,000)

Katılımcıların kendi tarama önerileri ile diğer hekimlerin ne kadar tarama önerdiği oranlar, değerler birleştirilerek analiz edildiğinde yüksek oranda önerme kendileri için %58,3 iken diğer hekimler için %24,6 da kalmıştır, bu fark istatistiksel olarak anlamıdır (p<0,05), ayrıca katılımcıların tarama önerilerinin daha yüksek puanlarla değerlendirildiğini düşündürebilir.

Tablo 4.34. Hekimlerin Kurumlara Göre Unvan Dağılımları Tablosu.

Kurum / Unvan	**Pratisyen Hekim**	**Asistan Hekim**	**Dahili Alan Uzmanı**	**Cerrahi Alan uzmanı**	**Toplam**
Aile Sağlığı Merkezi	218	68	41	0	**327**
Üniversite Hastanesi	2	20	2	1	**25**
Devlet Hastanesi	1	0	9	9	**19**
Özel Hastane	9	0	5	5	**19**
Eğitim Araştırma H.	0	5	2	7	**14**
Toplam	**230**	**93**	**59**	**22**	**404**

Hekimlerin kurumlara göre unvan dağılımları katılımcı grubun tanınması açısından önemlidir. Çalışmaya dahil edilen 404 kişinin büyük çoğunluğu Pratisyen Hekim olarak Aile Sağlığı Merkezinde çalışmaktadır. Ayrıca Aile Sağlığı Merkezlerinde SAHU asistanları ve Aile Hekimi Uzmanları da (Dahili Alan Uzmanı grubuna eklenmişlerdir) çalışmaktadır.

Tablo 4.35.Cinsiyete Göre Katılımcıların HPV Aşısı Önerme Düzeyleri

Değişken	Gruplar	Sayı (n)	M rank	Ort(M)[2]	MWU	P
Üreme çağı öncesinden itibaren HPV aşısı mutlaka önerilmelidir	Kadın	165	217,19	1,53	17293[1]	,017
	Erkek	239	192,36	1,31		
Toplam		**404**				

[1] Mann-Whitney U Test. [2] Medyan değer yerine puanların karşılaştırılabilmesi için ortalama kullanılmıştır

Kaçırılmış fırsatları değerlendirmek için anket formuna eklenen bilgi-tutum-davranış ve uygulama anındaki sorular demografik verilerle birlikte analiz edildiğinde, cinsiyet değişkeni ile HPV aşısı önerisi arasında anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Kadınlar ortalama 1,53 puanla, 1,31 puan veren erkelerden daha fazla HPV aşısı önerme tutum puanı almışlardır.

Tablo 4.36. Unvana Göre Katılımcıların Hepatit B Aşısı Bilgi Düzeyleri

Değişken	Gruplar	Sayı (n)	M rank	Ort(M)[2]	KW-H	P
Hepatit B aşısı sadece bebeklik döneminde uygulanır	Pratisyen Hekim	230	201,29	-1,64	12,472[1]	,006
	Asistan Hekim	93	198,11	-1,55		
	Dahili Alan Uzmanı	59	189,71	-1,66		
	Cerrahi Alan Uzmanı	22	267,98	-1,05		
Toplam		**404**				

[1]Kruskal-Wallis H Test. [2] Medyan değer yerine puanların karşılaştırılabilmesi için ortalama kullanılmıştır

Anketteki kaçırılmış fırsat soruları için alınan puanlar genelde yüksek ve unvan grupları arasında farklı çıkmamıştır. Sadece Hepatit B aşısının bilgi düzeyi cerrahi alan uzmanlarında diğer gruplara göre negatif ayrılmıştır.

Tablo 4.37. Unvana Göre Katılımcıların VKI Hesaplama Düzeyleri

Değişken	Gruplar	Sayı (n)	M rank	Ort(M)[2]	KW-H	P
Kişilerin VKI(vücut kitle indeksi)-BMI hesaplarım	Pratisyen Hekim	230	211,21	1,23	24,873[1]	,000
	Asistan Hekim	93	196,55	1,15		
	Dahili Alan Uzmanı	59	217,31	1,18		
	Cerrahi Alan Uzmanı	22	96,82	0,14		
Toplam		**404**				

[1]Kruskal-Wallis H Test. [2] Medyan değer yerine puanların karşılaştırılabilmesi için ortalama kullanılmıştır

Davranış grubu sorularda VKI hesaplama düzeyleri cerrahi alan uzmanlarında istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşüktür ($p<0,05$)

Tablo 4.38. Unvana Göre Katılımcıların Kan Basıncı Ölçme Düzeyleri

Değişken	Gruplar	Sayı (n)	M rank	Ort(M)[2]	KW-H	P
Her polikliniğimde Kan basıncı (Tansiyon) mutlaka ölçerim	Pratisyen Hekim	230	210,37	0,47	16,543[1]	,000
	Asistan Hekim	93	189,16	0,25		
	Dahili Alan Uzmanı	59	222,25	0,59		
	Cerrahi Alan Uzmanı	22	123,64	-0,55		
Toplam		**404**				

[1]Kruskal-Wallis H Test. [2] Medyan değer yerine puanların karşılaştırılabilmesi için ortalama kullanılmıştır

Her poliklinik muayenesinde hastanın tansiyon ölçümü tüm gruplarda düşüktür. Ayrıca grup içinde de cerrahi alan uzmanları ve asistan hekimlerde istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür. Bu grupta en yüksek puanlar dahili alan uzmanlarındadır.

Tablo 4.39. Unvana Göre Katılımcıların Sağlık Bilgi Sistemlerinden Veri Alma Düzeyleri

Değişken	Gruplar	Sayı (n)	M rank	Ort(M)[2]	KW-H	P
Hastanın Özellikle kan kolesterol ve kan glukoz değerlerini sağlık bilgi sistemlerinden kontrol ederim	Pratisyen Hekim	230	210,10	1,29	22,589[1]	,000
	Asistan Hekim	93	187,05	1,06		
	Dahili Alan Uzmanı	59	229,76	1,39		
	Cerrahi Alan Uzmanı	22	115,18	0,18		
Toplam		**404**				

[1]Kruskal-Wallis H Test. [2] Medyan değer yerine puanların karşılaştırılabilmesi için ortalama kullanılmıştır

Sağlık bilgi sistemleri artık tüm polikliniklerde erişilebilir durumdadır, özellikle e-nabız uygulamasında internet erişimi olan tüm hekimler hastaların özellikle biyokimya tetkik sonuçlarını görebilmektedir. Bu soruda da gruplar arası fark benzer şekilde oluşmuştur.

Tablo 4.40. Unvana Göre Katılımcıların Sağlık Taramaları İle İlgili Bilgi İhtiyacı Düzeyleri

Değişken	Gruplar	Sayı (n)	M rank	Ort(M)[2]	KW-H	P
Sağlık taramaları ile ilgili daha fazla bilgiye ihtiyacım var	Pratisyen Hekim	230	194,14	-0,17	13,949[1]	,003
	Asistan Hekim	93	211,18	0,03		
	Dahili Alan Uzmanı	59	192,02	-0,19		
	Cerrahi Alan Uzmanı	22	281,34	0,81		
Toplam		**404**				

[1]Kruskal-Wallis H Test. [2] Medyan değer yerine puanların karşılaştırılabilmesi için ortalama kullanılmıştır

Sağlık taramaları ile ilgili bilgi ihtiyacı sorgulamasında cerrahi alan uzmanları ve asistan hekimler daha fazla bilgiye ihtiyaçları olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 4.41. Unvana Göre Katılımcıların Rehberler İle İlgili Görüş Düzeyleri

Değişken	Gruplar	Sayı (n)	M rank	Ort(M)[2]	KW-H	P
Hastalara teşhis koyarken rehberler hekimin kişisel deneyiminden daha yararlıdır	Pratisyen Hekim	230	191,00	-0,11	9,943[1]	,019
	Asistan Hekim	93	216,83	0,16		
	Dahili Alan Uzmanı	59	233,38	0,33		
	Cerrahi Alan Uzmanı	22	179,30	-0,23		
Toplam		**404**				

[1]Kruskal-Wallis H Test. [2] Medyan değer yerine puanların karşılaştırılabilmesi için ortalama kullanılmıştır

Kişisel deneyim ile rehberlerin kıyaslandığı bu soruda dahili alan uzmanları rehberleri önemserken cerrahi alan uzmanları ve pratisyen hekimler kişisel deneyimin daha önemli olduğunu belirtmişlerdir, bu fark istatistiksel olarak ta anlamlı çıkmıştır ($p<0,05$)

Tablo 4.42. Unvana Göre Katılımcıların HYP Hakkında Bilgi Düzeyleri

Değişken	Gruplar	Sayı (n)	M rank	Ort(M)[2]	KW-H	P
HYP (Hastalık Yönetim platformu) Kronik hastalıkların taranmasında kullanılan bir web tabanlı yazılımdır	Pratisyen Hekim	230	205,40	0,96	14,625[1]	,002
	Asistan Hekim	93	210,42	1,00		
	Dahili Alan Uzmanı	59	210,31	1,06		
	Cerrahi Alan Uzmanı	22	117,82	0,45		
Toplam		**404**				

[1]Kruskal-Wallis H Test. [2] Medyan değer yerine puanların karşılaştırılabilmesi için ortalama kullanılmıştır

Hastalık Yönetim Platformu (HYP) birinci basamakta kronik hastalık takibi için kullanılan web tabanlı bir kayıt platformudur. Kronik hastalıklar izlemi ve taraması üzerinden kaçırılmış fırsatlarla ilişkilendirilebilecek bu program aile sağlığı merkezi içinde çalışan gruplarca tanınmakta aile sağlığı merkezinde çalışmayan cerrahi alan uzmanlarınca daha az bilinmektedir.

Tablo 4.43. Çalışılan Kuruma Göre Sağlık Kuruluşlarında Sigara Sorgulanma Düzeyleri

Değişken	Gruplar	Sayı (n)	M rank	Ort(M)[2]	KW-H	P
Çalıştığım Sağlık kuruluşunda hastalara Sigara/Tütün kullanımları sorulmaktadır	Aile Sağlığı Merkezi	327	208,54	1,23	15,319[1]	,004
	Üniversite Hastanesi	25	150,44	0,84		
	Devlet Hastanesi	19	141,66	0,68		
	Özel Hastane	19	235,29	1,36		
	Eğitim Araştırma H.	14	192,54	1,14		
Toplam		**404**				

[1]Kruskal-Wallis H Test. [2] Medyan değer yerine puanların karşılaştırılabilmesi için ortalama kullanılmıştır

Çalışılan kurumlar ile kaçırılmış fırsat soruları karşılaştırıldığında kurumlarda sigara/tütün kullanım sorgusu Devlet hastaneleri ve üniversite hastanelerinde daha düşüktür

Tablo 4.44. Çalışılan Kuruma Göre Katılımcıların VKI Hesaplama Düzeyleri

Değişken	Gruplar	Sayı (n)	M rank	Ort(M)[2]	KW-H	P
Kişilerin VKI(vücut kitle indeksi)-BMI hesaplarım	Aile Sağlığı Merkezi	327	216,26	1,28	42,246[1]	,000
	Üniversite Hastanesi	25	174,82	1,04		
	Devlet Hastanesi	19	71,24	-0,21		
	Özel Hastane	19	180,13	0,78		
	Eğitim Araştırma H.	14	138,93	0,57		
Toplam		**404**				

[1]Kruskal-Wallis H Test. [2] Medyan değer yerine puanların karşılaştırılabilmesi için ortalama kullanılmıştır

VKI hesaplama düzeyleri kurumlar açısından istatistiksel olarak farklıdır ($p<0,05$) en yüksek puanları aile sağlığı merkezleri alırken, en düşük ortalama puanlar devlet hastanesi tarafından alınmıştır.

Tablo 4.45. Çalışılan Kuruma Göre Katılımcıların Kan Basıncı Ölçme Düzeyleri

Değişken	Gruplar	Sayı (n)	M rank	Ort(M)[2]	KW-H	P
Her polikliniğimde Kan basıncı (Tansiyon) mutlaka ölçerim	Aile Sağlığı Merkezi	327	207,95	0,45	13,558[1]	,009
	Üniversite Hastanesi	25	185,14	0,20		
	Devlet Hastanesi	19	122,00	-0,57		
	Özel Hastane	19	226,21	0,58		
	Eğitim Araştırma H.	14	183,25	0,14		
Toplam		**404**				

[1]Kruskal-Wallis H Test. [2] Medyan değer yerine puanların karşılaştırılabilmesi için ortalama kullanılmıştır

Kan basıncı ölçme düzeyleri kurumlar açısından farklıdır, özel hastaneler en yüksek ortalama puana sahipken, devlet hastaneleri diğer kurumlardan negatif olarak ayrılmıştır

Tablo 4.46. Çalışılan Kuruma Göre Sağlık Bilgi Sistemlerinden Veri Alma Düzeyleri

Değişken	Gruplar	Sayı (n)	M rank	Ort(M)[2]	KW-H	P
Hastanın Özellikle kan kolesterol ve kan glikoz değerlerini sağlık bilgi sistemlerinden kontrol ederim	Aile Sağlığı Merkezi	327	210,98	1,31	18,128[1]	,001
	Üniversite Hastanesi	25	191,00	1,00		
	Devlet Hastanesi	19	118,26	0,21		
	Özel Hastane	19	192,66	0,95		
	Eğitim Araştırma H.	14	152,64	0,64		
Toplam		**404**				

[1]Kruskal-Wallis H Test. [2] Medyan değer yerine puanların karşılaştırılabilmesi için ortalama kullanılmıştır

Sağlık bilgi sistemlerinden diğer kurumlardan pozitif ayrışan aile sağlığı merkezleri daha fazla veri almaktadır.

Tablo 4.47. Çalışılan Kuruma Göre Sigara Kullanma Durumunu Kaydetme Düzeyleri

Değişken	Gruplar	Sayı (n)	M rank	Ort(M)[2]	KW-H	P
Hastalarımın Sigara /Tütün kullanımını kaydederim	Aile Sağlığı Merkezi	327	210,29	1,16	19,074[1]	,001
	Üniversite Hastanesi	25	194,26	1,08		
	Devlet Hastanesi	19	102,34	-0,21		
	Özel Hastane	19	185,55	0,84		
	Eğitim Araştırma H.	14	194,14	1,14		
Toplam		**404**				

[1]Kruskal-Wallis H Test. [2] Medyan değer yerine puanların karşılaştırılabilmesi için ortalama kullanılmıştır

Sigara/tütün kullanım durumlarının kaydedilme düzeyleri aile sağlığı merkezi ve Eğitim araştırma hastanelerinde yüksektir, devlet hastaneleri bu soruda diğer kurumlardan negatif ayrışmaktadır.

Tablo 4.48. Çalışılan Kuruma Göre Katılımcıların Sigara Bırakma Önerisi Düzeyleri

Değişken	Gruplar	Sayı (n)	M rank	Ort(M)[2]	KW-H	P
Sigara/tütün kullanan tüm hastalarıma, zararlarını anlatır bırakmasını öneririm	Aile Sağlığı Merkezi	327	201,74	0,96	10,176[1]	,038
	Üniversite Hastanesi	25	190,72	0,80		
	Devlet Hastanesi	19	176,08	0,42		
	Özel Hastane	19	273,45	1,63		
	Eğitim Araştırma H.	14	180,79	0,71		
Toplam		**404**				

[1]Kruskal-Wallis H Test. [2] Medyan değer yerine puanların karşılaştırılabilmesi için ortalama kullanılmıştır

Sigara bırakma önerisi kurumlar arasında kıyaslandığında özel hastaneler diğer kurumlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde ayrışmaktadır ($p<0,05$)

Tablo 4.49. Çalışılan Kuruma Göre Sağlık Taramaları İle İlgili Bilgi İhtiyacı Düzeyleri

Değişken	Gruplar	Sayı (n)	M rank	Ort(M)[2]	KW-H	P
Sağlık taramaları ile ilgili daha fazla bilgiye ihtiyacım var	Aile Sağlığı Merkezi	327	190,37	-0,21	21,321[1]	,000
	Üniversite Hastanesi	25	259,76	0,60		
	Devlet Hastanesi	19	255,24	0,52		
	Özel Hastane	19	250,71	0,47		
	Eğitim Araştırma H.	14	246,54	0,42		
Toplam		**404**				

[1]Kruskal-Wallis H Test. [2] Medyan değer yerine puanların karşılaştırılabilmesi için ortalama kullanılmıştır

Aile sağlığı merkezleri sağlık taramaları ile ilgili ihtiyaç bildirmezken diğer kurumların hepsi daha fazla bilgiye ihtiyaçları olduğunu belirtmişlerdir ($p<0,05$)

Tablo 4.50. Çalışılan Kuruma Göre Malpraktis Endişesi İle Fazla Tetkik İsteme Düzeyleri

Değişken	Gruplar	Sayı (n)	M rank	Ort(M)[2]	KW-H	P
Malpraktis endişesi ile fazladan tetkik/görüntüleme isterim	Aile Sağlığı Merkezi	327	189,99	0,06	25,531[1]	,000
	Üniversite Hastanesi	25	261,96	0,88		
	Devlet Hastanesi	19	287,21	1,16		
	Özel Hastane	19	224,71	0,42		
	Eğitim Araştırma H.	14	243,43	0,71		
Toplam		**404**				

[1]Kruskal-Wallis H Test. [2] Medyan değer yerine puanların karşılaştırılabilmesi için ortalama kullanılmıştır

Kaçırılmış fırsatlar soru setinde uygulama kısmında malpraktis endişesi ile fazla tetkik isteme sorgulanmış devlet hastaneleri diğer gruplardan pozitif ayrışmıştır ($p<0,05$). Sonuçlarda dikkat çekici olan hiçbir kurum için ortalama 0 değerinin altında çıkmamış, en küçük sonuç aile sağlığı merkezinden gelmiştir.

Tablo 4.51. Çalışılan Kuruma Göre Katılımcıların Davranış Değişikliği Önerme Düzeyleri

Değişken	Gruplar	Sayı (n)	M rank	Ort(M)[2]	KW-H	P
Hekim davranış değişikliği önermek yerine teşhisi netleştirmeye odaklanmalıdır	Aile Sağlığı Merkezi	327	195,79	-0,93	9,678[1]	,046
	Üniversite Hastanesi	25	235,30	-0,60		
	Devlet Hastanesi	19	241,21	-0,31		
	Özel Hastane	19	205,55	-0,68		
	Eğitim Araştırma H.	14	243,89	-0,35		
Toplam		**404**				

[1]Kruskal-Wallis H Test. [2] Medyan değer yerine puanların karşılaştırılabilmesi için ortalama kullanılmıştır

Hekimlerin tarama programı ya da yaşam tarzı değişikliği önermeme tablosu (tablo 4.28) incelendiğinde en önemli engelin hekim açısından zaman kısıtlılığı olduğu görülecektir. Hekimler bu zaman kısıtlığında teşhisi netleştirmeye odaklanmak zorunda kalmaktadırlar. Bu tabloda kurumlar arasında fark olsa da tüm kurumların puanlar negatiftir. Yani hekimler davranış değişikliği önerisini olumlu bir tutum olarak benimsemişlerdir. Aile sağlığı merkezleri bu soruda diğer kurumlardan pozitif ayrılmaktadır. Sınırda bir istatistik anlamlılık düzeyi vardır.

Tablo 4.52. Çalışılan Kuruma Göre Standart Yaşam Tarzı Değişikliği Önerme Düzeyleri

Değişken	Gruplar	Sayı (n)	M rank	Ort(M)[2]	KW-H	P
Yaşam tarzı değişiklikleri genelde benzer, hastaya hazır yaşam tarzı değişikliği önerileri vermek zaman kazandırır	Aile Sağlığı Merkezi	327	193,40	0,03	12,881[1]	,012
	Üniversite Hastanesi	25	229,28	0,40		
	Devlet Hastanesi	19	245,58	0,57		
	Özel Hastane	19	258,04	0,47		
	Eğitim Araştırma H.	14	239,92	0,71		
Toplam		**404**				

[1]Kruskal-Wallis H Test. [2] Medyan değer yerine puanların karşılaştırılabilmesi için ortalama kullanılmıştır

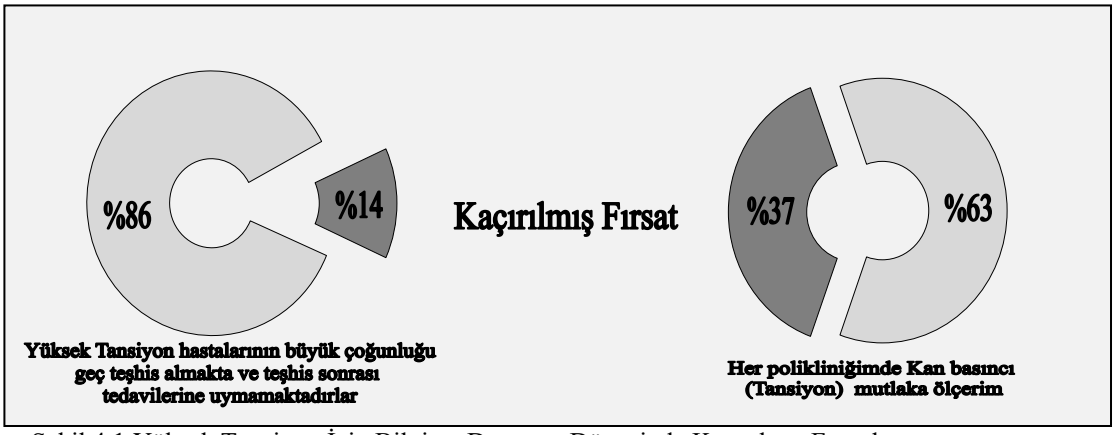
Yaşam tarzı değişikliği önerisi olumlu bir tutum olsa da bunun kişiye özel bir şekilde uygulanması başarı şartını artırır. Standart bir öneri paketi vermek zaman kazandırmaktadır. Bu soruda da bu durum irdelenmeye çalışılmış, kurumlar arasında istatistik anlamlı bir fark oluşmuştur ($p<0,05$). Aile sağlığı merkezi bu soruda pozitif ayrışmış, hekimler standart bir yaşam tarzı değişikliği önerisini daha az benimsemiştir

Tablo 4.53. Çalışılan Kuruma Göre Katılımcıların HYP Bilme Düzeyleri

Değişken	Gruplar	Sayı (n)	M rank	Ort(M)[2]	KW-H	P
HYP (Hastalık Yönetim platformu) Kronik hastalıkların taranmasında kullanılan bir web tabanlı yazılımdır	Aile Sağlığı Merkezi	327	222,11	1,09	61,817[1]	,000
	Üniversite Hastanesi	25	149,64	0,60		
	Devlet Hastanesi	19	104,42	0,26		
	Özel Hastane	19	83,29	0,16		
	Eğitim Araştırma H.	14	133,64	0,57		
Toplam		**404**				

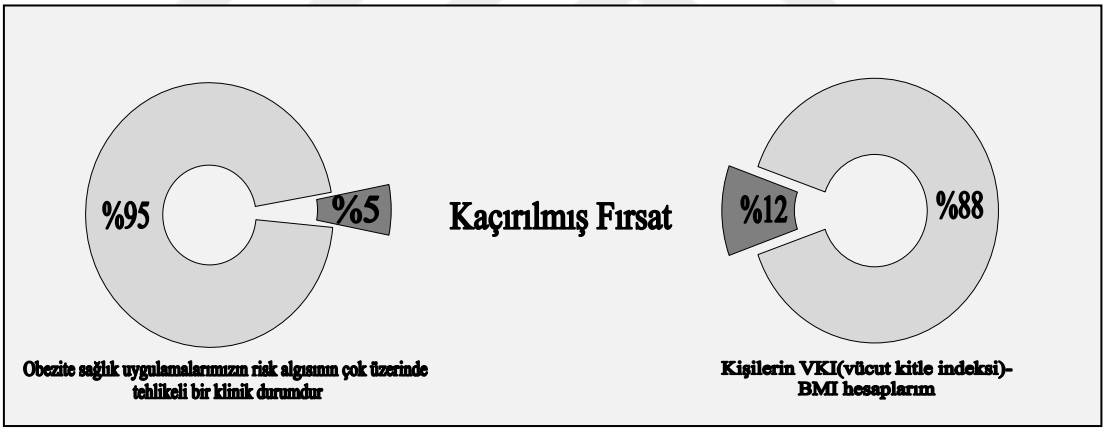
[1]Kruskal-Wallis H Test. [2] Medyan değer yerine puanların karşılaştırılabilmesi için ortalama kullanılmıştır

HYP bilme düzeyleri kurumlar açısından oldukça yüksek bir istatistik farklılık ortaya koymuştur ($p<0,05$) .Özel hastaneler HYP konusunda çok az bilgiye sahipken, aile sağlığı merkezleri HYP hakkında oldukça yüksek bir ortalama bilgi puanına sahiptir



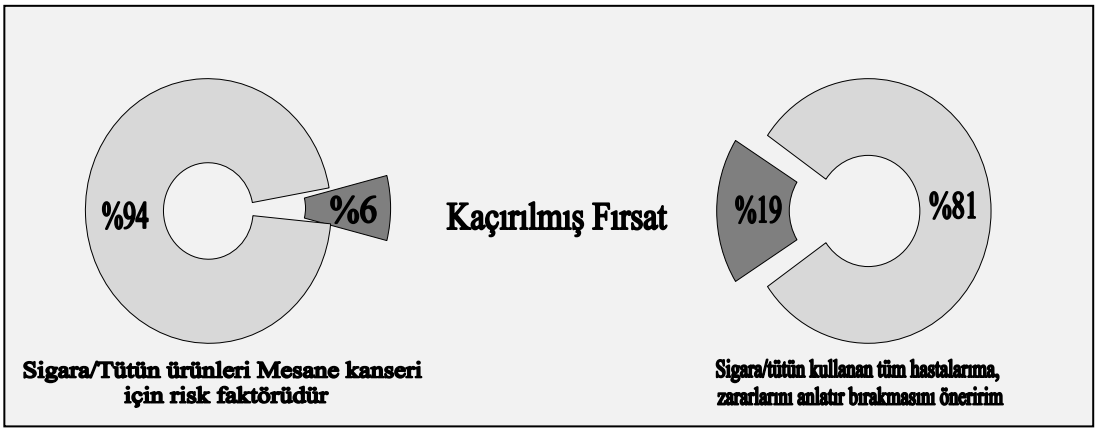
Şekil 4.1 Yüksek Tansiyon İçin Bilgi ve Davranış Düzeyinde Kaçırılmış Fırsatlar

"*Katılıyorum*" ve "*Kesinlikle katılıyorum*" seçenekleri birleştirilmiş, geçerli yüzdeler hesaplanmıştır. Bilgi düzeyinde yüksek tansiyon ile ilgili %14 bilgi eksikliği, davranış düzeyinde her poliklinikte kan basıncı ölçülmemesi %37 düzeyinde kaçırılmış fırsat oluşturmaktadır.



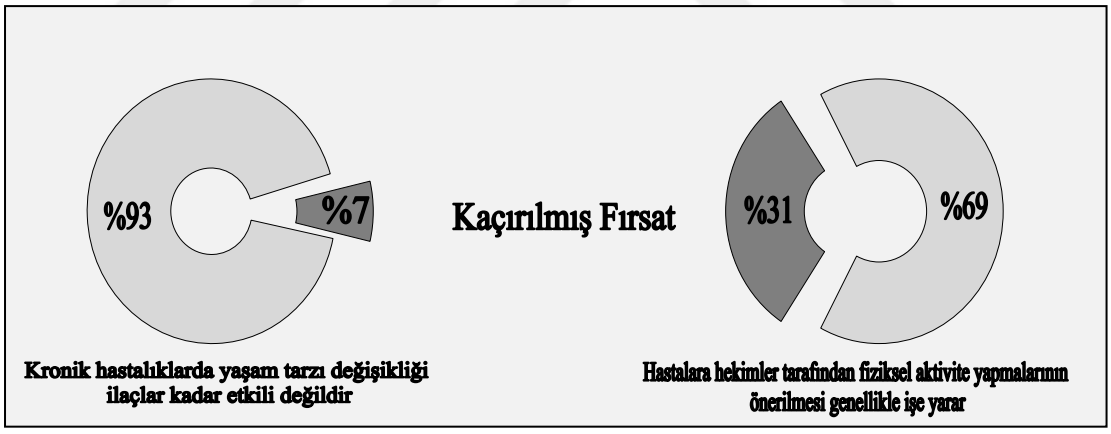
Şekil 4.2. Obezite İçin Bilgi Ve Davranış Düzeyinde Kaçırılmış Fırsatlar

Obezitede bilgi düzeyinde %5 kaçırılmış fırsat oluşmuşken, davranış düzeyinde VKI hesaplama konusunda %12 kaçırılmış fırsat oluşmuştur.



Şekil 4.3.Tütün kullanımı İçin Bilgi Ve Davranış Düzeyinde Kaçırılmış Fırsatlar

Bilgi düzeyinde sigara/tütün kullanımı konusunda %6 kaçırılmış fırsat varken, davranış düzeyinde sigara/tütün kullanan hastalara bırakmasını önerme başlığında %19 kaçırılmış fırsat vardır.



Şekil 4.4.Yaşam Tarzı Değişikliği Önerisinin Bilgi Ve Tutum Düzeyinde Kaçırılmış Fırsatlar

Kronik hastalıklarda yaşam tarzı değişikliği ilaçlara göre kıyaslanmasında %7 kaçırılmış fırsat oluşmuşken hekimlerin fiziksel aktivite önerilerinin işe yaramayacağı düzeyinde %31 kaçırılmış fırsat oluşmuştur.

5. TARTIŞMA

Kaçırılmış fırsat bir bireyin bir sağlık profesyoneline başvurduğunda şikayeti ile ihtiyaçlarının arasındaki neden sonuç ilişkilerinin bilgi asimetrisinden dolayı anlaşılamamasından başlayan (hasta tarafında sağlık okur yazarlığının belirgin katkısı olan) toplumun sağlık kültürünün getirdiği, hekimin sorgulama (anamnez) ve muayene davranışları içinde devam eden, zaman kısıtlılığı, sağlıkta performans kriterleri, sağlığın organizasyonu ve sigorta sistemlerinin karşıladığı uygulamalar çerçevesinde şekillenen, kompleks bir kavramsal çerçevedir. Çalışmaya katılan 404 hekimden elde edilen veriler; ortalama yaşın 44,80 (Sd: 9,75) olduğu, her iki cinsiyeti de temsil edecek yeterli katılımın olduğu, ortalama hekimlik süresinin 19,12 (Sd:9,95) yıl olduğu ve ortalama günlük poliklinik sayısının 61,34 (GA: 15-107) hasta ile yeterli poliklinik deneyimi sağlayacağını düşündürmüştür. Çalışmaya farklı illerde yaşayan farklı üniversitelerden mezun olmuş hekimler katılmıştır.

Çalışmanın önemli bulgularından biri, hekimlerin bilgi düzeyleri (%92) ile tutum (%71) ve davranış (%82) puanları arasındaki uyumsuzluktur. Örneğin, obezitenin klinik bir risk olduğu bilgisi neredeyse tam iken (%95), hastaların Vücut Kitle İndeksi'ni (VKİ) hesaplama davranışı daha düşük seviyelerde kalmaktadır. Literatürde "bilgi-uygulama açığı" (know-do gap) olarak tanımlanan durum, sağlık hizmeti sunucularının teorik bilgiye ve yapabilme yetisine sahip olmalarına rağmen, bu yetkinliği klinik pratiğe tam olarak yansıtamamaları arasındaki uyumsuzluğu ifade etmektedir (102). Hekimlerin teorik bilgi düzeylerinin çok yüksek olmasına rağmen, bu bilginin tutum ve davranışa dönüşmesinde "zaman kısıtlılığı" ve "hasta faktörü" (sağlık okuryazarlığı) gibi aşılamayan sistemsel engeller olduğunu düşündürür. Her ne kadar kılavuzlar yaşam tarzı değişikliği gibi sağlığı koruyan ya da geliştiren davranışları önerseler de gerek hastaların bu önerilere inançları ya da uygulama kısıtları gerekse yaşam tarzı değişikliklerinin aslında hastalığı da oluşturan yaşam tarzına doğrudan bağlantılı olmaları bileşik bir kaçırılmış fırsatlar yapısı ortaya koyar(5, 71).Bu boşluk genellikle zaman kısıtlılığı ve aşırı iş yükü gibi dışsal faktörlerle ilişkilendirilse de, yapılan araştırmaların bazıları hekimlerin iş yükü baskısı altında olmadıkları durumlarda dahi bilgi düzeylerinin çok altında performans gösterebildiklerini, dolayısıyla sorunun sadece "zaman" değil, motivasyon eksikliği ve sistemsel faktörlerden de kaynaklandığını ifade edebilir(102,

103).Araştırmamızda obezite için bilgi eksikliğinden kaynaklı kaçırılmış fırsat oranı sadece %5 iken, davranış düzeyinde bu oranın %12'ye çıkması, hekimlerin ne yapılması gerektiğini bildiği halde daha az uygulayabildiği bir tabloyu işaret etmektedir. Bu tabloda bile müdahale düzeyi %88 gibi büyük bir orandadır.Bu beyanlara göre obezite yönetiminde başarının yüksek olması beklenir. Ancak OECD ve Sağlık Bakanlığı verileri, Türkiye'nin %34 obezite oranıyla Avrupa'da ilk sırada olduğunu ve bu oranın sürekli arttığını göstermektedir (104, 105). Benzer şekilde İstanbul'da birinci basamakta yapılan bir çalışmada, başvuran hastaların %50,4'ü kilolu ve %20,8'i obez olmasına rağmen, çok azına kilo ölçümü yapıldığı veya obezitenin zararlarının anlatıldığı saptanmıştır (5). Bodai ve arkadaşları, kronik hastalıkların %80'inin yaşam tarzı değişiklikleriyle önlenebileceğini, ancak tıp camiasının "sağlık hizmeti" (healthcare) yerine "hastalık bakımı" (sick care) odaklı bir yaklaşım sergileyerek kök nedenleri ihmal ettiğini vurgulamaktadır(43).Obezite ve diyabet gibi önlenebilir hastalıkların komplikasyonlarının (kalp krizi, inme, diyaliz) tedavisi, koruyucu önlemlerden katbekat daha maliyetlidir (12). Çalışmamızda hekimlerin %17'sinin davranış değişikliği önermek yerine teşhisi netleştirmeye odaklanmayı tercih etmesi, bu reaktif yaklaşımın bir yansımasıdır.

Kaçırılmış fırsatların en somut maliyeti, önlenebilir kronik hastalıkların (obezite, diyabet, kanser vb.) tedavi edilmek zorunda kalınmasıyla ortaya çıkan devasa harcamalardır. Literatüre göre, sağlık harcamalarının yaklaşık %75'i, büyük ölçüde yaşam tarzı değişiklikleriyle önlenebilecek kronik hastalıklara harcanmaktadır(43). Obezite, tek başına yılda 100 milyar doları aşan sağlık bakım maliyetine neden olmaktadır. Tip 2 diyabet tedavisi için bu rakam yıllık 101 milyar dolar civarındadır. Obezite tanısının erken konulmaması (kaçırılmış fırsat), hastanın diyabet ve kalp hastalıkları gibi daha maliyetli komplikasyonlarla geri dönmesine yol açarak sağlık sisteminde bir harcama sarmalı yaratmaktadır(12, 43). Kanser taramalarının yapılmaması (örneğin kolo-rektal veya meme kanseri), hastalığın ileri evrelerde teşhis edilmesine neden olur. Erken teşhis, hayatta kalma oranlarını artırmanın yanı sıra, ileri evre kanser tedavilerinin getirdiği yüksek maliyetleri de düşürmektedir(9, 104).

Hastaların sağlık verilerinin (radyolojik görüntüler, tahliller) entegre bir sistemde takip edilmemesi, aynı tetkiklerin tekrar tekrar istenmesine yol açmaktadır.

Örneğin, Türkiye'de "e-Nabız" ve teleradyoloji sistemleri sayesinde gereksiz çekimlerin önlenmesiyle yıllık yaklaşık 3,8 milyar TL tasarruf sağlandığı belirtilmektedir. Bu teknolojilerin kullanılmadığı veya entegre edilmediği durumlar, sistem için doğrudan bir mali kayıptır(105).

Çalışmamızın bulgularına göre, hekimlerin %86'sı yüksek tansiyon hastalarının geç teşhis aldığı ve tedaviye uyumlarının düşük olduğu gerçeğinin farkındadır. Ancak, bilgi düzeyindeki bu farkındalık (%14 bilgi eksikliği), klinik davranışa aynı oranda yansımamaktadır. Hekimlerin "*Her polikliniğimde kan basıncı mutlaka ölçerim*" ifadesine verdikleri olumlu yanıt oranı sadece %63'te kalmıştır. Bu durum, hipertansiyon için davranış düzeyinde %37 oranında bir "kaçırılmış fırsat" olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bulgu, literatürdeki diğer saha çalışmalarıyla tutarlıdır. Topuzoğlu ve arkadaşlarının İstanbul'da birinci basamakta yaptığı çalışmada, başvuran hastaların %70,8'inin kan basıncının ölçülmediği saptanmıştır. Hatta hipertansiyon tanısı olduğu bilinen hastaların bile %48,2'sinin o anki muayenede tansiyonunun ölçülmemiş olmasıdır (5). Sağlık Bakanlığı 2023 verileri de bu tabloyu doğrulamaktadır; 15 yaş ve üzeri bireylerin sadece %44,7'si son 12 ay içinde tansiyonunu ölçtürdüğünü beyan etmiştir (105). Yani nüfusun yarısından fazlası, sağlık sistemine temas etse bile tansiyon taraması fırsatını kaçırmaktadır.

Hipertansiyon taramasındaki bu eksikliğin temel nedenlerinden biri "zaman kısıtlılığı"dır. Yarnall ve arkadaşları, bir hekimin rutin kontroller sırasında kan basıncı ölçümü ve değerlendirmesi için ayırması gereken süreyi yaklaşık 0,25 dakika (15 saniye) olarak hesaplamış olsa da, yoğun poliklinik şartlarında bu süre bile "lüks" kalabilmektedir (103). Çalışmamızda cerrahi branş uzmanlarının kan basıncı ölçme puanlarının, dahili branşlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olması, cerrahların hipertansiyonu "kendi alanları dışı" görerek ihmal ettiklerini veya prosedür odaklı çalıştıkları için bu basit taramayı atladıklarını düşündürmektedir. Oysa Wilson ve Childs'ın belirttiği gibi, daha uzun ve kapsamlı muayene süreleri, hipertansiyon gibi kronik durumların denetim kriterlerine uyumu artırmaktadır(106).

Sağlık İstatistikleri Yıllığı verilerine göre, Türkiye'de ölüme neden olan ilk üç hastalık grubundan biri dolaşım sistemi hastalıklarıdır (%36) ve iskemik kalp hastalığı, kaybedilen yaşam yılları (YLL) sıralamasında en üstlerdedir (105). Hipertansiyonun erken evrede yakalanıp yaşam tarzı değişikliği ile yönetilememesi

(kaçırılmış fırsat), hastaların ömür boyu ilaç bağımlısı olmasına veya inme/kalp krizi geçirmesine neden olmaktadır. Nitekim Türkiye'de antihipertansif ilaç kullanımı 2013'ten 2023'e belirgin bir artış göstermiştir (105).

Obezite ve diyabetle yakından ilişkili olan hipertansiyonun atlanması, bu hastalıkların sinerjik etkisiyle böbrek yetmezliği ve kalp yetmezliği gibi yüksek maliyetli (diyaliz, bypass vb.) sonuçlar doğurmaktadır(107). Küresel Hastalık Yükü çalışmasına göre, yüksek sistolik kan basıncı, Türkiye'de en çok ölüme ve sakatlığa neden olan risk faktörlerinden biridir (105).

Çalışmamızın bulgularına göre, hekimlerin sigara ve tütün ürünlerinin riskleri konusundaki bilgi düzeyi oldukça yüksektir. Örneğin, tütün ürünlerinin mesane kanseri için risk faktörü olduğu bilgisine doğru yanıt verme oranı %94'tür. Tutum ve davranış boyutunda ise katılımcıların %86'sı her poliklinikte tütün kullanımının sorgulanması gerektiğine inanmakta ve %85'i hastalarının kullanım durumunu kaydettiğini, %81'i ise bırakmayı önerdiğini beyan etmektedir. Bu verilere dayanarak çalışmamızda tütün kullanımı için davranış düzeyindeki "kaçırılmış fırsat" oranı %19 olarak hesaplanmıştır. Topuzoğlu ve arkadaşlarının İstanbul'da birinci basamakta yaptığı çalışmada, hastaların sadece %20,6'sına sigara kullanım durumu sorulmuş ve yalnızca %12,4'üne sigaranın zararları anlatılmıştır (5). Benzer şekilde uluslararası literatürde, hekimlerin sigara bırakma tavsiyesi verme oranlarının %50'nin altında kaldığı ve her sigara içen hastaya tavsiye verilmemesinin büyük bir kaçırılmış fırsat olduğu vurgulanmaktadır (10).

OECD 2023 verilerine göre Türkiye, %28,3'lük günlük sigara içme oranıyla OECD ülkeleri arasında en yüksek oranlardan birine sahiptir ve erkeklerde bu oran %41,3'e kadar çıkmaktadır(105). Bu kadar yüksek bir prevalansın olduğu bir ortamda, her klinik karşılaşma hayati bir müdahale fırsatıdır. Çalışmamızda Aile Sağlığı Merkezleri (ASM), sigara sorgulama ve kaydetme konusunda hastanelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha başarılı bulunmuştur. Devlet hastanelerinde çalışan hekimlerin sigara sorgulama ve kaydetme puanlarının en düşük olması, ikinci basamaktaki yoğun iş yükünün koruyucu hekimlik uygulamalarını engellediğini göstermektedir. Oysa Rahman ve arkadaşlarının belirttiği gibi, sigara içenlerin %50'den fazlası her yıl bir hekime başvurmaktadır ve bu başvurular erken müdahale için kritik bir zaman dilimidir(87). Cochrane

sistematik derlemesine göre, hekim tarafından verilen sadece 3 dakikalık "kısa bir tavsiye" bile, sigara bırakma oranlarını %1 ila %3 oranında artırmaktadır(10). Toplum sağlığı açısından bakıldığında, milyonlarca hastanın başvurduğu bir sistemde bu küçük artışlar, binlerce kişinin sigarayı bırakması anlamına gelmektedir.

Çalışma bulgularına göre, hekimlerin tarama programı veya yaşam tarzı değişikliği önermemesindeki en büyük neden %74,3 gibi büyük bir oranla *"poliklinik sürelerinin kısa olmasıdır"*. Hekimlerin, zaman darlığı nedeniyle davranış değişikliği önermek yerine akut şikâyete odaklanmak zorunda kaldıkları düşünülmelidir. Bu bulgu, uluslararası literatürdeki "zaman baskısı" çalışmalarıyla örtüşmektedir. Yarnall ve arkadaşlarının çalışması, bir hekimin sadece önerilen koruyucu sağlık hizmetlerini rehberlere uygun şekilde verebilmesi için günde yaklaşık 7,4 saatini (neredeyse işgününün tamamını) sadece bu işe ayırması gerektiğini ortaya koymuştur (103). Dolayısıyla, hekimlerin mevcut iş yükü ve hasta sayısı altında tüm koruyucu hizmetleri sunması matematiksel olarak imkânsız görünmektedir. Irving ve arkadaşlarının 67 ülkeyi kapsayan sistematik derlemesi, dünya nüfusunun yarısının hekimleriyle 5 dakikadan az süre geçirdiğini göstermektedir (108). Bu kadar kısa sürelerde hekimlerin sadece "triyaj ve reçete yazma" işlevi görebildiği, kapsamlı bir koruyucu hekimlik yapmasının mümkün olmadığı, kısa süreli muayenelerin polifarmasiyi artırdığı ve hasta iletişimini bozduğu belirtilmektedir (108).

Çalışmamızda hekimlerin %37'sinin her poliklinikte kan basıncı ölçmediğini belirtmesi, zaman kısıtlılığının somut bir sonucudur. Wilson ve Childs, daha uzun muayene sürelerinin hekimlerin daha az ilaç yazmasını sağladığını ve daha fazla yaşam tarzı önerisinde bulunmasına olanak tanıdığını bulgulamıştır(106). Çin kırsalında yapılan bir çalışma da, muayene süresi uzadıkça tanı kalitesinin ve rehberlere uyumun (process quality) arttığını göstermektedir (109). Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye'de kişi başı hekime müracaat sayısının 2002'de 3,1 iken 2024 yılında 11,4'e yükselmesi(105), hekimlerin bu "fırsatları" bilinçli bir tercih veya bilgi eksikliği nedeniyle değil, iş yükü baskısı altındaki sistemsel bir zorunluluk nedeniyle kaçırdıklarını düşündürmektedir.

Kaçırılmış fırsatların bir diğer önemli boyutu, hasta ile hekim arasındaki iletişim kopukluğudur. Çalışmamızda hekimlerin %93'ü, poliklinikte değerlendirdikleri hastaların sağlık bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu ifade

etmiştir. Ayrıca hekimler, tarama yapılmamasının en önemli nedenlerinden biri olarak (%44,3) hastaların bilgi eksikliğini (sağlık okuryazarlığı) göstermişlerdir.

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık bilgilerini edinme, işleme ve uygun sağlık kararları verme kapasitesidir. Coughlin ve arkadaşları, düşük sağlık okuryazarlığının, koruyucu hizmetlerin daha az kullanılmasına, tarama programlarına katılımın düşmesine ve hastalıkların geç teşhis edilmesine neden olduğunu belirtmektedir (95). Çalışmamızda hekimlerin %65'inin kaçırılmış fırsat sorumluluğunu "hastanın talep etmemesine" bağlaması, bu iletişim bariyerinin bir sonucudur. Ancak literatür, hastaların sağlık risklerini bilseler bile (örneğin sigaranın zararları), bir sağlık profesyonelinin rehberliği olmadan davranış değişikliğine gitme konusunda yetersiz kaldıklarını göstermektedir.

OECD verileri, kronik hastalığı olan bireylerin kendi sağlıklarını yönetme konusundaki özgüvenlerinin düşük olduğunu göstermektedir(104). Babaoğlu ve arkadaşlarının Türkiye'deki ergenler üzerine yaptığı çalışma, sağlık okuryazarlığının aile yapısı ve sosyoekonomik düzeyle doğrudan ilişkili olduğunu, gençlerin koruyucu sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamadığını vurgulamaktadır (13). Hekimlerin "hastalar ilgisiz" algısı, aslında düşük sağlık okuryazarlığına sahip hastaların, karmaşık tıbbi bilgileri anlayamaması ve hekimin de zaman kısıtlılığı nedeniyle bu bilgiyi basitleştirip aktaramaması döngüsünden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda hem unvanlar hem de çalışılan kurumlar açısından bazı kaçırılmış fırsat başlıklarında farklılıklar bulunmuştur. Bu durum uzmanlaşma eğitim süreçlerinde ve kurum kültürlerinin yetişkinler arasında bilgi paylaşımında hekimleri değiştirdiğini düşündürmüştür. Bu çerçevede hem kurum içi eğitim ve kurum politikalarında hem de uzmanlık eğitim süreçlerinde kaçırılmış fırsatlar vurgulanmalıdır.

Çalışma bulgularına göre, özellikle devlet hastanelerinde çalışan hekimlerin "*malpraktis endişesi ile fazladan tetkik isteme*" eğilimi anlamlı derecede yüksektir. Hekimler, hastaya yeterli zamanı ayıramadıklarında ve hata yapma korkusu yaşadıklarında, klinik olarak gerekmeyen ileri görüntüleme ve laboratuar tetkiklerine yönelmektedir. Sağlık Bakanlığı istatistiklerinde Türkiye'nin MR ve BT çekim sayılarında dünya sıralamasında üstlerde yer alması bu bulguyu

doğrulamaktadır(105). Bu durum, sağlık bütçesi üzerinde gereksiz bir yük oluşturmaktadır.

Çalışma verileri, dahili ve cerrahi branşlar arasında koruyucu hekimlik yaklaşımları açısından anlamlı farklar olduğunu göstermektedir. Dahili branş uzmanları, tarama yapılmamasının nedeni olarak "bilgi eksikliğini" öne sürerken, cerrahi branş uzmanları daha çok "sistem eksikliklerini" işaret etmektedir. Ayrıca, cerrahi branş hekimlerinin rehberlerden ziyade kişisel deneyimlerine güvenme eğiliminde oldukları saptanmıştır. Bu durum literatürde "aşırı uzmanlaşma" (over-specialization) sorunu ile açıklanmaktadır. Yeşiltaş'a göre, tıpta uzmanlaşma derinlemesine bilgi sağlasa da hekimleri hastaya bütüncül bakmaktan uzaklaştırabilmekte ve "hastalık yok hasta var" ilkesinin yerini organ odaklı bir yaklaşım almaktadır(47). Hekimin hastayı bir bütün olarak değerlendirme yetisini kaybetmesi, hastaların arada kalmasına ve koruyucu sağlık fırsatlarının kaçırılmasına yol açabilmektedir.

Bu çalışmanın demografik ve mesleki algı bulguları, hekimlerin meslek seçimindeki yüksek içsel motivasyonları ile mevcut çalışma koşulları altındaki tükenmişlikleri arasında çarpıcı bir paradoksu ortaya koymaktadır. Katılımcıların %83,4'ü hekimlik mesleğini "isteyerek" seçtiklerini belirtmelerine rağmen, %56,9'u imkân verilse "başka bir mesleğe geçmek istediklerini" ifade etmişlerdir. Bu durum, hekimlerin mesleğin doğasından ziyade, icra edilme koşullarından kaynaklanan derin bir memnuniyetsizlik yaşadıklarını düşündürmektedir. Dolayısıyla, hekimlerin meslekten uzaklaşma isteği, hastalarına yeterli zaman ayıramama ve tatmin edici bir hekimlik yapamama duygusuyla açıklanabilir. Kovacs ve Lagarde'nin belirttiği gibi, aşırı iş yükü (workload), sağlık hizmeti kalitesini düşürmekte ve hizmet sunucuların stresini artırmaktadır (102).

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, hekimlerin bilgi düzeyleri ile klinik pratikleri arasındaki uçurumu, sağlık sisteminin yapısal kısıtlılıklarını ve "kaçırılmış fırsat" (missed opportunity) kavramının çok boyutlu doğasını 404 hekimin verileriyle ortaya koymuştur. Elde edilen bulgular, sorunun sadece bireysel bir farkındalık eksikliği olmadığını, aksine sistemik, zamansal ve kültürel bariyerlerle örülü karmaşık bir yapı arz ettiğini göstermektedir.

Mevcut sistemde ve iş yükü altında tam kapsamlı koruyucu hekimlik yapmak "gerçekçi olmayan bir beklenti" halini almıştır. Kaçırılmış fırsatların azaltılması; sadece hekimlerin eğitimine değil, muayene sürelerinin düzenlenmesine, iş yükünün azaltılmasına ve hastaların sağlık okuryazarlığını artıracak toplum tabanlı müdahalelere bağlıdır.

6.1. Sonuçlar

Çalışmamızdan elde edilen en çarpıcı ve düşündürücü sonuç, hekimlerin teorik yetkinlikleri ile sahadaki uygulama pratikleri arasında derin bir "bilgi-uygulama açığı" (know-do gap) bulunmasıdır. Katılımcıların bilgi düzeylerinin %92 gibi çok yüksek bir ortalamada seyretmesine rağmen, bu bilginin tutuma (%71) ve daha da önemlisi davranışa (%82) dönüşmesi aşamasında belirgin bir kırılma yaşanmaktadır. Örneğin, obezitenin ciddi bir sağlık riski olduğu bilgisine %95 oranında hakim olan hekimlerin, poliklinik şartlarında hastaların Vücut Kitle İndeksi'ni (VKİ) hesaplama davranışı %12'lik bir "kaçırılmış fırsat" boşluğu yaratmaktadır. Hekim ne yapılması gerektiğini bilmekte, ancak yapamamaktadır.

Araştırmanın en kritik bulgularından biri, sağlık sisteminin kronik hastalığı olan bir hastaya ayırabildiği zaman ile ilgilidir. Hekimlerin %74,3'ü, koruyucu sağlık hizmetlerini veya yaşam tarzı değişikliklerini önerememelerinin temel nedeni olarak "poliklinik sürelerinin kısalığını" göstermiştir. Bu veri, hekimlerin koruyucu hekimlik yapmamasını bir tercih değil, mevcut hasta yükü ve zaman baskısı altında bir zorunluluk olarak yaşadıklarını kanıtlamaktadır. Günde ortalama 60'ın üzerinde hasta bakan bir hekimin, her hastaya kapsamlı bir risk analizi yapması, çalışmada da belirtildiği üzere "matematiksel bir imkânsızlık" haline gelmiştir.

Kurumsal bazda incelendiğinde, birinci basamak ile hastaneler arasında koruyucu hekimlik kültürü açısından belirgin bir makas açıldığı görülmüştür. Aile Sağlığı Merkezleri (ASM), sigara sorgulama, kaydetme ve VKİ hesaplama gibi koruyucu parametrelerde hastanelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha başarılı bulunmuştur. Buna karşın devlet hastaneleri ve cerrahi branşlar, koruyucu hekimlik reflekslerinin en zayıf olduğu, buna mukabil malpraktis endişesiyle "defansif tıp" (fazladan tetkik isteme) uygulamalarının en yoğun görüldüğü alanlar olarak öne çıkmaktadır. Cerrahi branş uzmanlarının hipertansiyon taraması veya obezite farkındalığı gibi konularda dahili branşların gerisinde kalması, tıptaki "aşırı uzmanlaşmanın" (over-specialization) hastayı bir bütün olarak görmeyi engellediği gerçeğini doğrulamaktadır.

Hipertansiyon yönetimi, sistemdeki en somut kaçırılmış fırsatlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Hekimlerin %86'sı hipertansiyonun geç tanı aldığının farkında olmasına rağmen, her poliklinik muayenesinde kan basıncı ölçme oranı sadece %63'te kalmıştır. Bu durum, her üç hastadan birinin tansiyonu ölçülmeden, dolayısıyla potansiyel bir tanı fırsatı değerlendirilmeden sistemden ayrıldığını göstermektedir. Benzer şekilde tütün kullanımı sorgulaması yüksek oranda yapılsa da (%86), hastaya davranış değişikliği önerme noktasında %19'luk bir kayıp yaşanmaktadır.

Son olarak, hekimlerin mesleki tatminsizliği ve tükenmişliği, sağlık hizmetinin kalitesini tehdit eden gizli bir "kaçırılmış fırsat" nedenidir. Hekimlerin %83'ü mesleği isteyerek seçmiş olmalarına rağmen, %57'sinin imkân olsa başka bir mesleğe geçmek istemesi, sistemin hekimleri sadece fiziksel olarak değil, motivasyonel olarak da tükettiğinin bir göstergesidir. Ayrıca hekimler, kaçırılmış fırsatların önemli bir nedeni olarak hastaların düşük sağlık okuryazarlığını (%44,3) ve ilgisizliğini görmektedir; bu da hasta-hekim iletişimindeki kopukluğu işaret etmektedir.

6.2. Öneriler

Elde edilen bu sonuçlar ışığında, "kaçırılmış fırsatları" en aza indirmek ve her hasta temasını bir sağlık kazanımına dönüştürmek adına şu öneriler geliştirilmiştir:

1. Poliklinik Sürelerinin ve Randevu Sisteminin Revizyonu: Çalışmanın en net bulgusu olan zaman kısıtlılığı sorunu çözülmeden, hekimlerden davranış değişikliği beklemek gerçekçi değildir. MHRS randevu sürelerinin, hekimin sadece reçete yazmasına değil, hastanın risk faktörlerini (obezite, tansiyon, sigara) sorgulamasına olanak tanıyacak şekilde, Dünya Sağlık Örgütü standartlarına yaklaştırılması elzemdir. Kısa vadede ise, "riskli grup" veya "kronik hasta" muayeneleri için daha uzun zaman dilimli özel randevu kotaları oluşturulmalıdır.

2. Dijital Karar Destek Sistemlerinin Entegrasyonu: Hekimin bilgi yükünü ve zaman baskısını hafifletmek için Hastalık Yönetim Platformu (HYP) ve e-Nabız gibi sistemler daha proaktif hale getirilmelidir. Hekim hastanın sayfasına girdiğinde, eğer hastanın son 6 ayda tansiyonu ölçülmemişse veya VKİ kaydı yoksa, sistemin hekimi uyaran ve veri girişini zorunlu kılan "Fırsatçı Tarama Pop-up'ları" ile desteklenmesi, unutma veya atlama riskini minimize edecektir.

3. "Fırsatçı Tarama" Kültürünün İkinci ve Üçüncü Basamağa Yayılması: Birinci basamakta görece daha iyi işleyen koruyucu hekimlik reflekslerinin, hastanelere de taşınması gerekmektedir. Özellikle cerrahi branşlar ve devlet hastaneleri için, hastanın başvuru şikâyeti ne olursa olsun (örneğin ortopediye kırık için gelen hastada osteoporoz veya hipertansiyon sorgusu gibi), vital bulguların ve temel risk faktörlerinin sorgulanmasını standart hale getirecek kurumsal protokoller geliştirilmelidir. "Her hekim, her hastanın sağlık koçudur" anlayışı, uzmanlık eğitimi müfredatlarına entegre edilmelidir.

4. Sağlık Okuryazarlığı Seferberliği: Hekimlerin büyük bir engel olarak gördüğü hasta ilgisizliğini kırmak için toplum tabanlı müdahaleler gereklidir. Hastaların sadece şikâyetleri olduğunda değil, "sağlıklı kalmak" için de hekime başvurmaları gerektiği bilinci aşılanmalıdır. Bekleme salonlarında görsel materyallerle hastaların kendi risklerini (bel çevresi, sigara kullanımı vb.) sorgulamaları teşvik edilerek, muayene odasına girdiklerinde bu talebi hekime iletmeleri sağlanmalıdır.

5. Performans Sisteminin "Koruyucu Hekimlik" Yönünde Güncellenmesi: Hekimlerin defansif tıbba yönelmesine neden olan mevcut performans ve malpraktis baskısı hafifletilmelidir. Hekimlerin performansı sadece baktıkları hasta sayısı veya yaptıkları işlemle değil, sigara bıraktırma oranları, tespit ettikleri obezite vakaları veya regüle ettikleri tansiyon hastaları üzerinden de ödüllendirilmelidir. Koruyucu hekimlik, maddi ve manevi olarak teşvik edilen bir "kalite göstergesi" haline getirilmelidir.

6. Yardımcı Sağlık Personelinin Aktif Kullanımı: Hekimin zamanı kısıtlıysa, bu açığı kapatacak bir görev paylaşımına gidilmelidir. Polikliniklerde hekimden önce hastayı görecek, tansiyon, boy, kilo ölçümlerini yapıp sisteme girecek ve sigara kullanımını sorgulayacak eğitimli hemşire veya tıbbi sekreterlerin bulunduğu bir "ön değerlendirme" mekanizması kurulmalıdır. Bu sayede hekim, hazır verilerle doğrudan tanı ve tedaviye odaklanabilir.

KAYNAKLAR

1. Guess S, Gormley MA, Moschella P, Roth P, Litwin AH. Missed opportunities for diagnosis of HIV in the emergency department using non-risk-based testing strategy. J Am Coll Emerg Physicians Open. 2023;4(1):e12898.
2. Olorunsaiye CZ, Langhamer MS, Wallace AS, Watkins ML. Missed opportunities and barriers for vaccination: a descriptive analysis of private and public health facilities in four African countries. The Pan African medical journal. 2017;27(Suppl 3):6.
3. Kahraman H. Erişkin Bağışıklamada Kaçan Fırsatlar. OsmangazİJournal of Medicine. 2024;46(4).
4. Schulz PS, Moore SE, Smith D, Javed J, Wilde AM. Missed Pneumococcal Vaccination Opportunities in Adults With Invasive Pneumococcal Disease in a Community Health System. Open Forum Infectious Diseases. 2022;9(4).
5. Topuzoğlu A, Hıdıroğlu S, Önsüz MF, Polat G. İstanbul'da bir birinci basamak sağlık kuruluşunda kronik hastalıklardan korunmada kaçırılmış fırsatlar. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2011;10(6):665-74.
6. Sandor J, Tokaji I, Harsha N, Papp M, Adany R, Czifra A. Organised and opportunistic prevention in primary health care: estimation of missed opportunities by population based health interview surveys in Hungary. BMC Fam Pract. 2020;21(1):120.
7. Kramer H, Markossian T. Eliminating Missed Opportunities for CKD Care. Kidney Med. 2019;1(5):229-31.
8. Kwok CS, Burke H, McDermott S, Welsh V, Barker D, Patwala A, et al. Missed Opportunities in the Diagnosis of Heart Failure: Evaluation of Pathways to Determine Sources of Delay to Specialist Evaluation. Curr Heart Fail Rep. 2022;19(4):247-53.
9. Brandenbarg D, Groenhof F, Siewers IM, van der Voort A, Walter FM, Berendsen AJ. Possible missed opportunities for diagnosing colorectal cancer in Dutch primary care: a multimethods approach. Br J Gen Pract. 2018;68(666):e54-e62.
10. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2013;2013(5):CD000165.
11. Colley RC, Bushnik T, Barnes J. The health consequences of obesity history and weight fluctuations in adulthood. Health Reports. 2025;36(2):0_1-28.
12. De Lorenzo A, Gratteri S, Gualtieri P, Cammarano A, Bertucci P, Di Renzo L. Why primary obesity is a disease? J Transl Med. 2019;17(1):169.
13. BabaoğLu AB, BabaoğLu ÜT, Cevizci S, Tozduman B, Karakaş H, Tözün M. Missed Opportunities in Adolescent Health: An Overview From Turkey. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2020;14(4):588-97.

14. Barrett PM. Editorial: Adverse Pregnancy Outcomes-A Missed Opportunity to Prevent Chronic Disease? Int J Public Health. 2021;66:582810.

15. Milat F, Ebeling PR. Osteoporosis treatment: a missed opportunity. Med J Aust. 2016;205(4):185-90.

16. Kabore L, Meda B, Medah I, Shendale S, Nic Lochlainn L, Sanderson C, et al. Assessment of missed opportunities for vaccination (MOV) in Burkina Faso using the World Health Organization's revised MOV strategy: Findings and strategic considerations to improve routine childhood immunization coverage. Vaccine. 2020;38(48):7603-11.

17. Hacker K. The Burden of Chronic Disease. Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes. 2024;8(1):112-9.

18. Thompson K, Neves AL, Vigeh AV, van de Vijver S, Kinder K, Laranjo L, et al. Revisiting Ian McWhinney's principles in the digital health age. Canadian Family Physician. 2025;71(9):543-5.

19. Akyıldız HÇ, Okyay P. Sağlıkta Koruma Kavramının Gelişimi ve Kapsamı. STED / Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2024.

20. Yardım N, Gögen S, Mollahaliloğlu S. Sağlığın Geliştirilmesi (Health Promotion): Dünyada ve Türkiye'de Mevcut Durum. Journal of Istanbul Faculty of Medicine. 2011;72(1).

21. Karaca E. Sağlık Veren Çevrelerin Tasarımında Salutojenik Yaklaşım. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2018;67:116-31.

22. Kesgin C, Topuzoğlu A. Sağlığın tanımı: başaçıkma. Journals of Istanbul Kültür University. 2006:47-9.

23. Kaplan M. Kültürel Bir İnşa Süreci olarak Sağlık: Kavramsal ve Tarihsel Bir Bakış. Dört Öge. 2016(10):11-8.

24. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? BMJ. 2011;343:d4163.

25. Zhu W, Chen H, Zhang Y, Zhao Y, Ji Y, Sun H. Health from a health promotion perspective: a concept analysis. J Health Popul Nutr. 2025;44(1):369.

26. Yorulmaz R, Erdem R. Sağlıklı Yaşam Üzerine Kavramsal Bir Çerçeve. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi. 2021;7(1):57-74.

27. Quinlan EB, Baumgartner J, Chen WG, Weber W, Horgusluoglu E, Edwards E. Promoting salutogenic pathways to health through complementary and integrative health approaches. Front Psychol. 2024;15:1473735.

28. Pleyer JA, Pesliak LD, McCall T. Salutogenic Environmental Health Model-proposing an integrative and interdisciplinary lens on the genesis of health. Front Public Health. 2024;12:1445181.

29. Caron RM, Noel K, Reed RN, Sibel J, Smith HJ. Health Promotion, Health Protection, and Disease Prevention: Challenges and Opportunities in a Dynamic Landscape. AJPM Focus. 2024;3(1):100167.

30. Aydın N. Sağliğin Teşviki Ve Geliştirilmesi . Black Sea Journal of Health Science. 2019;2(1):21-9.

31. Potvin L, Jones CM. Twenty-five years after the Ottawa Charter: the critical role of health promotion for public health. Canadian Journal of Public Health. 2011;102(4):244-8.

32. Olufunke O, Chinedu Paschal M, Muridzo M, Tolulope OO, Jane Osareme O. The Rise of Non-Communicable Diseases: A Global Health Review of Challenges and Prevention Strategies. International Medical Science Research Journal. 2024;4(1):74-88.

33. Gianfredi V, Nucci D, Pennisi F, Maggi S, Veronese N, Soysal P. Aging, l ongevity, and healthy aging: the public health approach. Aging Clin Exp Res. 2025;37(1):125.

34. Fabbri E, Candia J, Tanaka T, Moore AZ, Muratori P, Brugiavini A, et al. Dynamics of multimorbidity, health expectancy, and survival in middle aged and older individuals. The Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences. 2025;80(9):glaf164.

35. Ismail K, Nussbaum L, Sebastiani P, Andersen S, Perls T, Barzilai N, et al. Compression of Morbidity Is Observed Across Cohorts with Exceptional Longevity. J Am Geriatr Soc. 2016;64(8):1583-91.

36. Straka J, Sidlo L, Kulhanova I. Trends in Healthy Life Years Between 2005 and 2019 in 31 European Countries: The Compression or Expansion of Morbidity? Int J Public Health. 2024;69:1607574.

37. Putot A, Putot S, Hacquin A, Manckoundia P. Beyond longevity: healthy longevity. Lancet Healthy Longev. 2021;2(7):e393-e4.

38. Çoban G. Kronik Hastalıkların Gölgesinde Yaşam: Birey, Aile ve Toplum Üzerindeki Etkiler ile Bütüncül Müdahale Dinamikleri. Turkish Journal of Diabetes Nursing. 2025;Cilt 5-Sayı 2(Cilt 5-Sayı 2):8-13.

39. Ahed JAI, A Alkhatib; Mariam, A Alkhatib ; Nawal, A Alkhatib. The History of Chronic Diseases and Industrial Revolution. Journal of Case Reports and Medical History. 2023.

40. Logan AC, Katzman MA, Balanza-Martinez V. Natural environments, ancestral diets, and microbial ecology: is there a modern "paleo-deficit disorder"? Part II. J Physiol Anthropol. 2015;34(1):9.

41. Logan AC, Katzman MA, Balanza-Martinez V. Natural environments, ancestral diets, and microbial ecology: is there a modern "paleo-deficit disorder"? Part I. J Physiol Anthropol. 2015;34(1):1.

42. Ha A, Lee YJ, Lee M, Shim SR, Kim YK. Digital Screen Time and Myopia. JAMA Network Open. 2025;8(2).

43. Bodai BI, Nakata TE, Wong WT, Clark DR, Lawenda S, Tsou C, et al. Lifestyle Medicine: A Brief Review of Its Dramatic Impact on Health and Survival. Perm J. 2018;22:17-025.

44. Li Y, Schoufour J, Wang DD, Dhana K, Pan A, Liu X, et al. Healthy lifestyle and life expectancy free of cancer, cardiovascular disease, and type 2 diabetes: prospective cohort study. BMJ. 2020;368:l6669.

45. Li Y, Pan A, Wang DD, Liu X, Dhana K, Franco OH, et al. Impact of Healthy Lifestyle Factors on Life Expectancies in the US Population. Circulation. 2018;138(4):345-55.

46. Uusitupa M, Khan TA, Viguiliouk E, Kahleova H, Rivellese AA, Hermansen K, et al. Prevention of Type 2 Diabetes by Lifestyle Changes: A Systematic Review and Meta-Analysis. Nutrients. 2019;11(11).

47. Yeşiltaş A. History of Medical Specialization and from Specializating in Medicine to Over Specialization. Turkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History. 2019;27(1):65-72.

48. Turan S. 20. Yüzyildan Günümüze Tip Eğitimi Bildirgeleri Ve Gelişim Süreçleri. Community & Physician/Toplum ve Hekim. 2025;40(2).

49. Britnell M. The role of the ‘specialist'in healthcare. Clinical Medicine. 2011;11(4):329-31.

50. Rabin PL, Rabin D. Francis Peabody’s ‘The care of the patient’. Journal of the American Medical Association. 1984;252:819-20.

51. Miles AvM, Juan E. The care of the patient and the soul of the clinic: personcentered medicine as an emergent model of modern clinical practice. The International Journal of Person Centered Medicine. 2011;1(2):207-22.

52. Skochelak SE, Lomis KD, Andrews JS, Hammoud MM, Mejicano GC, Byerley J. Realizing the vision of the Lancet Commission on Education of Health Professionals for the 21st Century: Transforming medical education through the Accelerating Change in Medical Education Consortium. Medical Teacher. 2021;43(sup2):S1-S6.

53. Busari M. The Role of Clinical Intuition in Diagnostic Decision-Making. researchgatenet. 2025.

54. Karthikeyan G, Pais P. Clinical judgement & evidence-based medicine: time for reconciliation. Indian Journal of Medical Research. 2010;132(5):623-6.

55. Rajendran R, Rani SY. Bridging Science and Practice: The Role of Evidence-Based Medicine in Clinical Decision Making. Journal of Marketing & Social Research. 2025;2:78-87.

56. Ogut E. Artificial Intelligence in Clinical Medicine: Challenges Across Diagnostic Imaging, Clinical Decision Support, Surgery, Pathology, and Drug Discovery. Clin Pract. 2025;15(9).

57. Özdemir S. Balancing Intuition and Evidence: Clinical Gestalt in Modern Medicine. Tıp Fakültesi Klinikleri Dergisi. 2025;8(2):129-31.

58. Chow M, Ng O, Sadasiv MS. Medical education in the age of artificial intelligence. Hong Kong Journal of Emergency Medicine. 2025;32(6).

59. Diseases GBD, Injuries C. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2020;396(10258):1204-22.

60. Basto-Abreu A, Barrientos-Gutierrez T, Wade AN, Oliveira de Melo D, Semeao de Souza AS, Nunes BP, et al. Multimorbidity matters in low and middle-income countries. J Multimorb Comorb. 2022;12:26335565221106074.

61. Bloom DE, Canning D, Kotschy R, Prettner K, Schünemann J. The Economic Burden of Chronic Diseases: Estimates and Projections for China, Japan, and South Korea. 2017.

62. Demir Uslu Y. TOPSIS ve VIKOR Yöntemleri Kullanılarak OECD Ülkelerinin Sağlık Kaynağı Göstergeleri Açısından Karşılaştırılması. OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi. 2021.

63. Güner SG, Nural N. Koroner arter hastalığı: Etiyoloji ve patogenez. Turkiye Klinikleri Internal Medicine Nursing-Special Topics. 2020;6(1):1-6.

64. Fuchs FD, Whelton PK. High Blood Pressure and Cardiovascular Disease. Hypertension. 2020;75(2):285-92.

65. Diabetes, Nutrition Study Group of the European Association for the Study of D. Evidence-based European recommendations for the dietary management of diabetes. Diabetologia. 2023;66(6):965-85.

66. Kılıc M. The Importance of Behavioral Risk Factors for Prevention of Chronic Diseases. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2011;10(6).

67. Ekim M. Hipertansiyon tedavisinde beslenmenin ve yaşam tarzı değişikliklerinin önemi. Bozok Tıp Dergisi. 2018.

68. Disease GBD, Injury, Risk Factor C. Burden of 375 diseases and injuries, risk-attributable burden of 88 risk factors, and healthy life expectancy in 204 countries and territories, including 660 subnational locations, 1990-2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. Lancet. 2025;406(10513):1873-922.

69. Collaborators GBDCoD. Global burden of 288 causes of death and life expectancy decomposition in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet. 2024;403(10440):2100-32.

70. Ma H, Wang M, Qin C, Shi Y, Mandizadza OO, Ni H, et al. Trends in the burden of chronic diseases attributable to diet-related risk factors from 1990 to 2021 and the global projections through 2030: a population-based study. Front Nutr. 2025;12:1570321.

71. Sheppard JP, Fletcher K, McManus RJ, Mant J. Missed opportunities in prevention of cardiovascular disease in primary care: a cross-sectional study. Br J Gen Pract. 2014;64(618):e38-46.

72. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 11th Edition. 2025.

73. Yang S-h, Tao G, Yang L, Wu X, Liu J-w, Dagher F, et al. Dietary phytochemical and metabolic disease prevention: Focus on plant proteins. Frontiers in Nutrition. 2023;10:1089487.

74. Mandsager K, Harb S, Cremer P, Phelan D, Nissen SE, Jaber W. Association of cardiorespiratory fitness with long-term mortality among adults

undergoing exercise treadmill testing. JAMA network open. 2018;1(6):e183605-e.

75. Han H, Hu J, Lee DH, Zhang Y, Giovannucci E, Stampfer MJ, et al. Physical activity types, variety, and mortality: results from two prospective cohort studies. BMJ Medicine. 2026;5(1):e001513.

76. Cassell A, Edwards D, Harshfield A, Rhodes K, Brimicombe J, Payne R, et al. The epidemiology of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. British Journal of General Practice. 2018;68(669):e245-e51.

77. Yiğit V, Erdem R. Türkiye'de diyaliz ve böbrek transplantasyonu tedavisinin maliyet etkililik analizi. Mehmet Akif Ersoy University Journal of Social Sciences Institute. 2015;1(13):182-205.

78. Bray GA, Kim KK, Wilding JPH, World Obesity F. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. Obes Rev. 2017;18(7):715-23.

79. Bluher M. An overview of obesity-related complications: The epidemiological evidence linking body weight and other markers of obesity to adverse health outcomes. Diabetes Obes Metab. 2025;27 Suppl 2(Suppl 2):3-19.

80. Bhaskaran K, Douglas I, Forbes H, dos-Santos-Silva I, Leon DA, Smeeth L. Body-mass index and risk of 22 specific cancers: a population-based cohort study of 5.24 million UK adults. Lancet. 2014;384(9945):755-65.

81. Powell-Wiley TM, Poirier P, Burke LE, Despres JP, Gordon-Larsen P, Lavie CJ, et al. Obesity and Cardiovascular Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 2021;143(21):e984-e1010.

82. Corbin KD, Driscoll KA, Pratley RE, Smith SR, Maahs DM, Mayer-Davis EJ, et al. Obesity in Type 1 Diabetes: Pathophysiology, Clinical Impact, and Mechanisms. Endocr Rev. 2018;39(5):629-63.

83. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği: Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu: Erişim tarihi: 08 ocak 2026. 2024.

84. Blasco BV, Garcia-Jimenez J, Bodoano I, Gutierrez-Rojas L. Obesity and Depression: Its Prevalence and Influence as a Prognostic Factor: A Systematic Review. Psychiatry Investig. 2020;17(8):715-24.

85. Sayın FK, Kuşdemir S, Büyüksütçü G, Çetinkaya ŞM, Seyfi S, Zeren E. Tip 2 Diyabetli Obez Bireylerin Yeme Farkındalığı Düzeyleri ile Metabolik Parametreleri Arasındaki İlişki. Turkish Journal of Diabetes and Obesity. 2019;3(2):93-8.

86. Kotlyarov S. The Role of Smoking in the Mechanisms of Development of Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Atherosclerosis. Int J Mol Sci. 2023;24(10).

87. Rahman M, Alatiqi M, Al Jarallah M, Hussain MY, Monayem A, Panduranga P, et al. Cardiovascular Effects of Smoking and Smoking Cessation: A 2024 Update. Glob Heart. 2025;20(1):15.

88. Kang H, Cheon E, Hwang J, Jo S, Na K, Park SY, et al. Risk of all-cause mortality by various cigarette smoking indices: A longitudinal study using the Korea National Health Examination Baseline Cohort in South Korea. Tob Induc Dis. 2025;23.

89. van Osch FH, Jochems SH, van Schooten FJ, Bryan RT, Zeegers MP. Quantified relations between exposure to tobacco smoking and bladder cancer risk: a meta-analysis of 89 observational studies. Int J Epidemiol. 2016;45(3):857-70.

90. Zhang J, Lu N. The association between childhood conditions and heart disease among middle-aged and older population in China: a life course perspective. BMC Geriatr. 2021;21(1):184.

91. Siddiqui SW, Ashok T, Patni N, Fatima M, Lamis A, Anne KK. Anemia and Heart Failure: A Narrative Review. Cureus. 2022;14(7):e27167.

92. Alnuwaysir RIS, Hoes MF, van Veldhuisen DJ, van der Meer P, Grote Beverborg N. Iron Deficiency in Heart Failure: Mechanisms and Pathophysiology. J Clin Med. 2021;11(1).

93. Wen S, Nisenbaum R, Weyand AC, Tang GH, Auerbach M, Sholzberg M. High prevalence of iron deficiency and socioeconomic disparities in laboratory screening of non-pregnant females of reproductive age: a retrospective cohort study. American Journal of Hematology. 2024;99(8):1492-9.

94. Gözlü K. Sağliğin Sosyal Bir Belirleyicisi: Sağlik Okuryazarliği A Social Determinant Of Health: Health Literacy. Medical Journal of Süleyman Demirel University. 2020;27(1):137-44.

95. Coughlin SS, Vernon M, Hatzigeorgiou C, George V. Health literacy, social determinants of health, and disease prevention and control. Journal of environment and health sciences. 2020;6(1):3061.

96. Ünlü G. Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi: Bir Meta-Analiz Çalışması 2025.

97. Zengin S, Karakaş M, Çelebi E, Çingöl N. Health Literacy, Health Status Perception, and Educational Background as Predictors of Rational Drug Use Knowledge in Individuals with Chronic Diseases. Acibadem Universitesi Saglik Bilimleri Dergisi. 2025;16(Erken Çevrimiçi Yayınlar).

98. Yılmazel G, Cetinkaya F. The importance of health literacy for community health. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2016;15(1).

99. Avsar A, Kilincarslan MG, Yilmaz TE, Sari O. Health Literacy and Its Impact on Diabetic Foot Knowledge, Self-Care and Ulcer Outcomes. Eurasian Journal of Family Medicine. 2025;14(2):39-49.

100. Kale Aktaş H, Aktaş R, Basat O. Evaluation of Health Literacy and Health Perception in Individuals with Chronic Diseases. Kafkas Journal of Medical Sciences. 2024;14(1):31-6.

101. Shahid R, Shoker M, Chu LM, Frehlick R, Ward H, Pahwa P. Impact of low health literacy on patients' health outcomes: a multicenter cohort study. BMC Health Services Research. 2022;22(1).

102. Kovacs R, Lagarde M. Does high workload reduce the quality of healthcare? Evidence from rural Senegal. Journal of Health Economics. 2022;82:102600.

103. Yarnall KS, Pollak KI, Østbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? American journal of public health. 2003;93(4):635-41.

104. OECD. Health at a Glance 2025: OECD Indicators. OECD Publishing,Paris. 2025.

105. Bora Başara B, Aygün A, Özdemir TA, ark. v. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2024. 2025. Report No.: 978-975-590-993-6 Contract No.: 1378.

106. Wilson A, Childs S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. The British Journal of General Practice. 2002;52(485):1012.

107. Bozkurt B, Aguilar D, Deswal A, Dunbar SB, Francis GS, Horwich T, et al. Contributory risk and management of comorbidities of hypertension, obesity, diabetes mellitus, hyperlipidemia, and metabolic syndrome in chronic heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2016;134(23):e535-e78.

108. Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, Oishi A, Tagashira H, Verho A, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. BMJ open. 2017;7(10):e017902.

109. Wang Q, Adhikari SP, Wu Y, Sunil TS, Mao Y, Ye R, et al. Consultation length, process quality and diagnosis quality of primary care in rural China: A cross-sectional standardized patient study. Patient Education and Counseling. 2022;105(4):902-8.