

TÜRKİYE'DE HALK SAĞLIĞI AÇISINDAN STROK TÜRKİYE'DE STROK İÇİN HİZMETİN ORGANİZASYONU ve YÖNETİMİ

Dursun KIRBAŞ, Göksel BAKAÇ, Lütfü HANOĞLU

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, BİTAM ve 3. Nöroloji Kliniği

1. DEMOGRAFİ/EPİDEMİYOLOJİ ve STROK

1.1 Türkiye'nin coğrafi ve demografik özellikleri:

1.1.1. İdari ve coğrafi özellikler:

Türkiye farklı coğrafi özelliklerin, gelenek, görenek ve kültürlerin bir arada bulunduğu bir ülkedir. Farklı kültürlerle bağlı farklı yaşam biçimleri ilginç bir mozaik oluşturmaktadır. Üç tarafı denizlerle çevrili, ortası ve doğusu dağlık olan ülkenin batısındaki kentler civarında sanayi gelişmiştir. Güney ve batı kıyılarında turizm, doğu ve orta Anadolu'da ise tarım ve hayvancılık önemli gelir kaynaklarını oluşturur.

Şekil: Türkiye ve İsveç Nüfus Piramitleri (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 1995)

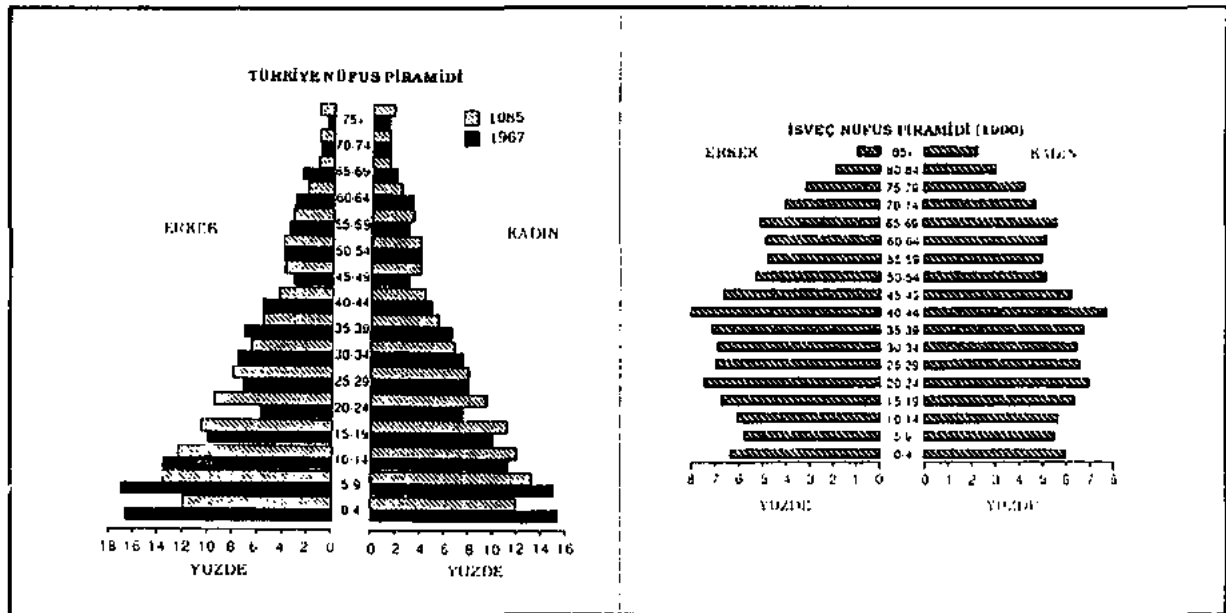
İdari açıdan Türkiye 79 il ve 838 ilçeye ayrılmıştır. İller merkezden atanan vali, ilçeler ise kaymakamlar tarafından yönetilir. Ayrıca her il, ilçe ve mahalli beldelerde seçimle iş başına gelen belediye başkanları yönetime katılır.

1.1.2 Nüfus özellikleri:

Türkiye'nin 1992 yıl ortası nüfusu 58.584.000 (1990 yılında yapılan nüfus sayımından projeksiyonla), nüfus artış hızı % 21.6 (1991 - 1995) dir. (TCSB 1992a)

Nüfusun 2000 yılında 66 milyon, 2025 yılında ise 90 milyon civarında olacağı tahmin edilmektedir. (TCSB 1992b)

Türkiye genç bir nüfusa sahiptir. 65 yaşın üzerindeki nüfusun oranı %4.7'dir. Ancak bu oranın 2000 yılında %5.3'e, 2025 yılında ise %10 lara ulaşması beklenmektedir. (TCSB 1992b, 1992d)



1950'lerden sonra kırsal kesimden kentlere, özellikle batıda sanayinin gelişmesine paralel olarak, batıdaki büyük kentlere göç yaşanmıştır, bu durum devam etmektedir. Halen nüfusun %50.87'si kırsal alanda, %49.13'ü ise kentlerde yaşamaktadır. (TCSB 1992a) Bu nedenle metropol kentlerde ciddi kentleşme ve sağlık problemleri meydana gelmektedir.

YILLAR	KIR	KENT
1990	%52	%48
1995	%49	%51
2000	%46	%54
2025	%30	%70

1.1.3 Çevresel Faktörler:

Strok riski açısından çevresel faktörleri iki biçimde ele alabiliriz.

a) Zararlı alışkanlıklar:

• **SİGARA:** 1988 yılında yapılan bir araştırma, Türkiye genelinde sigara içme oranını %43.6 (erkeklerde %62.8, kadınlarda %24.3) olarak göstermektedir. Sigaraya başlama yaşı ortalama 11'dir. Gelişmiş ülkelerin aksine Türkiyede sigara içme oranında bir artış söz konusudur.(TCSB 1992d)

• **ALKOL:** Alkol bağımlılığı WHO raporlarına göre %1-7 oranında bildirilmektedir. BRSHH AMATEM verilerine göre Türkiye için bu oran % 2-3tür. Alkol kullanımının diğer ülkelere göre düşük olduğu izlenimi vardır. Ancak DİE'nün verilerine göre, %75'i bira olmak üzere 1990 yılı Türkiye alkol üretimi 447 milyon litredir. (TCSB 1992d)

b) **Toplum beslenmesi:** Türkiye beslenme durumu yönünden hem gelişmekte, hem de gelişmiş ülkelerin sorunlarını birlikte içeren bir görünüme sahiptir. Halkın beslenmesi tahıl ve tahıl ürünlerine dayalı olup, batıdan doğuya, kentsel alandan kırsal alana gidildikçe ve gelir düzeyi düştükçe tahıl tüketiminde artma, hayvansal gıdaların tüketiminde azalma görülmektedir. Süt ve süt ürünleri tüketimi düşük düzeyde olup, et tüketimi de yıllara bağlı olarak azalma göstermektedir. Ayrıca Karadeniz bölgesinde tereyağ, Akdeniz ve Ege bölgesinde ise sıvı yağ kullanımı yaygındır. (TCSB 1992d)

1.2 Strok için hedef kitle ve beklenen inme sıklığına ilişkin veriler/projeksiyonlar:

Türkiye'de strok epidemiyolojisine ilişkin sağlıklı ve yeterli bilgi verebilecek bir çalışma bulunmamaktadır. SB'nin kayıtlama sistemi de hem kayıt biçiminin düzensizliği ve güvenilmezliği, hem de hastanelere başvurmeyen olgular hakkında bilgi vermemesi nedeni ile bu alanda bilgi vermekten uzaktır.

Yine de aşağıda bu alanla ilişkili bulunabilen çalışmalardan ve SB'nin kayıtlarından bir takım dökümanlar aktarılmıştır.

1.2.1.İnsidans ve Prevalans bilgileri:

Türkiye'de strok prevalansı için yapılmış iki alan çalışması mevcuttur. S Ertan ve ark'ın yaptıkları, Silivri, Çatalca ve Büyük çekmece bölgelerinde (İstanbul'un batı banliyö bölgeleri) 40 yaşın üzerinde 397 kişiyi kapsayan saha araştırmasında inme prevalansı %15.6 bildirilmiştir.(Ertan ve ark, 1995)

Nöroepidemioloji Çalışma Grubu ise Adana-Karataş ilçesinde bir çalışma başlatmış, ilk bildirimlerinde, 35yaş üzerinde 297 kişilik bir popülasyonda 23 geçirilmiş strok saptanmışlar ve prevalansı %7.7 olarak bildirmişlerdir. (Nöroepidemiology Study Group, 1995)

İnsidans verilerinden biri, Akhan ve ark.larının İsparta ilinde bölgedeki hastanelere baş vurarak strok tanısı alan hasta sayısını bölgedeki toplam nüfusa bölerek elde ettikleri değerdir. Ortalama insidansı 167/100 bin olarak bildirmişlerdir. (Akhan ve ark, 1995). Diğer veri SB'nin 1991 yılı "155 başlıklı A formu" aracılığı ile yataklı tedavi kurumlarından topladığı verilere dayanmaktadır. Bu verilere göre yıllık insidans 74.9/100 bin dir. (TCSB 1992e)

Kısıtlı sayıda popülasyon ve alanda yine çok elverişli olmayan metodoloji ile yapılmış olan bu çalışmaların Türkiye hakkında bir fikir verebilmekten uzak olduğu açıktır. Ancak, WHO tarafından yakın zamanda gelişmekte olan ülkelerde yapılan çok merkezli çalışmalar bu ülkelerdeki strok insidansının gelişmiş ülkelerin oranları ile karşılaştırılabilir olduğunu ortaya koymuştur.(WHO, 1978) Bu yüzden Akhan ve ark. larının bildirdiği insidans hızının da uygunluk gösterdiği Kurtzke'nin verdiği 100 -200/100 bin oranının Türkiyeye'de uygulanabileceği düşünülebilir.(Kurtzke, 1985) Buradan hareketle her yıl Türkiye'de 93.000 - 124.000 civarında yeni inmenin ortaya çıkması beklenebilir.

1.2.2.Fatalite hızı:

Bakaç ve ark. (1994) strok nedeniyle hospitalize edilen 172 olguda fatalite hızını %24 olarak bildirmişlerdir.: Yine tek hastanenin kayıtlarına dayalı bir çalışmada Ulubay ve ark. (1994) 279 olguluk

serilerinde %16 fatalite bildirmişlerdir. SB'nin 1991 yılı Türkiye bazında hastane kayıtlarına göre ise, Türkiye'deki fatalite hızı %17.40 olarak bildirilmektedir. (TCSB, 1992e) Tüm bu çalışmalar hastanede yatış süresi içinde ortaya çıkan erken dönem ölümleri değerlendirmektedir.

1991 yılı nüfusu	
57.318.586	
Bildirilen inme sayısı	
42.984	
Yıllık insidans	
74.9/100 bin	
İnme tanısı alıp ölenler	
7482	
Fatalite hızı	
%17.40	

Yalnız iskemik strok'un değerlendirildiği IST çalışması'nın 2.12.1994 tarihli ara analizine göre (Türkiyeden İstanbul ilinde bulunan 3 merkezin sonuçlarını içeren) katılan diğer ülkelere göre iskemik strok'da 14. gün ve 6. ayda fatalite hızı Tablo 4'te gösterilmiştir.

	14 günde ölen		6 ayda ölen	
	n	%	n	%
Türkiye	76	10(%13)	32	11(%34)
Bütün Ülkeler	799	757(%9)	532	1322(%25)
	4		1	

	n	yaş>75	TACI	PACI	POCI	LACI
Türkiye	89	19(%21)	32(%36)	24(%27)	13(%15)	20(%22)
Bütün Ülkeler	8672	3907(%45)	2168(%25)	3449(%40)	1033(%12)	1996(%23)

1.2.3.Strok tipleri ve risk faktörleri:

Bu alanda Türkiye'nin değişik bölgelerinden değişik tipte (SB,SSK,Tıp fakültesi) hastanelerin kayıtlarına göre strok tiplerinin yüzdesi ve bu gruplar içinde bilinen risk faktörlerine rastlanma sıklığı bildirilmiştir. Bu veriler Türkiye için gerçek risk

faktörlerini vermemekte ise de, global olarak fikir vermek amacıyla içlerinden birkaç örnek aşağıda gösterilmiştir.

HASTANE	OLGU SAYISI	ISKEMİ(%)	HEMORAJİ (%)
SSK Ankara*	264	65.2	34.8
Cenahpaşa†	494	62	32
Marmara‡	120	60.9	16
Bursa Dev.H.§	424	82.3	17.8
Dicle¶	254	63.0	31.1
BİTAM⌋	258	81	19
*Tarıncıçayve ark,1990	†Bozluçayve ark,1991	‡Aktınveark, 1992	
§Hacımstafoğluveark, 1993	¶Yayla veark, 1993	⌋Karşıçayve ark,1994	

Yalnız iskemik inmenin değerlendirildiği IST çalışması'nın 2.12.1994 tarihli ara analizine göre (Türkiye'den İstanbul ilinde bulunan 3 merkezin sonuçlarını içeren) katılan diğer ülkelere göre iskemik strok tiplerine dağılım tabloda gösterilmiştir.

Türkiye'nin değişik bölgelerinden hastane kayıtlarına göre inmede risk faktörlerinin rastlanma sıklıkları şöyledir.

Tablo 7.—Risk Faktörleri

HASTANE	OLGU	K/E	YAş	HYP	KAR	DM	LP	Si	AL
Marmara*	120	47/73	59.6	68.3	49.2	23.4	40.8	26.7	7.5
Bursa†	424	207/217	64.14	77.5	46.6	31.6	20.4	20.0	-
BİTAM‡	258	140/118	62.77	67.7	25.7	15.5	-	33.2	14.5

Aktan ve ark, 1992

†Hacımustafaoğlu ve ark, 1993

‡Karşıdağ ve ark, 1994

Yalnız iskemik inmenin değerlendirildiği IST çalışması'nın 2.12.1994 tarihli ara analizine göre (Türkiye'den İstanbul ilinde bulunan 3 merkezin sonuçlarını içeren) katılan diğer ülkelere göre iskemik strok tiplerine dağılım tabloda gösterilmiştir.

Tüm çalışmalar bir arada değerlendirildiğinde iskemik inmelerin belirgin olarak hemorajilerden fazla olduğu, hipertansiyonun en yüksek oranda strokla birlikte olduğu, bunu kardiopatinin izlediği görülmektedir.

Gerçek risk faktörlerini belirleme açısından daha uygun bir çalışma modeli olan "vaka kontrollü" ile yapılmış yalnızca iskemik strok ile ilişkili iki çalışma mevcuttur. Ancak bunlarda hem Türkiye'nin belirli bir bölgesinde yapılmışlar, hem örneklem grubu olarak küçük, hem de kontrol eşlemeleri 1/1'in altında olan çalışmalardır. (Gökçil ve ark, 1994; Gören ve ark, 1992)

I. Basamak Sağlık Hizmetleri:

• Kırsal alanda her 5 -10 bin, kentsel alanda her 50 bin nüfusa bir sağlık ocağı. Bu sağlık ocağında hekim, hemşire, sağlık memuru, ebe, ve diğer görevliler bulunmaktadır. (Dirican, 1990) Türkiye'de 1991'in verilerine göre 3672 sağlık ocağı bulunmaktadır. (TCSB, 1992e)

• Sağlık ocaklarına bağlı her 2500 - 3000 nüfus için bir sağlık evi planlanmıştır. Burada bir ebe görev yapmaktadır. (Dirican, 1990) 1991 verilerine göre Türkiye'deki sağlık evi sayısı 11.262'dir. (TCSB, 1992e)

II. Basamak sağlık hizmetleri:

• Nüfusu ortalama 50 - 100 bin olan bölgelerde 50 - 100 yataklı sağlık grup hastaneleri. Bu hastanelerde, genel cerrahi, iç hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları bulunmak zorundadır. Son yıllarda bu tip hastanelerde Nöroloji uzmanları da genellikle bulunmak-

Tablo 8.—Strok Risk Faktörlerine Yönelik Vaka-Kontrol Çalışmaları

Kurum	vaka(n)	Kontrol(n)	Yaş ort.	Tanımlanan risk faktörleri
GATA Ankara	452	90	V: 61.9 K:59.2	Hipertansiyon, kardiyopati, sigara, kolesterol,diabet
SSK, İzmir	300	100	V: 62.6 K:51.0	Yaş, hipertansiyon, kalp damar hastalığı, kötü beslenme alışkanlığı, obezite, alkol alışkanlığı, diabet, hematokrit, kolesterol

2.SAĞLIK SİSTEMİ ve STROK:

2.1. Türkiyede sağlık sisteminin genel organizasyonu:

Türkiye'de sağlık, 5 ocak 1961'de kabul edilip uygulamaya konulan ve halen uygulanmakta olan 224 sayılı "Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi" yasasına göre organize edilmektedir. (Dirican, 1990) Bu uygulamaya göre:

tadır. Bu birimlerde ayaktan, ya da yatarak sağlık hizmeti verilmektedir.

• Nüfusu 250 - 300 bin olan bölgelerde ise 200 - 500 yataklı il hastaneleri bulunmaktadır. Burada tüm uzmanlık dallarından hekimler yer almaktadır. İkinci basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri bu basamakta yürütülmektedir. (Dirican, 1990)

III. Basamak sağlık hizmetleri:

Bu basamakta Yüksek ihtisas, eğitim hastaneleri, Tıp

fakülteleri yer almaktadır.

33 Tıp fakültesi 26 il'e, 41 eğitim ve yüksek ihtisas hastanesi 3 ile dağılmıştır. 10 Tıp fakültesi ve 41 eğitim hastanesi Ankara, İstanbul ve İzmir'de yoğunlaşmıştır.

Hasta sevkinin I. basamaktan III. basamağa kadar bir zincir oluşturması planlanmış olmakla beraber, bu zincir çoğu yerde çalışmamaktadır, yada II. basamaktan başlamaktadır.(Hayran ve ark, 1991) Sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı Sağlık Bakanlığı tarafından verilmektedir. Sağlık Bakanlığı ve Tıp fakülteleri dışında, SSK, MSB ve birtakım diğer kamu kuruluşlarının hastaneleri de kendi mensuplarına hizmet vermektedir. Bunun dışında özel hastaneler, özel muayenehaneler ve poliklinikler de sağlık hizmeti vermektedirler. (TCSB, 1992c)

Kurum	Hastane n	Hastane yatağı. %
Sağlık Bakanlığı	616	51.9
SSK	103	8.4
Milli Savunma Bakanlığı	42	15.8
Üniversiteler	25	11.3
Başka Kamu Kurumları	22	9.1
Özel	112	13.1
Diğer	21	1.59
Toplam	941	100.0

MSB ve diğer münferid kuruluşlara ait olanların dışında, SB'nin Türkiye'nin il, ilçe ve büyük belde- lere dağılmış 616, SSK'nın 103, Tıp fakültelerinin 33 hastanesi mevcuttur. şu anda 838 ilçenin 527'sinde yataklı tedavi kurumu vardır.

2.2.Nöroloji Üniteleri ve dağılım özellikleri:

Türkiye'de inmeli hasta çoğu zaman ya II.; yada III. basamak sağlık kuruluşlarına doğrudan başvurur. Bu basamaklarda genellikle Nöroloji uzmanı bulunmaktadır. Nöroloji uzmanının bulunmadığı yerlerde ise stroklu hasta dahiliye uzmanı ya da pratisyen hekim tarafından takip edilmektedir.

Sosyoekonomik düzeyi düşük bölgelerde (kırsal alan, gecekondu) önemli bir grup hastanın hiç hekime başvurmadan ailesi tarafından bakıldığı düşünülmektedir.

Büyük kentlerde "Hızır acil servis" ambulansları ile hastaların yataklı tedavi kurumuna transportu sa-

ğlanmaktadır.

Türkiye'de halen değişik hastanelerde görev yapan toplam 592 Nöroloji uzmanı mevcuttur.(TCSB, 1992e) Bu nöroloji uzmanlarından Sağlık Bakanlığı'na bağlı olanlar, 79 il merkezinin 59'unda, ayrıca 58 ilçe merkezinde görev yapmaktadır. Söz konusu 58 ilçenin biri de merkezinde nöroloji uzmanı olmayan bir ildir. Dolayısıyla 60 ilde nöroloji uzmanı vardır.

KURUM	SAYI	%
SB	267	45,1
SSK	121	25,9
Üniv	153	20,4
Diğer	51	8,6
Toplam	592	100,0

Türkiye'deki toplam bilgisayarlı tomografi aygıtı sayısı sürekli değişmektedir. Özel sektöre ait tomografi aygıtı sayısı ve bunların dağılımı konusunda kesin bilgi edinmek, bu konuda merkezi bir kayıt sistemi bulunmadığından, çok güçtür. Ancak, SSK, Sağlık Bakanlığı, üniversiteler ve Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı 53 tomografi aygıtı bulunmaktadır. Bunlar 25 il merkezinde bulunmaktadır. Ayrıca 12 il merkezinde kamu kuruluşlarına, 5 il merkezindeyse özel kuruluşlara ait MR mevcuttur. Özel sektörün elinde de 45 adet (özel hastaneler hariç) BT bulunmaktadır ve bunlar 21 il merkezine dağılmıştır.

2.3. Stroklı Hastaya Yaklaşım

Yukarıda, 79 ilin 60'ında nöroloji uzmanı olduğu belirtilmişti; bu da 60 ilde stroklu bir hastanın bir nöroloğa ulaşma şansı olduğunu gösterir. Yirmibeş il merkezinde kamuya, 21'inde de özel sektöre ait bilgisayarlı tomografi aygıtı bulunmaktadır ve inmeli hasta kolayca bu merkezlerden birine transfer edilebilir. Dolayısıyla hemorajik/obstrüktif strok ayırımı kolaylıkla yapılabilmektedir.

Türkiye'de, stroklu hastalarda standart değerlendirilmenin parçası olarak büyük damarları incelemeye yönelik Doppler tekniklerinin ve ekokardiyografik incelemelerin kullanılma tarihi görece kısadır. Ekokardiyografik inceleme tıp fakültesi bulunan 26 merkezde yapılabilmektedir.

Standart a-kan biyokimyası incelemeleri hemen

hemen her yerde yapılabilirken, daha karmaşık vakaların (örneğin vastkülitlen kuşkulananların) Ankara, İstanbul, İzmir ya da Adana'ya gönderilmesi gerekmektedir.

2.4.Rehabilitasyona yönelik hizmetler:

Strok geçiren hastanın rehabilitasyonu uzun zaman ihmal edilmiştir. Ancak strok konusunda uyandıran ilgi kendisini rehabilitasyon alanında da göstermektedir. Türkiye'nin şu andaki durumu bu açıdan gözden geçirildiğinde;

- Halen Kamu kuruluşlarına ait değişik birim birimlere ve hastanelere dağılmış durumda 168 fizyoterapist ve 393 fiziktedavi ve rehabilitasyon uzmanı vardır. (TCSB, 1992e)
- Sağlık Bakanlığı'na ve diğer kurumlara bağlı, toplam 810 yatak kapasitesi olan 6 adet "Fizik tedavi ve rehabilitasyon hastanesi" mevcuttur. (TCSB, 1992e)
- Ayrıca yukarıda belirtilen tıp fakültelerinin, bir kısım MSB'ye ve SSK'ya bağlı hastanelerin Fizik tedavi klinikleri mevcuttur.
- Son zamanlarda bazı strok üniteleri ihtiyaçlarını karşılamak amacı ile bu ünitelerle ortak çalışma yoluna gitmektedirler. Örneğin BITAM bu amaçla İstanbul Fizik tedavi ve rehabilitasyon hastanesi ile bir protokol oluşturmuştur.
- SBI. basamakta strok hastalarının rehabilitasyonu ile ilişkili bir eğitim programı planlanmaktadır. Bu konu 3.4. de ele alınacaktır.

2.5.Halk eğitimine yönelik çalışmalar

Bu alanda da henüz yeterli ve organize bir çalışma mevcut değildir. SB'nin yukarıda anılan projesi kapsamında personel eğitiminin ardından halk eğitimine yönelik çalışmalar plan dahilindedir. Bunun dışında değişik strok birimleri zaman zaman radyo -TV konuşmaları, gazete ve dergi röportajları ile konunun önemini anlatmaya çalışmaktadırlar.

2.6.Türkiye'de sağlık sisteminin mali portresi:

- Fert başına düşen GSMH oranı 1992'de 1500 \$ dır.
- GSMH'da fert başına düşen toplam sağlık harcamaları miktarı 79 \$ dır.
- Sağlık Bakanlığı bütçesinin %27.38'i içinde aşılama, nüfus planlaması, ana çocuk sağlığı gibi hizmetlerin ağırlıkta olduğu temel sağlık hizmetlerine, %51.39'u ise yatarak hasta tedavisine yönelik tedavi hizmetlerine ayrılmıştır.
- Hizmet türüne göre sağlık hacimleri: Koruyucu sağlık hizmetleri %1.8, Birinci basamak sağlık hizmetleri %60.7 ve Hastane hizmetleri için %37.5 dir.(TCSB, 1992e)

KURUM	ORAN
GENEL BÜTÇE	%34.1
SİGORTA PRİMLERİ	%16.9
DİREKT KİŞİSEL HARCAMALAR	%49.0
TOPLAM	%100.0

2.7.Akut Evredeki Stroklı Bir Hasta İçin Tanı ve Tedavinin Maliyeti:

Genç bir stroklı hastanın akut dönemdeki tanı ve tedavisinin maliyeti Tablo 12'de sunulmuştur. Bu rakamlara, kayda değer ölçüde değişkenlik gösteren özel hastane konsültasyon ücretleri ve ilaç bedelleri dahil değildir. Hasta yoğun bakım biriminde yatmışsa, bu değerlere 500 ila 1000 dolar daha eklenmesi gerekir. Bu değerler, toplam sağlık harcamalarının %49'unun bireyler tarafından yapıldığını ve bedellerinin daha sonra herhangi bir kurumdan tahsil edilmediğini gösteren Tablo 11 ile birlikte ele alınır ve Türkiye'de kişi başına gayri safi milli hasılanın 1500 dolar dolayında olduğu hesaba katılırsa, durum açıkça anlaşılabilir.

Harcama Kalemi	Kamu	Özel
BT	80	125 - 140
MR*	230	230 - 300
MR anjiyografi*	230	230 - 300
Doppler	80	100 - 150
Ekokardiyografi	80	125 - 150
Laboratuvar	100	150 - 200
Yatak ücreti (10 gün)	125	400 - 1000
Toplam	465	900 - 1640

2.8.Hizmet sunumu problemleri:

- Birinci basamak sağlık hizmetleri gereken şekilde ve düzeyde gelişmemiştir. Bu amaçla planlanmış olan sağlık ocaklarında malzeme ve personel eksiktir.
- Bütün dünyada kabul edilmiş olan birinci basamakta entegre hizmet verme anlayışı gelişmemiştir.Hala SO'ların yanısıra aynı amaçlı AÇS, VSD, SSK dispanserleri, MEB dispanserleri vb. faaliyet

göstermektedir. Bu hem hizmetlerde duplikasyona hem de bazı hizmetlerin kimse tarafından verilmemesine yolaçmaktadır.

- İkinci basamak olan hastaneler sevk zinciri işlemlenmemektedir.
- Hastanelerde yatak kullanım oranları %45 - 50 civarında kalmaktadır. (TCSB, 1992b)
- DSÖ'nün belirttiği ideal oran %5 - 7 civarında iken, Sağlık bakanlığı bütçesinin GSMH içindeki payı %1.26'dır. (TCSB, 1992e) Bu da tüm sağlık hizmetlerinin verilmesinde sorunlar yaratmaktadır.
- Özellikle I. basamak sağlık hizmetlerinde eğitim noksanlıkları mevcuttur.
- Yine genel kayıt sistemlerinde aksamalar ve uygun bir kayıt sistemi (ICD-10 gibi) kullanılmaması yüzünden istatistiksel veriler sağlıklı değildir.
- Bu alandaki sorunlar konusunda hem sağlık personelinin hem de halkın dikkatinin çekilmesi gerekmektedir.

3.YAKIN ZAMANDA DOĞRUDAN STROK ÖNLEME, TEDAVİ, REHABİLİTASYON ve ARAŞTIRMALARINA YÖNELİK GİRİŞİMLER:

3.1. Strok ile doğrudan uğraşan özel birimlerin oluşumu

İstanbul, Ankara, İzmir, Adana, Eskişehir ve Edirne'deki Tıp fakültelerinde strok ile uğraşan ayrı üniteler mevcuttur, bunlara yenileri eklenmektedir.

Ayrıca Sağlık Bakanlığı'na bağlı özel dal eğitim hastanesi konumunda olan BRSSH'de Bakırköy İnme Tedavi, Araştırma Merkezi (BİTAM) kurulmuştur.

Sözü edilen bu merkezlerde strok hastalarının incelenmesine yönelik alt yapı, teknik kadro mevcuttur.

3.2. Beyin Damar Hastalıkları Derneği ve Çalışmaları:

1993 yılında Eskişehir'de Prof. Dr. Gazi Özdemir başkanlığında kurulan "Beyin Damar Hastalıkları Derneği":

- 29 Nisan - 1 Mayıs 1994 tarihlerinde "Akut İskemik Strokta Tedavi İlkeleri" isimli bir sempozyum düzenledi.
- Dernek, üyelerine her ay strok ile ilgili med-line taramalarını ulaştırmaktadır.
- "Beyin Damar Hastalıkları" dergisi derneğin yayın organı olarak yayınlanma aşamasına gelmiştir.
- Dernek Türkiye'de strok epidemiyolojisi ile ilişkili çok merkezli bir çalışmanın koordinatörlüğünü üstlenmiş bulunmaktadır.

DERNEK ADRESİ:

Prof.Dr.Gazi Özdemir
Beyin Damar Hastalıkları Derneği
Şair Fuzuli cad. Kıdan İş Hanı 20/2
26010 Eskişehir
Tel. ve faks: +222 - 2309696

3.3. DSÖ ile ilişkili faaliyetler ve sonuçları

WHO adına Dr.M Leonardy'nin katılımı ile 14 - 16 Kasım 1994 tarihinde, "Nöroloji ve Halk sağlığı" workshop'u BRSSH'de gerçekleştirilmiştir. Ayrıca aynı toplantıya Pakistan ve Mısır'ın da katılmışlardır.

Bu toplantıda Türkiye'de yapılmış strok ve epidemiyoloji ile ilgili araştırmalar sunulmuştur. Bu çalışmaları ve çalışma gruplarının raporlarını içeren kitap yayınlanmak üzeredir.

Türkiye'de strok ve halk sağlığı ayrı bir oturumda bir çalışma grubu oluşturularak ele alınmıştır. Türkiye'deki çeşitli strok ünitelerinin, Beyin Damar Hastalıkları Derneğinin temsilcilerinin katıldıkları bu çalışma grubunda:

- Sağlık Bakanlığı'nın kullandığı 150 başlıklı listeden 999 başlıklı listeye (ICD-10) geçilmesinin önerilmesi.
- Toplumdaki SVH'a ilişkin en doğru verilerin topluma dayalı çalışmalardan elde edilebileceği saptanmıştır. Bu doğrultuda bir komisyon oluşturulmuş ve Türkiye ölçekli bir proje hazırlanıp bunun finansmanı için Sağlık Bakanlığı, DPT, Üniversite fonları, TÜBYTAK, DSÖ, Dünya Bankası, UNFPA ve uzmanlık derneklerine baş vurulması.
- Kısa vadede hastanelerde toplanan SVH'a ilişkin verilerin standardizasyonunun sağlanarak minimum verileri içeren ortak bir formun oluşturulması ve ortak bir çalışma ile geniş serilere ulaşılabilmesi için bir komisyon kurulmuştur.
- SVH'a yönelik yapılacak topluma dayalı ve hastane içi çalışmalarda tanı ve tedavi olanaklarının ve hastanelerin teknik donanımlarının yeterli hale getirilmeleri ve bu ekonomik yükü kaldıramayan hastaların bu olanaklardan mahrum bırakılmaması için ilgili makamlar düzeyinde girişimlerde bulunulması.
- Araştırma ve yoğun tedavi uygulamaları amacıyla "strok üniteleri" nin kurulma girişimlerinin desteklenmesi.
- SVH'nın topluma ve aileye getirdiği sosyo - ekonomik yüklerin azaltılması ile ilgili çalışmalarda "Beyin Damar Hastalıkları Derneği" öncülük edecek ve resmi yazışmalarda muhattap olması kararlaştırılmıştır.(The Report of The Cerebrovascular Diseases Workshop, Kırbas et al, ed, 1995)

3.4.Sağlık Bakanlığı'nun girişim ve planları:

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü SB'nin I.basamak sağlık hizmetlerini organize etmekle görevli organıdır. Bu bölümün başında halen bir nöroloji uzmanı bulunmaktadır. 14 - 16 Kasım 1994 tarihinde yapılan "Nöroloji ve Halk sağlığı" toplantısı itici bir güç oluşturmuş ve söz konusu kuruluş "Birinci basamak Nörolojik hastalıkların Önlenmesi, Tanı, Tedavi ve Rehabilitasyonu" isimli bir proje hazırlamıştır. Bu proje kapsamında serebrovasküler hastalıklar da yer almaktadır. Projede:

- Birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık personelinin proje kapsamına giren nörolojik hastalıklar konusunda bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi, konuya duyarlılığın artırılması. Birinci basamakta söz konusu hastalıkların tespiti, en aza indirilmesi, tanı, tedavi ve rehabilitasyonlarının sağlanması amaçlanmaktadır.

- Sağlık projesi kapsamındaki illerde bulunan tüm sağlık ocaklarında görev yapan bir hekim ve bir yardımcı personelin 1996 yılı sonuna kadar belirlenen eğitim programı dahilinde eğitilmesi, oluşturulan eğitim materyalinin (broşür, kaynak kitap vb.) proje kapsamındaki tüm sağlık ocaklarına yaygınlaştırılması, sağlık ocağı kayıtlarında söz konusu hastalıklar ile ilgili kayıtların düzeltilmesi hedeflenmektedir.

Söz konusu projenin danışmanlığını Prof. Dr. Osman Hayran, Prof. Dr. Çağatay Güler ve Doç Dr. Dursun Kırbaş yürütmektedir.

DPT'nin 6. beş yıllık kalkınma planı hedefleri: içerisinde ("Stratejik hedefler" 5. madde) Özürlü, yaşlı ve akıl hastaları için rehabilitasyon hizmetlerinin sağlanması yer almaktadır. (DPT, 1989)

2000 yılında Herkese sağlık - sağlık durumu hedefleri planı: "Dolaşım sistemi Hastalıkları" bölümünde;

- 2005 yılına kadar yaşı 65'in altında olanların dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklanan ölümlerini %15'in altına düşürmek amaçlanmaktadır,

- Bunun için, sigara içmenin önlenmesine yönelik kampanyalar, Sağlıklı yaşam biçiminin özendirilmesi (yemek rejimi, beden hareketleri, gerilimi azaltma), Hipertansiyonun kontrolü alanında çalışılması önerilmektedir.

3.5.Uluslararası çok merkezli çalışmalara katılım:

Türkiye strok ile ilgili uluslararası çok merkezli çalışmalara ilgi duymaktadır. Türkiye IST çalışmasına ekim 1993'den bu yana İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nin öncülüğünde katılmaktadır. Daha sonra Marmara Üniversitesi, BYTAM ve

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi strok merkezleri de çalışmaya iştirak etmişlerdir. Halen çalışmanın Türkiye sorumlusu Prof.Dr.Sara Bahar'dır.

3.6.Karotis endarterektomi grupları ve çalışmaları:

Stork da preventif amaçla uygulanan Endarterektomi Türkiye'de stork merkezlerinin yönlendirdiği hasta grupları ile belirli merkezlerde uygulanmaktadır.

Halen aktif olarak faaliyet gösteren İstanbul, Ankara ve İzmir de toplam 6 merkez mevcuttur.

3.7.Primer korunma ile ilişkili diğer organizasyonların çalışmaları:

Kalp - damar hastalıkları derneği, Hipertansiyon derneği, Diabet cemiyeti, Türk kardioloji cemiyeti, Türk Kalp Vakfı, Sigara İçmeyenler Derneği gibi kuruluşlar halen faaliyet göstermektedir. Gerek Beyin Damar Hastalıkları Derneği kanalı ile, gerekte değişik strok ünitelerinin doğrudan stork epidemiyolojisi ve önlenmesi ile ilgili ortak alana sahip bu dernekler ile iş birliği çalışmaları gündemdedir. Örnek olarak Hipertansiyon Derneği 1994 yılı kongresinde inme ve hipertansiyon ilişkisine özel bir bölüm ayırmıştır.

Yazarlar, Prof. Dr. Sara Bahar ve Yard. Doç. Dr. Hande Gençel-Harmancı'ya katkıları için teşekkür ederler.

KAYNAKLAR

- 1- Akhan G, Kalkan E, Çırak Ş, Şahin B: The epidemiology of Stroke in Isparta: 1990-1993. Kırbaş D, Leonardy M, Karaly A. ed: Neurology and public health. İstanbul, BİTAM Yayınları, 1995; 115-20.
- 2- Aktan S, Avşar M, Aykut C, İlgör E: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji ABD'de izlenen CVA'ların klinik özellikleri ve risk faktörleri. 5. Ulusal Nöroloji Kongresi, 21-25 Ekim 1992, Marmaris.
- 3- Bakaç C, Yandım D, Hanoglu L, Kırbaş D: XXX. Ulusal Nöroloji Kongresi, 9-14 Ekim 1994 Adana. Adana, Çukurova Nörolojik Bilimler Derneği yayını No: 2, 1994; PP-24: 180-1.
- 4- Bozulocay M, Ertan S, Göksan B, Denktaş H: Serebrovasküler hastalıklarda risk faktörlerinin değerlendirilmesi. 4. Nöroloji Kongresi, 30 Ekim-2 Kasım 1991, Kuşadası. İzmir, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayını, 1991; 3-4.
- 5- Çukurova Neuroepidemiology Study Group: Stroke prevalence and vascular risk factors in Karataş District, Çukurova. Kırbaş D, Leonardy M, Karaly A. ed: Neurology and public health. İstanbul, BİTAM Yayınları, 1995; 104-8.
- 6- Kurtzke JF: Epidemiology of cerebrovascular diseases. McDowell F and Caplan L, ed: Cerebrovascular report for the national institute of neurological and communicative disorders and stroke, rev. ed. 1985. Rochester, Whiting Press, 1985, 1. (Aktaran Davis PH, Hachinski V: Epidemiology of cerebrovascular disease. Anderson DW, Schoenberg DG, ed: Neuroepidemiology: a tribute to Bruce Schoenberg. Boca Raton, CRC press, 1991, 27-54.
- 7- Dircan R: Toplum hekimliği Dersleri. Ankara, Hatiboğlu Yayınları, 1990.
- 8- Karşıdağ S, Sönmez N, Soysal A, et al: Strok alt gruplarında risk faktörlerinin dağılımı. XXX. Ulusal Nöroloji Kongresi, 9-14 Ekim 1994 Adana. Adana, Çukurova Nörolojik Bilimler Derneği yayını No: 2, 1994; PP-24: 81.
- 9- Ertan S, Oral Y, Göksan B, et al: Stroke subtypes and risk factors in a rural area of northwestern Turkey: a pilot study in a limited elderly population.

- Kırbaş D, Leonardy M, Karalı A. ed: Neurology and public health. İstanbul, BITAM Yayınları, 1995; 109-14.
- 10- Gökçil Z, Odabaşı Z, Özkardeş A, Özsoy Ö, Vural O, Yardım M: İskemik serebrovasküler hastalıklarda risk faktörleri. XXX. Ulusal Nöroloji Kongresi, 9-14 Ekim 1994 Adana. Adana, Çukurova Nörolojik Bilimler Derneği yayını No: 2, 1994; S20: 16.
- Gören A, Budak F, Başoğlu M: İskemik serebrovasküler hastalıklarda risk faktörlerinin araştırılması. SSK Tepecik Hast. derg. 1992; 2 (1): 33-40.
- 11- Hacımustafaoglu T, Evren A, Uçkunkaya Ç: Beyin damar hastalıklarında risk faktörleri. XXIX. Ulusal Nöroloji Kongresi, 4-6 Ekim 1993, İstanbul, İstanbul, P1-3.
- 12- Hayran O ve ark: Kentel bölgede halkın sağlık kuruluşlarını seçimini etkileyen faktörler. Klinik Gelişim 1991; 4: 1052-5.
- 13- Sümbüloğlu V, Sümbüloğlu K: Sağlık hizmetlerinde veri toplama ve değerlendirme yöntemleri. Ankara, TCSB Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 1995
- 14- TCSB: Sağlık İstatistikleri. Ankara, TC Sağlık Bakanlığı Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı Yayın No: 549, 1992.
- 15- TCSB: Türkiye sağlık reformu: sağlıkta mega proje. Ankara, TCSB Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını, 1992.
- 16- TCSB: I. Ulusal Sağlık Kongresi, 23-27 Mart 1992, Ankara. Ankara, TCSB yayını, 1992.
- 17- TCSB: Ulusal sağlık politikası. Ankara, TCSB Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü yayını, 1992.
- 18- TCSB: Yataklı tedavi kurumları istatistik yılı. Ankara, TCSB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü yayını No: 553, 1992.
- 19- Report of a WHO Study Group: The application of advances in neurosciences for the control of neurological disorders. Geneva, WHO Publications, 1978.
- 20- Türkiye Devlet Planlama Teşkilatı: Türkiye sağlık sektörü master plan etüdü: mevcut durum raporu. Ankara, Devlet Planlama Teşkilatı (yayımlanmamış rapor), 1989.
- 21- Tanrıdağ T, Sümer M, Özbakır Ş: İskemik ve hemorajik serebrovasküler hastalığı olanlarda risk faktörleri. 3. Nöroloji Kongresi, 8-11 Kasım 1990, İstanbul, 71.
- 22- The Report of The Cerebrovascular Diseases Workshop. Kırbaş D, Leonardy M, Karalı A, ed: Neurology and public health. İstanbul, BITAM Yayınları, 1995; 29-31.
- 23- Ulubay H: Serebrovasküler olay nedeniyle ölen hastaların özellikleri. İskemik strokta akut tedavi ilkeleri sempozyumu, 29 Nisan-1 Mayıs 1994, Eskişehir. Eskişehir, Beyin Damar Hastalıkları Derneği ve Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi ABD yayını, P17
- 24- Yayla V, Haksal S, Huhan A, Apak İ: İskemik serebrovasküler hastalık risk faktörleri ve kardiyolojik değerlendirme. XXIX. Ulusal Nöroloji Kongresi, 4-6 Ekim 1993, İstanbul. İstanbul, P1-49.