



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

BİR ÜNİVERSİTE EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE HASTALAR HANGİ
TANILARLA BAŞVURUYOR? HASTA PROFİLİNİN RETROSPEKTİF
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Kevser ERBİR

UZMANLIK TEZİ

Bursa-2022



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

BİR ÜNİVERSİTE EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE HASTALAR HANGİ
TANILARLA BAŞVURUYOR? HASTA PROFİLİNİN RETROSPEKTİF
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Kevser ERBİR

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Alis ÖZÇAKIR

Bursa-2022

İÇİNDEKİLER

TABLolar VE ŞEKİLLER.....	iii
ÖZET.....	iv
İNGİLİZCE ÖZET	vi
GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER.....	3
1. Aile Hekimliğinin Tanımı.....	3
2. Aile Hekimliğinin Gelişimi	4
2.a. Dünyada Aile Hekimliğinin Gelişimi.....	4
2.b. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Gelişimi.....	6
3. Aile Hekiminin Görevleri	7
4. Aile Hekimliğinin Çekirdek Yeterlilikleri.....	8
5. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi ve Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri .	9
6. Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları	10
6.a. Fransa’da Aile Hekimliği Uygulamaları.....	10
6.b. İspanya’da Aile Hekimliği Uygulamaları	11
6.c. İngiltere’de Aile Hekimliği Uygulamaları	12
6.d. Almanya’da Aile Hekimliği Uygulamaları.....	12
6.e. Hollanda’da Aile Hekimliği Uygulamaları.....	12
7. Birinci Basamakta Klinik Yaklaşım	13
7.a. Biyopsikososyal Yaklaşım	13
7.b. Ayrışmamış Hastaya Yaklaşım	13
7.c. Hasta Merkezli Yaklaşım.....	14
8. Aile Hekimliğinin Sağlıklı Yaşam Danışmanlığındaki Önemi	15
9. Evde Sağlık Uygulamaları ve Aile Hekimliği.....	15

10. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	16
11. Periyodik Sağlık Muayenesi ve Aile Hekimliği	16
12. Birinci Basamakta Kayıt Tutma ve Önemi	18
GEREÇ VE YÖNTEM	20
1. Çalışma Grubu ve Verileri	20
1.a. Çalışma Grubu	20
1.b. Çalışma Verileri.....	20
2. Örneklem Seçimi	20
3. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri ve Çalışmanın Genel Planı	20
3.a. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	20
3.b. Çalışmanın Genel Planı	21
4. Etik Kurul Onayı	21
5. İstatistiksel Analiz.....	21
BULGULAR.....	22
TARTIŞMA	42
SONUÇ VE ÖNERİLER	54
KAYNAKLAR.....	56
EKLER	62
Ek-1: Etik Kurul Onayı	62
Ek-2: Araştırma İzni.....	63
TEŞEKKÜR.....	64
ÖZGEÇMİŞ	65

TABLolar VE ŞEKİLLER

Tablo 1: Çalışmaya katılan kişilerin sosyodemografik verileri	23
Tablo 2: Katılımcılara yapılan aşılar	24
Tablo 3: Başvuru nedenleri	26
Tablo 4: Yaş gruplarına göre başvuru nedenleri	28
Tablo 5: Cinsiyete göre başvuru nedenlerinin dağılımı	29
Tablo 6: Sıklık sırasına göre tanı dağılımı	30
Tablo 7: Yaş gruplarına göre tanı dağılımı	32
Tablo 8: Cinsiyete göre tanı dağılımı	33
Tablo 9: Başvurularda yapılan işlemlerin sıklık sırasına göre dağılımı	34
Tablo 10: Başvuru nedenlerine göre yapılan işlemlerin dağılımı	35
Tablo 11: Danışmanlık konularının sıklık sırasına göre dağılımı	36
Tablo 12: Yaş gruplarına göre verilen danışmanlık konularının dağılımı...	37
Tablo 13: Danışmanlık konularının cinsiyete göre dağılımı	38
Tablo 14: Sigara kullanım durumunun cinsiyete göre dağılımı	39
Tablo 15: Cinsiyete göre kronik hastalık varlığı	40
Tablo 16: Yaş gruplarına göre kronik hastalık varlığı	40
Tablo 17: Sigara kullanım durumu ve kronik hastalık varlığı	41
Şekil 1: Hastaların kayıtlı olduğu birimler	22
Şekil 2: Hastaların cinsiyet ve medeni durumları	23
Şekil 3: Hastaların kronik hastalık durumları	25
Şekil 4: Başvuranların kronik hastalıklarının dağılımı	25

ÖZET

Aile hekimliği bireyin sağlık sistemiyle ilk temas noktasıdır. Hekim, henüz ayrışmamış olan hastalıkların erken dönemi ile karşılaşır ve bu durum tanı zorluğu yaşatır. Sağlık sisteminin merkezinde olan bu disiplinde uzmanlaşma ve yeterli bir eğitimle beraber, hasta profilinin tanınıp buna uygun değerlendirme yapmak çok önemlidir.

Çalışmanın amacı, Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'mize başvuran hasta profilini değerlendirmek ve bu doğrultuda uzmanlık eğitim müfredatında dikkat edilmesi gereken noktalara katkı yapmaktır.

Çalışmanın evrenini Kasım 2019-Kasım 2020 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalına bağlı Bursa Nilüfer 36 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ndeki hasta kayıtları oluşturmaktadır. Çalışmada 1725 hasta değerlendirmeye alınmıştır. Veriler retrospektif olarak, mevcut hasta dosyaları taranarak elde edilmiştir.

Çalışmada, başvuranların yaş ortalaması $42,94 \pm 20,71$ idi. En fazla başvuruda bulunanlar 26-65 yaş grubuydu. Başvuranların %31,7'si erkek, %68,3'ü kadındı. Bireylerin %83,9'u sigara kullanmıyorken, %16,1'i sigara kullanıyordu. Erişkin aşılama durumuna bakıldığında başvuranların %47,3'ü en az bir kez aşılanmıştı. Bireylerin %53,4'ünün en az bir tane kronik hastalığı vardı, en sık görülen kronik hastalık hipertansiyon idi. Başvuru nedenlerinden en sık görülenler ilaç yazdırma, genel kontrol ve boğaz ağrısı iken; en sık görülen tanılar genel tıbbi muayene, akut üst solunum yolu enfeksiyonu ve laboratuvar muayenesiydi. Başvurularda en sık yapılan işlem reçete yazılması (%70,4); en sık verilen danışmanlık, beslenme ve diyet düzenlenmesi idi.

Birinci basamak sağlık hizmetleri ne kadar güçlü ise, o ülkenin sağlık sistemi o kadar iyi çalışıyor demektir. Birinci basamakta tutulan hasta kayıtları iyi bir uzmanlık eğitimi için yol gösterici olmakla beraber, aynı zamanda merkeze kayıtlı hasta profilini tanımayı sağlayarak buna uygun değerlendirme yapmayı sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: Birinci basamak sağlık hizmetleri, aile hekimliği, başvuru nedeni, tanı, danışmanlık

İNGİLİZCE ÖZET

With What Diagnoses do Patients Apply to a University Education Family Health Center? Retrospective Evaluation of the Patient Profile

Family medicine is the first point of contact of the individual with the health system. The physician encounters the early stages of diseases that have not yet been differentiated, and this situation creates difficulties in diagnosis.

The study aims to evaluate the patient profile applying to our Education Family Health Center and contribute to the points considered in the specialty training curriculum in this direction.

Our study population consists of patient records in Bursa Nilüfer Education Family Health Center No. 36, affiliated with Bursa Uludağ University Family Medicine Department, between November 2019 and November 2020. The number of patients included in the evaluation was 1725. The study's data were obtained retrospectively by scanning the existing patient files.

The mean age of the applicants in the study was 42.94 ± 20.71 years. The most applied age range was 26-65. 31.7% of the applicants were male, and 68.3% were female. While 83.9% of the individuals were non-smokers, 16.1% were smokers. When evaluating the adult vaccination status of the applicants, 47.3% were vaccinated at least once. The proportion of individuals with at least one chronic disease was 53.4%, and the most common chronic illness was hypertension. The most common reasons for admission were medication prescription, general health control, and sore throat. The most common diagnoses were general medical examination, acute upper respiratory tract infection, and laboratory examination. The most common procedure in admissions was prescribing (70.4%). The most frequent counseling was nutrition and diet regulation.

The stronger primary health care services, the better health system of that country works. Patient records kept in primary care will be a guide for good residency training. At the same time, it will enable recognition of the patient profile and make an appropriate evaluation according to the profile.

Key words: Primary health care, family medicine, reason for application, diagnosis, consultancy

GİRİŞ VE AMAÇ

Tıbbın gelişmesi ve branşlaşmanın artması sonucu hastaya bütüncül yaklaşım kaybolmuş, hastalara sürekli ve kapsamlı sağlık hizmeti verecek hekim tipine olan ihtiyaç giderek daha fazla fark edilmiştir. Sağlık hizmetlerinin merkezinde bulunan; kişiyi çevresi, ailesi, kültürüyle beraber değerlendirebilecek, kapsamlı bakım sağlayıp bireyleri ortada bırakmayacak yeni bir uzmanlık alanına ihtiyaç olduğunu ilk kez Francis Peabody vurgulamıştır. Adı geçen bu uzmanlık, bağımsız bir tıp disiplini olan aile hekimliğidir (1).

Aile hekimliği sağlık sistemiyle ilk temas noktasıdır, sürekli, kişi merkezlidir. Kişiyi biyopsikososyal yaklaşımla değerlendirir. Kronik hastalıkları yönetmek için mükemmel bir konumdadır ve iyi bir donanım gerektirmektedir. Yalnızca bireysel sağlık açısından değil, aynı zamanda toplum sağlığı için de sorumluluk üstlenir (2).

Aile hekimliği disiplini ile ilgili en önemli tanım WONCA (*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*) tarafından yapılmıştır. WONCA'nın tanımına göre aile hekiminin özellikleri şunlar olmalıdır; kapsayıcı bakım, birincil bakım yönetimi, kişi merkezli bakım, özgün problem çözme becerisi, toplum yönelimli ve bütüncül yaklaşımdır (1).

Aile hekimliği, geniş bir yelpazede bulunan tüm bu özellikleri taşıyabilecek bir disiplindir ve sağlık sorunlarının çoğuna birinci basamakta çözüm bulunabilir (3).

Gerektiğinde de diğer sağlık hizmetleri ile teması yine birinci basamak sağlık hizmetleri sağlar. Bu sayede sağlık kaynakları en etkili şekilde kullanılır (2).

Aile hekimliğinde hekim, henüz ayrışmamış olan, hastalıkların erken dönemi ile karşılaşır. Bu durum çok geniş yelpazede bulunan sağlık sorunları nedeniyle tanı zorluğu yaşatır (3).

Aile hekiminin hastaya ilk ulaşan hekim olması nedeniyle, hastanın

birinci basamakta tedavi edilip edilemeyeceğini, üst basamak sağlık hizmetlerine sevkinin gerekip gerekmeyeceğini ayırt edebilecek donanımda olması gerekir. Dolayısıyla sağlık sisteminin merkezinde olan bu disiplinde uzmanlaşma ve yeterli bir eğitim şarttır. Ancak, iyi eğitilmiş aile hekimleri ile beraber daha etkin birinci basamak sağlık hizmeti verilebilecektir (1).

Aile hekimlerinin görev ve sorumlulukları arasında hastaları sadece muayene edip tedavi etmek değil, aynı zamanda bireylere sağlıklı dönemlerinde sağlık halinin devamını sağlamak ve geliştirmek için danışmanlık vermek de yer almaktadır. Bu danışmanlık konuları arasında; beslenme, fizik aktivite, sigara bırakma, prenatal bakım, postnatal bakım, emzirme, aşılama gibi çeşitli konular bulunmaktadır (4).

Hastalar; kendilerini sürekli takip eden, kapsamlı bir hizmet sunan, kendilerini bir bütün olarak yani bir diğer deyişle biyopsikososyal olarak değerlendiren aile hekimlerine bu gibi danışmanlık konularında, diğer branş hekimlerine göre daha çok güvenmektedirler (5,6).

Sonuç olarak; birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin şekilde yapılabilmesi durumunda, ikinci ve üçüncü basamakta daha kaliteli bir sağlık hizmetinin verilebileceği aşikardır. Ayrıca üst basamak sağlık hizmetlerindeki yığılmalar önlenecek, dolayısıyla maliyet de azalacaktır.

Bu çalışmadaki amacımız, birinci basamağa başvuran hastaların tanılarını sınıflandırmak; kayıtları inceleyerek Eğitim Aile Sağlığı Merkezimize başvuran hastaların profilini değerlendirmek ve bu doğrultuda uzmanlık eğitim müfredatında dikkat edilmesi gereken noktalara katkı yapmak; daha kaliteli ve etkili bir birinci basamak sağlık hizmeti sunmak açısından yol gösterici olmasını sağlamaktır. Bilinen bu özellikler ele alındığında, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin yükü azalarak yaşanabilecek mağduriyet ve maliyet düşecektir.

GENEL BİLGİLER

1. Aile Hekimliğinin Tanımı

Aile hekimliği; kişileri yaş, cinsiyet, hastalık ayrımı yapmadan bir bütün olarak ele alan, her bireye kapsamlı ve sürekli bir sağlık hizmeti sunan bir tıp uzmanlık dalıdır. Kişilerin sağlıkla ilk temas noktasıdır. Aile hekimleri; sadece teşhis ve tedavi değil, aynı zamanda kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmeti, rehabilite edici sağlık hizmeti, gerektiğinde gezici sağlık hizmeti veren uzman tabip veya tabiplerdir (7).

Tıpta oluşan aşırı branşlaşma, aile hekimliğini bir ihtiyaç haline getirmiş, hastaları bütüncül yaklaşımla ele alacak bir uzmanlık alanı gereksinimi doğmuş ve bu gereksinimin vurgusunu da ilk kez 1923 'te Dr.Francis W. Peabody "tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığı ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık alanının gerekliliği" şeklinde yapmıştır (8). Peabody'nin bu bakış açısı modern tıp anlayışı açısından önemli dönüm noktası olmuştur.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ülkelerdeki farklılıklarından dolayı, dünya genelinde aile hekimliğinin ortak tanımı yapılmaya çalışılmıştır. Yapılan tanımlamaların bazılarında eş anlamda geçen ve birinci basamak hekimliğini ifade eden 'genel pratisyenlik' kavramı da bulunmaktadır. Bu tanımlamalardan bazıları genel hatlarıyla şu şekildedir:

-Leeuwenhorst'un 1974'te yaptığı tanıma göre genel pratisyen; kişilere yaş, cinsiyet, hastalık ayrımı yapmadan sürekli ve kişisel sağlık hizmeti sunan hekimdir (9).

-WONCA'nın 1991'de yaptığı tanıma göre aile hekimi; bireylere kapsamlı bakım veren gerektiğinde diğer sağlık sunucularını da harekete geçiren genel tıp hekimidir (9).

-Olesen'in 2000 yılında yaptığı tanımında ise genel pratisyen; sağlık sisteminin ilk basamağında bulunan ve bireylere sağlık hizmeti sunmak için ilk adımları atan uzmandır (9).

Zaman içinde, aile hekimliği için yapılan tanımlamalar sürekli yenilenme gereksinimi göstermiştir.

Aile hekimliği, eğitim ve araştırma temeli bakımından gelişiminin henüz başındayken Leeuwenhorst grubu 'Avrupa'da Genel Pratisyen' bildirgesini hazırlamıştır. Aradan yıllar geçmiş, toplum değişmiş ve sağlık hizmet sunumunda hastanın rolü iyice artmıştır. Sağlık hizmetini sunan ve kullanan arasındaki iletişim değişmiş, sağlık sunucusunun görüşü kutsal olmaktan çıkmıştır. Geleceğin aile hekiminin bu değişen ortamın farkında olup bu değişikliğe ayak uydurması ve başarılı olması gerekmektedir.

2001 yılında Van Weel, aile hekimliğinin özünde yatan değerlerin, akademik gelişmeye olan gereksinimlerin üzerinde durmuş ; dolayısıyla aile hekimliği tanımının tekrar yapılmasının, temel özelliklerinin net bir şekilde belirtilmesinin zamanı gelmiştir (10).

2002 WONCA-Avrupa bildirgesinde aile hekimliği disiplininin özellikleri ve çekirdek yeterlikleri tanımlanmıştır. Aile hekimliğinin altı çekirdek yeterliliği vardır.

Bunlar; birinci basamak yönetimi, toplum yönelimi, özgül sorun çözme becerileri, kapsamlı yaklaşım, kişi merkezli bakım ve bütüncül yaklaşımdır (11).

Aile hekimliği disiplininin özellikleri arasında; bireylere biyopsikososyal olarak yaklaşması, kişi merkezli ve sürekli olması, ayrışmamış hastalıklarla ilgilenmesi, bireylerin sadece akut sorunları değil kronik sorunlarıyla da ilgilenmesi, kişilerin sağlık sistemiyle ilk temas noktası olması, sağlık kaynaklarının daha etkili kullanımını sağlaması ve toplumun sağlığı için de sorumluluk yüklenmesi vardır (9).

2. Aile Hekimliğinin Gelişimi

2.a. Dünyada Aile Hekimliğinin Gelişimi

Aile hekimliği uzmanlığına gerekliliğin vurgusu ilk kez 1923'te Amerikalı bir hekim olan Francis W. Peabody tarafından, tıpta aşırı branşlaşma sonucu ortada kalan hastaları bir bütün olarak değerlendirecek

hekime olan ihtiyaç şeklinde yapılmıştır. Ancak o dönem bu fikir ilgi görmemiştir.

Daha sonraki yıllarda genel tıp liderleri birinci basamakta yeni bir uzmanlığı savunmaya başlamış ve 1966'da yayınlanan Millis ve Willard raporlarıyla bu yeni uzmanlık kabul görmüştür (12).

Yıllar boyu çeşitli şekillerde aile hekimliğinin tanımları yapılmaya çalışılmıştır. WONCA, yapılan tüm bu tanımlamaları yeniden düzenlemiştir. WONCA Avrupa tanımında aile hekimliğinin, yaş, cinsiyet, hastalık ayrımı yapmadan bireylere sürekli ve kapsamlı bakım sağlayan, bireyleri biyopsikososyal yönden değerlendiren bir disiplin olduğuna ve aile hekimlerinin de bu disiplinin ilkelerine göre eğitilmiş uzman hekimler olduğuna; bireylere sağlık sunumu yaparken gerekirse diğer meslek çalışanlarını da harekete geçiren hekimler olduğuna vurgu yapılmıştır (13).

1978 Alma Ata Konferansında '2000 yılında herkese sağlık' hedefi doğrultusunda, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve WONCA 1994 yılında tarihi bir işbirliği gerçekleştirmiştir ve bu konferansın özet bölümünde sağlık sisteminde, tıp mesleğinde, tıp fakültelerinde ve diğer eğitim kuruluşlarında etkili değişiklikler yapılması gerektiğinin ve aile hekiminin kalite, sosyal adalet, düşük maliyet gibi kavramlarda merkezi konumda olması gerektiğinin vurguları yapılmıştır (2).

Yine bu dökümanda; aile hekimliğinin bir disiplin olarak tanımlanması ve bu disiplinin her tıp fakültesinde öğretilmesinin gerekliliği vurgulanmış, aile hekimliği ve diğer branşlar arasında dengenin kurulmasının gerektiği ve aile hekimliği için uzmanlık eğitim programları oluşturulması önerilerinde bulunulmuştur (14).

Aile hekimliğinin tüm sağlık sistemi içindeki merkezi rolünün anlaşılması giderek daha da önem kazanmıştır. Birinci basamaktaki yetki ve sorumluluğun artması, aile hekimlerinin iyi eğitilmiş olması ile sağlık sisteminin olanaklarının daha etkili kullanılabilmesi sağlanmış ve sağlık harcamalarını da azaltmıştır.

Yine WONCA da bu hedefler doğrultusunda 2000 yılında aile hekimliğinin çekirdek yeterliliklerini tanımlamıştır ve aile hekimliğinin iki yönlü

olarak tanımlanması gerektiğini belirtmiştir. Bu bahsedilen iki yön, aile hekimliğinin bir tıp disiplini ve aynı zamanda bir uzmanlık oluşudur (2).

2.b. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Gelişimi

İnsan var olduğu sürece sağlık arayışı hep olmuştur ve bu hizmeti sunan kişiler, kurumlar da beraberinde oluşmuştur. Yıllar içinde artan bilgi sonucu branşlaşmalar artmış, hastalar bir bütün olarak değerlendirilememeye başlamıştır ve aile hekimliği kavramları gündeme gelmiştir (15).

Ülkemizde Cumhuriyete kadar sağlık sunumu vakıflar tarafından gerçekleştirilmiştir. O dönemde sağlık sunumu saray ve askerlere yönelik olarak ilerlemekte idi ve bu yüzden maddi gücü olanlar özel hekimden sağlık hizmeti alıyorlardı. 19. yüzyıl sonlarında sağlık hizmetinin topluma yayılabilmesi için çeşitli adımlar atılmıştır. İlk modern hastane olan Gülhane Askeri Hastanesi ve TBMM ‘nin açılışı ile birlikte ‘Sağlık Bakanlığı’ kurulmuş; Dr.Refik Saydam sağlık bakanı olmuştur. Koruyucu sağlık hizmetlerini ön planda tutan Saydam, bu doğrultuda birçok ilde numune hastaneleri kurmuştur (16).

Daha sonraki sağlık bakanı olan, Dr. Behçet Uz ile, sağlık sunumunu genel sağlık uzmanlarının yaptığı bazı sağlık merkezlerinin açılması planlanmış ancak bu gerçekleştirilememiştir (12).

Birinci basamak adına en önemli adım ise, onu sağlık sisteminin göbeğine yerleştiren ve 1961 yılında kabul edilen ‘Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi’ yasası olmuştur (17).

Yasayı hazırlayan Dr. Nusret Fişek idi. Bu yasanın başarısız olma sebepleri arasında; sağlık ocakları ve diğer sağlık sunucuları arasındaki iletişimsizlik ve bu birimlere yeterli hekim atanmaması, birincil bakım konusunda uzman hekimlerin yetiştirilememesi, finansman kaynaklarının yetersiz olması ve uygulamanın alışlagelmiş sağlık sunumundan farklı olması gibi sebepler bulunmaktadır (12).

Aile hekimliğinin ‘Tababet Uzmanlık Tüzüğü’ne girişi 1983 yılında olmuştur (15).

Ülkemizde ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde kurulmuştur ve 1985'te 3 büyük ilde uzmanlık eğitimi başlatılmıştır (2). Bu eğitimler tıp fakültesi sonrası 3 yıl olarak belirlenmiştir (15).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ülkemize gelmesi hızlı olsa da kurumsallaşma yetersiz kalmıştır. Bize rehber olacak olanlar ise bireylerin sağlık hizmeti alışkanlıkları ve 1871'den beri olan birincil bakım konusundaki kazanımlarımızdır (12).

Bir tıp disiplininin saygınlığı için ve diğerleri arasında yer edinebilmesi için üç unsur çok önemlidir. Bunlardan biri WHO-WONCA konferansında da üzerinde durulan 'bağımsız aile hekimliği örgütü'dür ve TAHUD (Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği) ile bu unsur tamamlanmıştır. Bir diğeri, akademik departmanlardır ve ülkemizde birçok şehirde kurulan anabilim dallarıyla da bu unsur tamamlanmıştır. Üçüncü ve son unsur yapılan araştırmaların yayınlanacağı bir dergidir ve bu dergi de 1997'den beri düzenli yayınlanmakta olan Türkiye Aile Hekimliği Dergisi olmuştur (18).

3. Aile Hekiminin Görevleri

Aile hekimleri bireylerin kendi seçebildikleri, sağlık sistemine giriş kapısıdır ve sistemin merkezi konumundadır. Kapı tutucudur. Bireylerin, sağlık sisteminin hangi basamağında fayda göreceğini belirler, sevk eder ve hastaların kontrollerini düzenler. Kişiyi iletişimi güvene dayalıdır, sadece bireyi değil bulunduğu çevreyi, kültürünü, ailesini ve kişiyi etkileyen daha birçok faktörü birlikte değerlendirerek bu güveni sağlamlaştırır.

Görevleri arasında ;

- Tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri
- Koruyucu sağlık hizmetleri
- Evde sağlık hizmetleri
- Birlikte çalıştığı personelin denetimi ve eğitimi
- Bulunduğu bölgenin sağlıkla ilgili düzenlemeleri

- Toplumun sağlık problemlerinin bildirimleri
- Çevre sağlık problemlerinin bildirimleri
- Gerektiğinde hastaları üst basamaklara sevk etmek ve bu basamaklardan geri dönüşleri inceleyerek hastanın gerekli kontrollerini düzenlemek
- Yapılan uygulamaların kayıt ve bildirimlerini sağlamak bulunur (19).

4. Aile Hekimliğinin Çekirdek Yeterlilikleri

Aile hekimliğinin 6 çekirdek yeterliliği tanımlanmıştır. Bunlar:

1-Birinci basamak yönetimi: Kişilerin sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktası olma, sağlık sunumunu yaparken birinci basamak sağlık çalışanları ve diğer disiplin uzmanlarının hizmetini koordine edebilme ve gerektiğinde hastanın savunuculuğunu yapabilme (9).

2-Kişi merkezli bakım: Bireyin sorunlarıyla ilgilenirken etkili bir hasta-hekim ilişkisi geliştirme ve sağlık hizmetinin sürekliliğini sağlama,tüm bunları yaparken de hastanın özerkliğine saygı gösterme (20).

3-Özgün problem çözme becerileri: Bireyleri değerlendirirken hastalıkların insidans ve prevalanslarını hesaba katma, gerektiğinde acil girişimde bulunma, ayrışmamış hastalıkları yönetme ve bunları yaparken hasta ile işbirliği içinde olma (20).

4-Kapsamlı yaklaşım: Kişilerin birden fazla şikayet, akut ve kronik sorunlarını aynı anda yönetebilme, sadece hastalıkların tedavisiyle değil aynı zamanda sağlığı geliştirme, korunma, rehabilitasyon, bakım gibi hizmetleri de yönetebilme (21).

5-Toplum yönelimli olma: Sadece bireyin değil aynı zamanda elindeki mevcut kaynakları dengeli ve öncelikler doğrultusunda kullanarak toplumun sağlık sunumunu da gerçekteştirme (22).

6-Bütüncül yaklaşım: Hastayı; tecrübelerini, kültürünü, inançlarını, fiziksel durumunu, ruhsal durumunu, çevresini de hesaba katarak bir bütün olarak değerlendirme (23) .

Adı geçen bu çekirdek yeterlilikler şu alanlar üzerinde gerçekleştirilmektedirler:

- Klinik görevler
- Hastalarla iletişim
- Uygulama merkezinin yönetimi.

Çekirdek yeterliliklerin uygulanmasında temel olan 3 özellik ise;

- Bağlamsal: Bireyi değerlendirirken onu, ailesini, toplum ve kültürleri arasındaki bağlantıyı da değerlendirme,
- Tutumsal: Hekimin yetenek, değer ve etiğine dayalı olma,
- Bilimsel: Uygulamaya eleştirel ve araştırmaya dayalı bir yaklaşım gösterme, sürekli öğrenme ve yenilenme ile bunu sürdürmedir (13).

5. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi ve Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1984 yılında başlamıştır ve 2010 yılına kadar eğitimin içeriği, eğitim süresi olan 3 yılın tamamı klinik rotasyon olacak şekilde belirlenmiştir. Daha sonra ise tekrar düzenleme getirilmiş olup klinik rotasyonların süresi 18 aya indirilmiş, kalan 18 ay ise saha eğitimi olacak şekilde yapılandırılmıştır. Saha eğitimi açısından, 2014 yılında Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri kurulmasıyla ilgili mevzuat çıkarılmıştır. Saha eğitimi yapılan diğer kollar ise üçüncü basamak aile hekimliği poliklinikleri ve semt poliklinikleridir (24).

Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri; eğitim aile hekimliği birimlerinden oluşan, eğitici eşliği ve gözetiminde araştırma görevlisi ve aile sağlığı elemanlarıyla klinik eğitimlerin yapılabileceği, birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği kuruluşlardır.

Bu kuruluşlarda gebe-lohusa izlemleri, bebek-çocuk izlemleri, kanser taramaları gibi koruyucu sağlık hizmetleri; aile planlaması, emzirme, beslenme gibi danışmanlık hizmetleri; çeşitli rapor hizmetleri; gezici sağlık hizmetleri ve tedavi edici hizmetler yani aile hekimliğine yönelik hizmetler

verilmektedir. Aynı zamanda bu hizmetlerle beraber aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin saha eğitimisağlanmakta ve akademik çalışmalara olanak tanımaktadır (25).

6. Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları

Aile hekimliğinin sağlık sisteminde merkezi konumda olduğu 2000'li yıllardan itibaren çok daha iyi anlaşılmış, birinci basamak sağlık hizmeti gelişmiş olan ülkelerin ekonomik ve klinik olarak daha başarılı sağlık hizmeti verdiği görölmüştür. Bakıldığında aile hekimliğinin birçok ülkede başarıyla uygulandığı görölebilmektedir (26–28).

6.a. Fransa'da Aile Hekimliği Uygulamaları

Fransa; kişilere verilen sağlık hizmetlerini en iyi konumda tutarken, sağlık harcamalarını da en aza indirmek için birinci basamak sağlık hizmetlerine gereken önemi vermeye, bu önemin anlaşılmasını sağlamaya çalışmıştır. 2000 yılında ise Fransa sağlık sistemi en iyi sağlık sistemi olarak seçilmiştir (29,30).

Fransa'da doktor sayısı 2000 yılından itibaren ciddi azalmış ve buna karşılık ülkede 'genel hekimlere' 'aile hekimliği uzmanı' ünvanı vermek gibi aile hekimliği uzmanlığı sayısını arttıracak çeşitli kararlar alınmıştır. Aile hekimliği tercihi belli bir süre son sıralarda yer almaya devam etmiştir. Bunun sebebi gelir seviyesinin diğer branşlara göre düşüklüğü, tanınmışlığının az olması ve prestij düşüklüğü olarak belirlenmiştir (30–32).

Fransa'da aile hekimliği uzmanlık eğitim süresi 3 yıldır. Eğitim içeriği; 6 ay boyunca klinik rotasyonlar, 2 aile hekiminin yanında staj ve teorik derslerden oluşmaktadır. Aile hekimlerinin özel muayenehane açarak; yan dal eğitimi aldıktan sonra sağlık evlerinde spor hekimi, beslenme hekimi olarak; devlet hastanelerinde sigara bıraktırma, sağlık sigortalarının danışma hekimi olarak çalışma gibi çeşitli seçenekleri vardır (30–32).

Fransa'da aile hekimleri yine olmazsa olmaz toplum sağlığından sorumludur. Hastaların dosyalarını tutmak, aşı takibi, kanser taramaları yine

sorumlulukları arasındadır. Ayrıca hastasının tüm tıbbi bilgi ve girişimleri kendisine mutlaka iletilir ve yine birçok rapor çeşitlerini verebilmektedir (30–32). Daha sonra aile hekimliği reformu ile sağlık hizmetlerini daha etkili sunabilmek ve sağlık harcamalarını azaltabilmek için sevk zinciri benimsenmiştir (30–32).

Fransa'daki doktorların yarısı aile hekimliği uzmanlarından; Türkiye'deki doktorların ise %20'si aile hekimlerinden, bunların da %5'i aile hekimliği uzmanlarından oluşmaktadır. Fransa'da aile hekimi başına ortalama 1000-1500 hasta düşerken, Türkiye'de 3600 hasta düşmektedir. Bu durumda Fransa'da günlük hasta sayısı 25-30 iken, Türkiye'de bunun iki katından fazladır (28).

6.b. İspanya'da Aile Hekimliği Uygulamaları

İspanya'da aile hekimliği uzmanlık eğitimi; rotasyonları ve sağlık merkezlerinde birinci basamak eğitimini içermektedir ve süresi 4 yıldır. Bu süreçte her ay acil servis nöbetleri de olmaktadır. Eğitim boyunca her yıl bir bilimsel araştırma yanında, tez hazırlanması ve sözlü sınavı başarıyla geçmeleri beklenmektedir. Uzmanlık eğitimi sonrası zorunlu hizmet yoktur ve istenilen hastaneye iş başvurusu yapılabilmektedir (33).

İspanya'da ayrıca sevk zinciri sistemi uygulanmaktadır. Türkiye'de ise sevk zincirinin olmaması üst basamaklarda gereksiz yığılmalara neden olmaktadır.

İspanya'da birinci basamak sağlık hizmetleri multidisipliner olarak temel sağlık merkezlerinde, daha geniş ölçekli bir ekip anlayışı içinde sunulmaktadır. Bu durum, kişilerin aile hekimliğine güvenini ve taleplerini arttırmaktadır. Ülkemizde ise birinci basamak hizmetleri aile hekimi ve aile sağlığı elemanı tarafından aile sağlığı merkezlerinde sunulmaktadır (34).

İspanya'da aile hekimi hasta kayıt sayısı ortalama 1500-2000 civarındadır ve günlük başvuru ortalama 40 kişidir. Ayrıca uzmanlık eğitimi almadan birinci basamakta çalışılmamaktadır (33).

6.c. İngiltere’de Aile Hekimliği Uygulamaları

İngiltere’de birinci basamak sağlık hizmetleri kişilerin sağlık sistemine ilk temas noktalarıdır ve aynı anlam ancak farklı bir adlandırma ile ‘genel pratisyenler’ ile yürütülmektedir (35). Ayrıca ülkede yerleşmiş bir sevk sistemi vardır. Yani hastalar ilk olarak genel pratisyenlere başvuru yapmakta, eğer birinci basamak gerekli görürse hasta daha üst merkezlere yönlendirilmektedirler (36).

Ülkede bir genel pratisyende ortalama 3500 hasta kaydı vardır (37). Kişilerin hekimlerini seçebilme hakkı bulunmaktadır. Aynı şekilde genel pratisyen de hastasını seçebilmektedir (35). Hekimler tek başlarına ya da birden fazla hekimle beraber grup halinde de çalışabilmektedirler (38).

6.d. Almanya’da Aile Hekimliği Uygulamaları

Almanya’nın sağlık sistemi incelendiğinde; ülkeler arasında çok önemli bir yerde olduğunu görürüz. Koruyucu hizmetler olarak en çok yöneldiği alan toplumun eğitimi iken; birinci basamak hekimleri hem koruyucu hem de tedavi edici sağlık sunumunu yürütmektedir. Kişiler birinci basamak hekimini seçebilirler ancak 3 ay boyunca tekrar değiştiremezler (39). Kişiler birinci basamaktan itibaren gösterilen yolu izlemezse; yani sevk zinciri dışında kendi istediği kuruma başvuru yaparsa ödeme yapmak zorundadır. Birinci basamak hekiminin sevki ile tedavi basamaklarında ilerlerse herhangi bir ücret gerekmemektedir. Kronik hastalık takibi yine birinci basamak hekimi tarafından yürütülmekte olup; hastanın üst basamağa sevki ve takip aralıkları yine birinci basamak hekimi tarafından düzenlenir (40).

Birinci basamak hekimliğinde; uzmanlık için tıp fakültesinden sonra 5 yıllık eğitim alınması gerekmektedir.

Ayrıca; acil aile hekimlikleri mesai dışı saatlerde hizmet vermeye devam etmektedir (41).

6.e. Hollanda’da Aile Hekimliği Uygulamaları

Hollanda’da bireylere hem koruyucu sağlık hizmetleri hem tedavi hizmetlerini ve aynı zamanda yaşlanan nüfus nedeniyle gereken evde sağlık

hizmetlerini aile hekimi vermektedir (42). Hollanda'nın tümünde sürekli ve kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak için Aile Hekimleri Milli Kuruluşu kurulmuştur ve aile hekimlerinin tamamına yakını bu kuruluşa üyedir. Bireyler istediği aile hekimini seçebilir ancak bir yıldan önce tekrar değiştiremezler (43). Hekim başına düşen ortalama birey sayısı 2300'dür (42).

Aile hekimliği eğitimi ise; 6 yıl tıp fakültesi eğitimi ve sonrasında 3 yıllık mesleki eğitim şeklindedir (43).

7. Birinci Basamakta Klinik Yaklaşım

7.a. Biyopsikososyal Yaklaşım

Aile hekimleri; sağlık hizmet sunumunda bireyleri değerlendirirken hastalık merkezli bir yaklaşım yerine hasta merkezli bir yaklaşım benimserler. Kişileri değerlendirirken onların hayat hikayesini, çevresini, ailesini, davranışsal faktörlerini, sosyal koşullarını da ele alarak değerlendirir. Hastanın hekime gelme sebebi olan şikayetine, bu şikayetin çözümüne, hastanın stres faktörlerinin çok etkisi olduğu unutulmamalıdır (43).

1977 yılında George Engel tarafından tanımlanan biyopsikososyal yaklaşıma göre; bireylerin sorunlarına en iyi cevabı alabilmek için, onları biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerle beraber değerlendirmek gerektiği vurgulanmıştır. Bu model sağlığın korunması ve geliştirilmesi için gereklidir. Mutlu olmak, eğitim fırsatları, iyi bir çevre, iyi bir meslek, güvenlik gibi unsurlar bireylerin sağlığı için çok önemlidir. Hasta tüm bu unsurlarla beraber bir bütün olarak değerlendirildiğinde alınacak klinik yanıt daha olumlu sonuçlanmaktadır (44).

7.b. Ayrışmamış Hastaya Yaklaşım

Aile hekimleri kişilere sunduğu kapsamlı sağlık hizmetini, kendine özgü problem çözme yöntemiyle vermektedir. Birinci basamakta hasta, hekime ayrışmamış hastalıklar ile başvurmaktadır (43). Yani birinci basamak hekimine başvuru semptomları belirsiz, bulgular yetersizdir. Ciddi veya basit bir rahatsızlığın erken bulguları aynı görülebilir ve ayırmak deneyim

gerektirebilir. Tanı koymada hastalığın insidansı önemlidir. Çoğu kişiye kesin tanı konamadan mevcut şikayet kaybolur. Bu durum daha az maliyetlidir ve hastalar memnun kalmaktadır. Birinci basamak hekimi şikayetlerin ciddi bir hastalıkla ilgili olmadığından emin olduktan sonra dışlama yoluyla tanı koymaktadır (45).

Aile hekiminin hastayla ilk temas noktası olması onu çok önemli bir konuma yerleştirmektedir. Çünkü hasta ilk kez bir hekimle karşılaşmakta ve hastanın problemi hiçbir doktorun yorumu, yönlendirmesi olmadan sadece hastanın kendi sunduğu şekilde hekime sunulmaktadır. Bu ilk temasta, hastanın problemi başka bir hekim tarafından ne bir tanı almış ne de sınıflandırılmıştır. Hastanın rahatsızlığı hastanın sunduğu şekildedir ve hastanın dili, dini, kültürü bu sunumda çok önemlidir. Hekimin bu organize olmamış problemleri çözebilmek için hastanın dilini, kültürünü, inançlarını göz önünde bulundurması gerekir (43).

7.c. Hasta Merkezli Yaklaşım

Hekim ve hastalık merkezli yaklaşımdan, hasta merkezli yaklaşıma yönelerek; hastalar kendi rahatsızlıkları için alınacak kararlara dahil edilmiş olup, bunun sonucu olarak kişi memnuniyetini arttırmak, maliyeti düşürmek, sağlığın gelişimini sağlamak amaçlanmıştır (46). Hasta merkezli bakım, biyopsikososyal yaklaşımla yakından ilişkilidir. Daha önceki biyomedikal yaklaşım, kişinin sosyal ve psikolojik durumunu da hesaba katıp hepsini bir bütün olarak değerlendirmede için yetersiz kalmıştır. Hasta merkezli yaklaşımda hastalar hekime rahatlıkla sorularını sorarlar. Hekim, hastalığın onda neler hissettirdiğini, hayatını nasıl etkilediğini anlamaya çalışır. Amacı hastalığı tedavi etmek değil, hastayı tedavi etmektir. Hasta merkezli bakımın bileşenleri arasında; sağlığı korumak ve geliştirmek için hasta ile işbirliği yaparak, onu bir bütün olarak değerlendirmek ve sonuç olarak hekim ile hastanın ilişkisini güçlendirmek yer almaktadır. Hasta merkezli yaklaşımla beraber kaynaklar daha etkili kullanılabilen ve maliyet düşürülmektedir. Gereksiz tetkik ve tedavi olmayıp, hasta memnuniyeti daha yüksek olmaktadır (47).

8. Aile Hekimliğinin Sağlıklı Yaşam Danışmanlığındaki Önemi

Sağlıklı yaşam tarzı; kişilerin sağlığı için gerekli davranışları seçip, düzenleyebilmesidir ve böyle bir yaşam tarzının kronik hastalıklara bağlı mortalite ve morbiditeyi azalttığı bilinmektedir (48). Aile hekimleri kişilere kesintisiz, kapsamlı bir bakım sunarlar; ayrıca bireylere sağlıklı dönemde de danışmanlık vererek sağlık halinin devamlılığını sağlayıp, gelişmesine katkı sağlarlar (2).

Aile hekimleri kişilere sağlık hizmeti sunan en yakın sağlık birimi olduğu, bireylere sürekli bir hizmet sunduğu için ve onları aileleri, kültürleri ile beraber değerlendirebildiği için sağlıklı yaşam konusunda danışmanlık verebilecek en uygun noktadır (4).

Hastalar, aile hekimlerine sağlık danışmanlığı konusunda daha çok güvenmektedir ve bu da branş hekimlerinin danışmanlığından daha etkili bir sağlık danışmanlığı sunulmasını sağlamaktadır. Bu nedenle aile hekimleri beslenme, fizik aktivite, sigara bırakma, kişilerin stresle mücadelesinde onlara destek olabilme gibi konularda danışmanlık verebilmelidir (5,6).

9. Evde Sağlık Uygulamaları ve Aile Hekimliği

Evde sağlık hizmetleri, kronik hastalığı olup sağlık birimine ulaşımında zorluk yaşayan bireylerin buldukları ortamda tıbbi gereksinimlerini karşılamayı hedeflemektedir. Muayene, tetkik ve tedavinin yanı sıra psikososyal destek hizmetlerini de kapsamaktadır (49).

Evde sağlık hizmetlerini yürüten önemli birimlerden biri de aile hekimliğidir ve yaşlanan nüfusla birlikte bu hizmetin önemi daha da artmıştır (50).

Evde sağlık hizmetlerinin kişilere verdiği hizmetler arasında muayene, tetkik, ilaç raporu, konsültasyon, mesane sondası ve nazogastrik sonda uygulama, lavman, pansuman, rehabilitasyon uygulamaları gibi birçok uygulama yer almaktadır (51).

10. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri; daha çok toplum seviyesinde hizmet veren, hastalıklar daha oluşmadan önlemler almayı kapsayan sağlık sunumlarıdır. Hastalığın belirtileri ortaya çıkmadan, tehlikeleri önceden engellemeye çalışan hastalık öncesi hizmetlerdir (52).

Bu hizmetler sadece o hizmeti alan bireyi değil, toplumdaki diğer bireylerde de etki sağlar. Kişiye yönelik ve çevresel olarak ikiye ayrılır:

-Kişiye yönelik hizmetler; bağışıklama, ilaçla koruma, beslenme, aile planlaması, eğitimler, kişisel temizlik gibi hizmet sunumlarını içermektedir.

-Çevresel hizmetler ise; temiz su, atık kontrolü, besin ve barınak temizliği gibi çeşitli hizmet sunumlarını içermektedir.

Tüm bu hizmetlerle, tedavi edici sağlık hizmetlerinden daha ucuz olarak sağlığın korunması sağlanabilir ve bu hizmeti veren en önemli birimlerden biri yine birinci basamak hekimleridir (53).

11. Periyodik Sağlık Muayenesi ve Aile Hekimliği

Herhangi bir şikayeti olmayan kişilere düzenli aralıklarla yapılan, amacı semptomu olmayan kişilerdeki riskleri belirlemek ve erken teşhisle beraber gereken tedbirlerin alınmasını sağlayan işlemlerdir (54). Özellikle doğumdan itibaren hastalarını sürekli ve kapsamlı bir şekilde değerlendiren aile hekimleri periyodik sağlık muayenelerinin merkezinde yer alır. Bu muayeneler; yaş ve cinsiyete özgü değerlendirmeler gerektirmektedir ve bireyleri çevresi, aile ortamı, yaşam standartları gibi faktörleri de göz önüne alarak yani biyopsikososyal olarak değerlendirmeyi gerektirir. Bu yüzden aile hekimleri periyodik sağlık muayenelerinde ön plandadır (55).

Birinci basamak sağlık hizmet sunumunda çok önemli olan bu periyodik değerlendirmeler birincil ve ikincil korumayı kapsamaktadır. Sağlığı koruyup, riskleri belirleme yanında, erken teşhis de bu muayenelerin amaçlarındandır (56).

Periyodik sağlık muayeneleri, gerekli olmayan tetkik ve tedavilerin önüne geçerek daha maliyet etkin bir sağlık hizmet sunumu sağlamaktadır (57).

Birinci basamak hekimlerinin periyodik taramalarda biyopsikososyal yaklaşımının önemi kadar sürekli hizmet vermesinin de önemi büyüktür. Bu hekimler aynı bireyi yılda birkaç defa görürler ve erken teşhis ve danışmanlıklar için birçok fırsat yakalarlar.

Periyodik muayeneler ile sağlıklı halin devamı ve daha da iyileştirilebilmesi, risk değerlendirmesiyle risklerin ortadan kaldırılması, asemptomatik bireylerin erken teşhis edilmesi yanında bir diğer ulaşılmak istenen de bireyleri sağlık problemleri konusunda eğitmektir. Bu muayenelerde uygunsuz tarama testlerinin uygulanması fazladan tetkik yapılmasına yol açarak hem hastayı yorup güvenini sarsabilir hem de harcamaları arttırabilir (56).

Sağlık Bakanlığı'nın rehberinde bireyler periyodik muayeneler için bebeklik ve çocukluk dönemi, erişkinlik dönemi ve geriatric dönem olarak üç gruba ayrılmıştır. Periyodik muayene, fizik muayene ve laboratuvar tetkiklerini içerebildiği gibi sadece kişiye danışmanlık vermeyi de kapsayabilir. Bu adımları yaş, cinsiyet, risk faktörleri belirler. Mortaliteyi arttıran kronik hastalıkların birçoğu; egzersiz yapma, sigarayı bırakma, beslenme değişikliği, alkolü bırakma gibi yaşam tarzı değişiklikleriyle önlenilmekte, bireylerin hayat kalitesi yükseltilebilmektedir. Bu da daha sağlıklı birey, daha sağlıklı toplum demektir.

Ayrıca bu periyodik muayeneler hasta ile hekimin ilişkisini güçlendirdiği gibi üst basamak sağlık kuruluşlarıyla da daha sağlıklı bir bağlantı sağlar.

Periyodik muayenelerde unutulmaması gereken önemli nokta; bu hizmetin amacının gereksiz tetkik yapmak değil, toplum sağlığını geliştirmek için kaynakları daha yerinde ve etkin kullanabilmek olduğudur (58).

12. Birinci Basamakta Kayıt Tutma ve Önemi

Bireylerin hastalıkları ve sağlıkları ile ilgili tüm verilerin kaydedildiği, hastaları yönetebilmek için gereken tüm bilgilerin içinde bulunduğu tıbbi kayıtlar birinci basamak için ayrı bir öneme sahiptir. Sistematik, sürekli ve özenli tıbbi kayıtlar, aile hekiminin sürekli ve kapsamlı bir şekilde değerlendirmesi gereken hastaları için olmazsa olmazdır. Çünkü birinci basamakta takip edilen hastalar eski kayıtlarıyla beraber değerlendirildiğinde istenilen birinci basamak hizmeti verilmiş olur. Kronik hastalıklarda eski ve yeni tıbbi verilerin kıyaslanması olmazsa olmazdır.

Kayıtlar, kaynağa dayalı veya probleme dayalı tıbbi kayıt olarak tutulabilir. Probleme dayalı tıbbi kayıta ön planda olan bireydir ve özellikle kronik hastalıklarda bu çok önemlidir. Bu yüzden birinci basamak hekimliği için bu yöntem daha ön plandadır.

Ayrıca aile hekimince tutulan tıbbi kayıtlarda bir düzen olmalı ve başka bir hekim de kayıtları incelediğinde hasta hakkında bilgi sahibi olabilmelidir. Özellikle ayrışmamış hastalıklarla ilgilenen birinci basamak hekimliğ

inde; sevk, konsültasyon gibi durumlar için yani hekimler arası iletişim için kayıtlardaki düzen ve sistematik çok önemlidir (43).

Tıbbi kayıt tutmanın amaçları arasında; objektif bir şekilde veri toplayabilmek, araştırma yapabilmek için bu verileri depolayabilmek, başvuru nedenlerini bireylerin özelliklerine göre sınıflayabilmek, toplumun sorunlarını da ortaya çıkarabilmek, sağlık hizmet sunumunda kaynaklar ve öncelikleri belirleyebilmek ve yapılan müdahalelerin etkinliğini değerlendirebilmek, ayrıca eksik olan eğitimler için plan oluşturabilmek yer almaktadır.

Tıbbi kayıt tutmaya, geçmişten günümüze bugünkü çağdaş tıp bilimine ulaşmada, özellikle tıp eğitimi alan kişilerin eğitimi için çok önem verilmiştir. Tutulan kayıtlarda başvuru nedeni, yapılan işlem ve sonraki takip süreçleri tıbbi eğitimler için vazgeçilmez olmuştur ve olmaya devam edecektir (59).

Birinci basamakta hekim, ilgilendiği kişinin diğer aile bireyleri ile de

ilgilenir. Birbirlerini nasıl etkilediğini ve aile ortamlarını da hesaba katar. Yani hastasını biyopsikososyal yaklaşımla değerlendirir. Bu yüzden hekim; kayıtlarının içinde aile için de bir dosya oluşturmalıdır. Aile kayıt formu, sorunları, ayrıntılı soy geçmişi bireylere sağlık hizmet sunumunda çok faydalı olacak ve hekimin hastasıyla iletişimini de arttıracaktır (43).

GEREÇ VE YÖNTEM

1. Çalışma Grubu ve Verileri

1.a. Çalışma Grubu

Bu çalışmanın evrenini Bursa Uludağ Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalına bağlı Bursa Nilüfer 36 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'nde yer alan 134, 135 ve 136 No'lu Aile Hekimliği Birimlerine (AHB) kayıtlı hasta kayıtları oluşturmaktadır.

1.b. Çalışma Verileri

Çalışmanın verileri, Hızır Bilişim - Aile Hekimliği Bilgi Sistemi üzerinden retrospektif olarak mevcut hasta dosyaları taranarak edinilmiştir.

2. Örneklem Seçimi

Çalışma grubunu 36 No'lu Ertuğrul Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ndeki üç birime (134, 135, 136 No'lu birimler) Kasım 2019'dan Kasım 2020'ye olmak üzere 1 yıllık sürede herhangi bir nedenle başvuran tüm hastalar ve bu hastaların kayıtları oluşturmaktadır. Her birimden %50'lik bir kesit olacak şekilde ve örneklem için tek sıra no'lu tüm hastaların dosyaları incelenmek üzere rastgele seçim uygulanmıştır. Mükerrer başvuru yapanlar ve hasta dosya kayıtlarında eksiklik olanlar dışlanmıştır.

3. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri ve Çalışmanın Genel Planı

3.a. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

Çalışmaya Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'mize 1 yıllık sürede herhangi bir nedenle başvuran hastalardan, kayıttaki tek sıra no'lu hastalar dahil edilmiştir.

3.b. Çalışmanın Genel Planı

Çalışmamız kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırma olarak planlanmıştır. Kasım 2019-Kasım 2020 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalına bağlı Bursa Nilüfer 36 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 1725 hastanın sosyodemografik verileri, başvuru nedenleri, tanıları, yapılan işlem, verilen danışmanlıklar, kişilerin kronik hastalık durumları, sigara içme durumları ve erişkin aşılama durumları ile ilgili bilgilerin hasta kayıt sisteminden elde edilerek retrospektif olarak incelenmesi planlanmıştır. Çalışmamızda; mükerrer başvuru yapanlar, dosya kayıtlarında eksiklik bulunanlar dışlanmıştır.

4. Etik Kurul Onayı

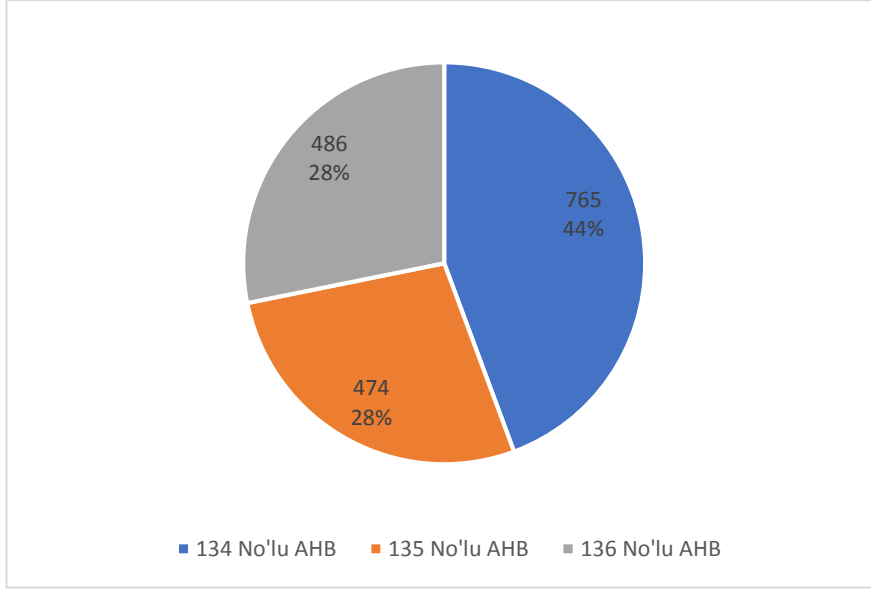
Çalışma öncesi Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan 02.06.2021 tarihinde, 2021-7/39 karar numarası ile onay alınarak; çalışma başlatılmıştır (Ek-1).

5. İstatistiksel Analiz

Tanımlayıcı istatistikler nitel veri için frekans ve yüzde olarak belirtilmiştir. Kategorik verinin analizinde Pearson Ki-kare, Fisher-Freeman-Halton ve Fisher'in Kesin Ki-kare testleri kullanılmıştır. Anlamlılık bulunması durumunda çoklu karşılaştırma testlerinden Bonferroni testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $\alpha=0,05$ olarak belirlenmiştir. Verinin istatistiksel analizi IBM SPSS 23.0 (IBM Corp. Released 2015. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.) istatistik paket programında yapılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya alınan 1725 hastadan 765'i (%44,3) 134 No'lu AHB, 474'ü (%27,5) 135 No'lu AHB, 486'sı (%28,2) 136 No'lu AHB'ne kayıtlı idi (Şekil 1).



Şekil 1: Hastaların kayıtlı olduğu birimler

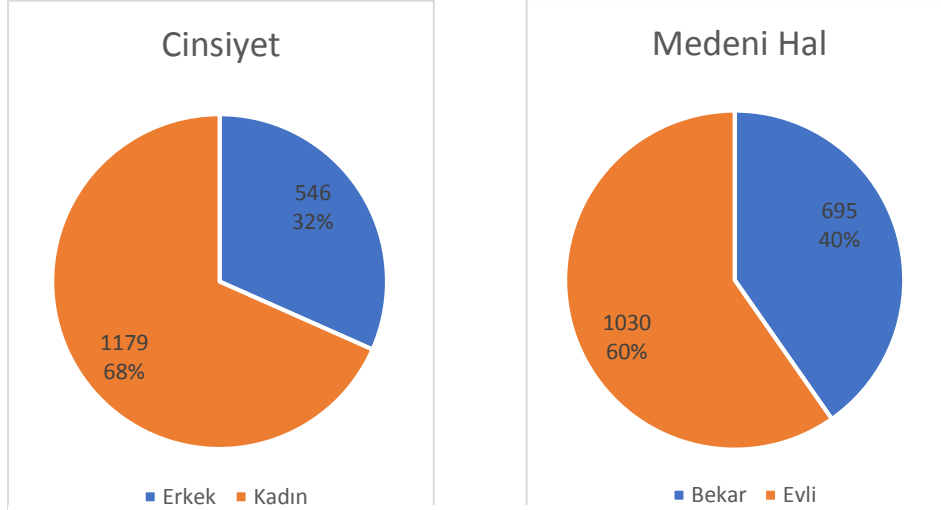
Hastaların yaşları değerlendirildiğinde ortalama yaş $42,94 \pm 20,71$ olup; minimum yaş değeri 0, maksimum yaş 91 iken, ortanca yaş 43,0 idi. Hastalar yaşlara göre gruplandırıldığında 0-4 yaş arası 49 (%2,8), 5-17 yaş arası 189 (%11,0), 18-25 yaş arası 140 (%8,1), 26-65 yaş arası 1065 (%61,7) ve 65 yaş ve üzeri 282 (%16,3) kişi mevcuttu.

Başvuranların %31,7'si (n=546) erkek, %68,3'ü (n=1179) kadındı. Medeni durumlarına bakıldığında başvuranların %40,3'ü (n=695) bekar, %59,7'si (n=1030) evliydi (Şekil 2).

Sigara kullanım durumları incelendiğinde başvuranların 1448'ini (%84,0) sigara kullanmadığını, 277'si (%16,1) ise sigara kullandığını beyan etmişti.

18 yaş ve üzeri hasta grubu erişkin aşılama durumlarına göre değerlendirildiğinde 701'i (%47,3) en az bir kez aşılanmış iken, 782'si

(%52,7) aşılanmamış idi. Katılımcıların sosyodemografik verileri Tablo 1’de mevcuttur.



Şekil 2: Hastaların cinsiyet ve medeni durumları

Tablo1:Çalışmaya katılan kişilerin sosyodemografik verileri

		Kişi sayısı (n)	Oran (%)
Cinsiyet	Erkek	546	31,7
	Kadın	1179	68,3
Medeni Hal	Bekar	695	40,3
	Evli	1030	59,7
Yaş	0-4 Yaş Arası	49	2,8
	5-17 Yaş Arası	189	11,0
	18-25 Yaş Arası	140	8,1
	26-65 Yaş Arası	1065	61,7
	65 Yaş ve Üzeri	282	16,3
Kronik Hastalık Varlığı	Yok	804	46,6
	Var	921	53,4
Sigara Kullanımı	Yok	1448	83,9
	Var	277	16,1
Erişkin Aşılama (18 yaş ve üzeri)	Yok	782	52,7
	Var	701	47,3

Erişkin aşılama yapılan 701 kişiye toplamda 997 aşılama yapılmıştı; yapılan tüm aşıların sıklık sırasına göre %34,2'si (n=341) Konjuge Pnömonokok aşısı (KPA), %32,6'sı (n=325) Tetanoz aşısı (Td), %14,8'i (n=148) Grip aşısıydı. Yapılan aşıların sıklık sırasına göre dağılımı Tablo 2'de görülmektedir.

Tablo 2: Katılımcılara yapılan aşılar

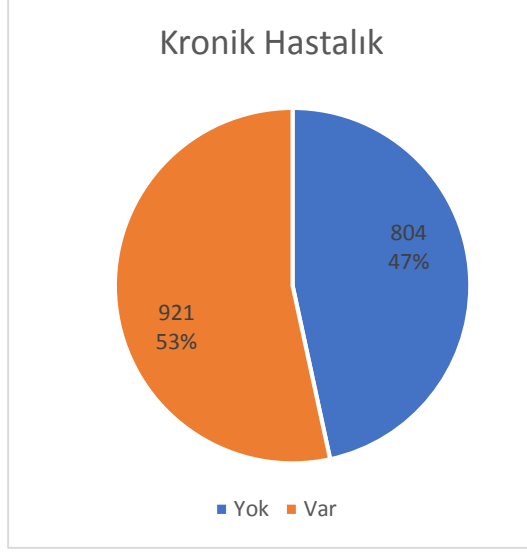
Yapılan Aşılar	Kişi sayısı (n)	Yapılan Aşı Sayısına Oranı (%) *	Aşı Yapılan Kişi Sayısına Oranı (%) **
KPA	341	34,2	48,6
Td	325	32,6	46,3
Grip Aşısı	148	14,8	21,1
Hep B	76	7,6	10,8
Meningokok	46	4,6	6,6
OPA	20	2,0	2,8
Kuduz	24	2,4	3,4
Hep A	11	1,1	1,6
KKK	4	0,4	0,6
HPV	2	0,2	0,3
Toplam	997	100,0	142,0

*: yapılan toplam aşı sayısının yüzdeleri

** : toplam kişi sayısına yapılan aşıların yüzdeleri

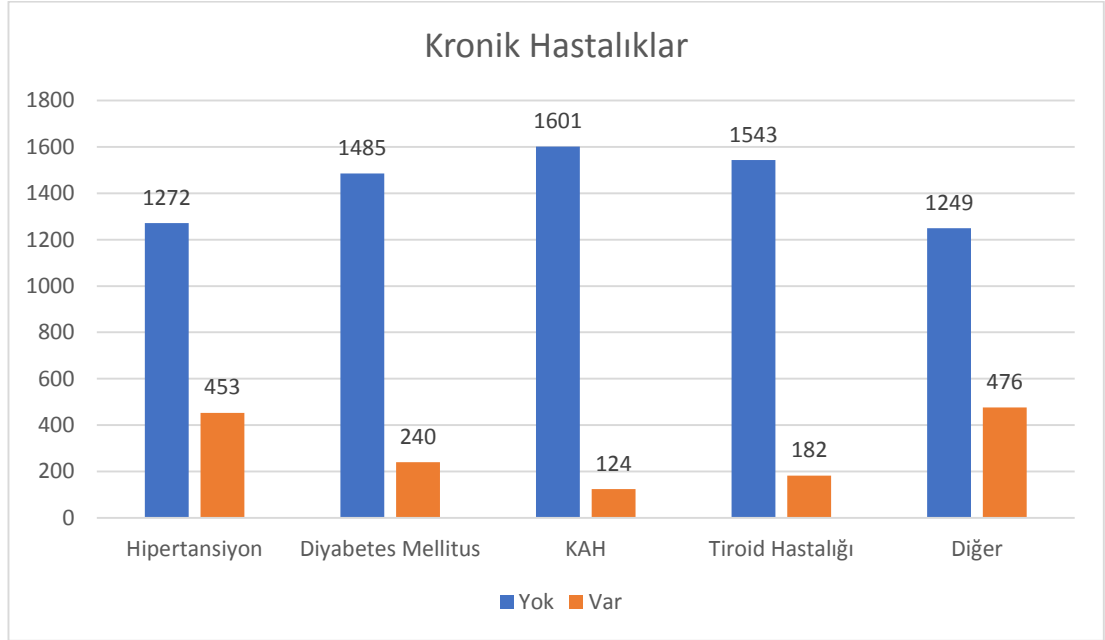
(katılımcılara birden fazla aşı yapıldığı için toplam aşı sayısı kişi sayısından fazla çıkmaktadır.)

Hastaların 921'inin (%53,4) en az bir tane kronik hastalık varlığı mevcut iken, 804'ünün (%46,6) herhangi bir kronik hastalığı yoktu (Şekil 3).



Şekil 3: Hastaların kronik hastalık durumları

Hastaların %14'ünde (n=240) diyabetes mellitus (DM), %26'sında (n=453) hipertansiyon (HT), %7'sinde (n=124) koroner arter hastalığı (KAH), %11'inde (n=182) tiroid hastalığı mevcuttu (Şekil 4).



Şekil 4: Başvuranların kronik hastalıklarının dağılımı

ASM'ye başvuru nedenleri değerlendirildiğinde, en sık başvuru nedeni ilaç yazdırma iken, ikinci sıklıkta ise genel kontrol bulunmaktadır.

Yakınmalar açısından en sık boğaz ağrısı ile başvuru olmuştur. Sıklık sırasına göre başvuru nedenleri aşağıdaki Tablo 3'te görülmektedir.

Tablo 3: Başvuru nedenleri

	Kişi sayısı (n)	Oran (%)
İlaç Yazdırma	378	%21,9
Genel Kontrol	220	%12,8
Boğaz Ağrısı	90	%5,2
Halsizlik	79	%4,6
Kaşıntı	74	%4,3
Öksürük	71	%4,1
Ağrı	60	%3,5
Bel Ağrısı	60	%3,5
Döküntü	56	%3,2
Burun Akıntısı	39	%2,3
Baş Ağrısı	37	%2,1
Sağlık Raporu	37	%2,1
Karın Ağrısı	34	%2,0
İshal	32	%1,9
İdrarda Yanma	31	%1,8
Kabızlık	26	%1,5
Kulak Ağrısı	25	%1,4
Eklem Ağrısı	22	%1,3
Saç Dökülmesi	22	%1,3
Baş Dönmesi	19	%1,1
Hazımsızlık	19	%1,1
Adet Düzensizliği	18	%1,0
Gözde Kızarıklık	17	%1,0
Burun Tıkanıklığı	16	%0,9
Bulantı	15	%0,9
Diğer	228	%13,2
Toplam	1725	%100

Yaş gruplarına göre başvuru nedenlerini incelediğimizde; en sık başvuru nedenleri olan genel kontrol ve ilaç yazdırmak için gelen hastaların çoğunun 26-65 yaş aralığında olduğunu gördük. 0-4 yaş arasında döküntü ve öksürük, 5-17 yaş arasında boğaz ağrısı, 18-25 yaş arasında boğaz ağrısı ve öksürük, 26-65 yaş arasında halsizlik, 65 yaş üzerinde ise ağrı sık görülen başvuru nedenlerinden idi. Yaş gruplarına göre başvuru nedenleri Tablo 4'te görülmektedir.

Tablo 4: Yaş gruplarına göre başvuru nedenleri

		0-4	5-17	18-25	26-65	65 Yaş ve üzeri	Toplam
		Yaş	Yaş	Yaş	Yaş		
İlaç Yazdırma	n	4	6	5	232	131	378
	%*	1,1	1,6	1,3	61,4	34,7	100,0
Genel Kontrol	n	10	28	18	145	19	220
	%*	4,5	12,7	8,2	65,9	8,6	100,0
Boğaz Ağrısı	n	0	21**	12**	55	2	90
	%*	0,0	23,3	13,3	61,1	2,2	100,0
Halsizlik	n	0	4	6	62**	7	79
	%*	0,0	5,1	7,6	78,5	8,9	100,0
Kaşıntı	n	3	9	5	47	10	74
	%*	4,1	12,2	6,8	63,5	13,5	100,0
Öksürük	n	5	16	10	31	9	71
	%*	7,0	22,5	14,1	43,7	12,7	100,0
Ağrı	n	0	3	2	41	14**	60
	%*	0,0	5,0	3,3	68,3	23,3	100,0
Bel Ağrısı	n	0	3	3	44	10	60
	%*	0,0	5,0	5,0	73,3	16,7	100,0
Döküntü	n	6**	9	3	36	2	56
	%*	10,7	16,1	5,4	64,3	3,6	100,0
Burun Akıntısı	n	4	15	4	11	5	39
	%*	10,3	38,5	10,3	28,2	12,8	100,0
Baş Ağrısı	n	0	7	2	25	3	37
	%*	0,0	18,9	5,4	67,6	8,1	100,0
Sağlık Raporu	n	0	4	13	20	0	37
	%*	0,0	10,8	35,1	54,1	0,0	100,0
Karın Ağrısı	n	0	5	7	15	7	34
	%*	0,0	14,7	20,6	44,1	20,6	100,0
İshal	N	2	6	0	14	10	32
	%*	6,3	18,8	0,0	43,8	31,3	100,0
İdrarda Yanma	n	0	2	2	23	4	31
	%*	0,0	6,5	6,5	74,2	12,9	100,0
Kabızlık	n	1	1	8	8	8	26
	%*	3,8	3,8	30,8	30,8	30,8	100,0
Diğer	n	14	50	40	256	41	401
	%*	3,5	12,5	10,0	63,8	10,2	100,0
Toplam	n	49	189	140	1065	282	1725
	%*	2,8	11,0	8,1	61,7	16,3	100,0

*: satır yüzdesi

** : yaş grubu içinde en sık başvuru semptomu

Cinsiyete göre başvuru nedenleri değerlendirildiğinde her iki cinsten de en sık başvuru nedeni ilaç yazdırma iken; ikinci sıklıkta görülen başvuru nedeni yine her iki cinsten genel kontrol olarak bulunmuştur. Cinsiyete göre başvuru nedenleri Tablo 5'te görülmektedir.

Tablo 5: Cinsiyete göre başvuru nedenlerinin dağılımı

		Erkek	Kadın	Toplam
İlaç Yazdırma	n	144**	234**	378
	%*	38,1	61,9	100,0
Genel Kontrol	n	47	173	220
	%*	21,4	78,6	100,0
Boğaz Ağrısı	n	36	54	90
	%*	40,0	60,0	100,0
Halsizlik	n	12	67	79
	%*	15,2	84,8	100,0
Kaşıntı	n	23	51	74
	%*	31,1	68,9	100,0
Öksürük	n	34	37	71
	%*	47,9	52,1	100,0
Ağrı	n	14	46	60
	%*	23,3	76,7	100,0
Bel Ağrısı	n	19	41	60
	%*	31,7	68,3	100,0
Döküntü	n	15	41	56
	%*	26,8	73,2	100,0
Burun Akıntısı	n	21	18	39
	%*	53,8	46,2	100,0
Baş Ağrısı	n	17	20	37
	%*	45,9	54,1	100,0
Sağlık Raporu	n	23	14	37
	%*	62,2	37,8	100,0
Karın Ağrısı	n	7	27	34
	%*	20,6	79,4	100,0
İshal	n	11	21	32
	%*	34,4	65,6	100,0
İdrarda Yanma	n	0	31	31
	%*	0,0	100,0	100,0
Kabızlık	n	6	20	26
	%*	23,1	76,9	100,0
Diğer	n	117	284	401
	%*	29,2	70,8	100,0
Toplam	n	546	1179	1725
	%*	31,7	68,3	100,0

*: satır yüzdesi

** : cinsiyete göre en sık başvuru semptomu

Başvuran hastaların tanı dağılımı değerlendirildiğinde en sık görülen tanı genel tıbbi muayene, ikinci sıklıkta görülen tanı ise akut üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE) olarak bulunmuştur. Tanıların sıklık sırasına göre dağılımı Tablo 6'da görülmektedir.

Tablo 6: Sıklık sırasına göre tanı dağılımı

Tanılar	n *	% **
Z00,0 (Genel tıbbi muayene)	269	15,6
J06,9 (Akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış)	197	11,4
Z01,7 (Laboratuvar muayenesi)	120	7,0
I10 (Esansiyel (primer) hipertansiyon)	118	6,8
D50 (Demir eksikliği anemisi)	74	4,3
K21 (Gastro-özofajial reflü hastalığı)	66	3,8
E11-14 (Diyabetes Mellitüs)	50	2,9
M54,5 (Bel ağrısı)	41	2,4
Z03,8-9 (Şüpheli hastalıklar ve durumlar için diğer gözlem)	39	2,3
B35,9 (Dermatofitoz, tanımlanmamış)	33	1,9
E03 (Hipotiroidizm, diğer)	33	1,9
D51 (Vitamin B12 eksikliği anemisi)	31	1,8
L30 (Dermatit, diğer)	30	1,7
M79,1 (Miyalji)	28	1,6
N39,0 (Üriner sistem enfeksiyonu, yeri tanımlanmamış)	28	1,6
R52,9 (Ağrı, tanımlanmamış)	26	1,5
J30,4 (Allerjik rinit, tanımlanmamış)	25	1,4
E56 (Vitamin eksiklikleri,diğer)	24	1,4
K52,9 (Gastroenterit ve kolit, enfektif olmayan, tanımlanmamış)	24	1,4
Z02 (İdari nedenlere bağlı muayene ve konsültasyon)	23	1,3
K59,0 (Kabızlık)	19	1,1
R05 (Öksürük)	19	1,1
H10 (Konjonktivit)	18	1,0
L50,9 (Ürtiker, tanımlanmamış)	18	1,0
N76,0 (Akut vajinit)	18	1,0
Diğer	354	20,5
Toplam	1725	100

* : kişi sayısı

** : oran

Tanırlar yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde, genel tıbbi muayene 0-4 yaş ve 26-65 yaş arasında en sık konulan tanı olmakla birlikte, 5-17 yaş ve 18-25 yaş arasında en sık konulan tanı akut üst solunum yolu enfeksiyonuydu. 65 yaş üstü en sık konulan tanı ise esansiyel hipertansiyon olmuştur. Yaş gruplarına göre tanı dağılımı Tablo 7'de görölmektedir.

Tablo 7: Yaş gruplarına göre tanı dağılımı

		0-4 Yaş	5-17 Yaş	18-25 Yaş	26-65 Yaş	>65 Yaş
Z00.0 (Genel tıbbi muayene)	n	8 **	36	21	182**	22
	%*	3,0	13,4	7,8	67,7	8,2
J06.9 (Akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış)	n	7	61 **	26 **	90	13
	%*	3,6	31,0	13,2	45,7	6,6
Z01.7 (Laboratuvar muayenesi)	n	4	9	8	93	6
	%*	3,3	7,5	6,7	77,5	5,0
I10 (Esansiyel (primer) hipertansiyon)	n	0	0	0	63	55 **
	%*	0,0	0,0	0,0	53,4	46,6
D50 (Demir eksikliği anemisi)	n	1	4	14	53	2
	%*	1,4	5,4	18,9	71,6	2,7
K21 (Gastro-özofajial reflü hastalığı)	n	2	1	2	47	14
	%*	3,0	1,5	3,0	71,2	21,2
E11-14 (Diyabetes Mellitus)	n	0	0	0	28	22
	%*	0,0	0,0	0,0	56,0	44,0
M54.5 (Bel ağrısı)	n	0	3	2	31	5
	%*	0,0	7,3	4,9	75,6	12,2
Z03.8-9 (Şüpheli hastalıklar ve durumlar için diğer gözlem)	n	0	0	0	13	26
	%*	0,0	0,0	0,0	33,3	66,7
B35.9 (Dermatofitoz, tanımlanmamış)	n	1	4	2	24	2
	%*	3,0	12,1	6,1	72,7	6,1
E03 (Hipotiroidizm, diğer)	n	0	1	0	26	6
	%*	0,0	3,0	0,0	78,8	18,2
D51 (Vitamin B12 eksikliği anemisi)	n	1	0	2	21	7
	%*	3,2	0,0	6,5	67,7	22,6
L30 (Dermatit, diğer)	n	3	6	1	15	5
	%*	10,0	20,0	3,3	50,0	16,7
M79.1 (Miyalji)	n	0	1	0	22	5
	%*	0,0	3,6	0,0	78,6	17,9
N39.0 (Üriner sistem enfeksiyonu, yeri tanımlanmamış)	n	0	5	1	20	2
	%*	0,0	17,9	3,6	71,4	7,1
R52.9 (Ağrı, tanımlanmamış)	n	0	1	1	17	7
	%*	0,0	3,8	3,8	65,4	26,9
Diğer	n	22	57	60	320	83
	%*	4,1	10,5	11,1	59,0	15,3
Toplam	n	49	189	140	1065	282
	%*	2,8	11,0	8,1	61,7	16,3

* : satır yüzdesi

** : yaş gruplarına göre en sık konulan tanı

Başvuranların tanı dağılımı cinsiyete göre değerlendirildiğinde erkeklerde en sık tanı ÜSYE, ikinci sıklıkta görülen tanı ise genel tıbbi muayene olmuştur. Kadınlarda en sık tanı genel tıbbi muayene iken, ikinci sıklıkta görülen tanı ise ÜSYE olmuştur. Tanıların cinsiyete göre dağılımı aşağıdaki Tablo 8’de görülmektedir.

Tablo 8: Cinsiyete göre tanı dağılımı

Tanılar		Erkek	Kadın	Toplam
Z00.0 (Genel tıbbi muayene)	n	85	184**	269
	%*	31,6	68,4	100,0
J06.9 (Akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış)	n	94 **	103	197
	%*	47,7	52,3	100,0
Z01.7 (Laboratuvar muayenesi)	n	20	100	120
	%*	16,7	83,3	100,0
I10 (Esansiyel (primer) hipertansiyon)	n	39	79	118
	%*	33,1	66,9	100,0
D50 (Demir eksikliği anemisi)	n	7	67	74
	%*	9,5	90,5	100,0
K21 (Gastro-özofajial reflü hastalığı)	n	21	45	66
	%*	31,8	68,2	100,0
E11-14 (Diyabetes Mellitüs)	n	15	35	50
	%*	30,0	70,0	100,0
M54.5 (Bel ağrısı)	n	14	27	41
	%*	34,1	65,9	100,0
Z03.8-9 (Şüpheli hastalıklar ve durumlar için diğer gözlem)	n	16	23	39
	%*	41,0	59,0	100,0
B35.9 (Dermatofitoz, tanımlanmamış)	n	14	19	33
	%*	42,4	57,6	100,0
E03 (Hipotiroidizm, diğer)	n	1	32	33
	%*	3,0	97,0	100,0
D51 (Vitamin B12 eksikliği anemisi)	n	8	23	31
	%*	25,8	74,2	100,0
L30 (Dermatit, diğer)	n	7	23	30
	%*	23,3	76,7	100,0
M79.1 (Miyalji)	n	8	20	28
	%*	28,6	71,4	100,0
N39.0 (Üriner sistem enfeksiyonu, yeri tanımlanmamış)	n	1	27	28
	%*	3,6	96,4	100,0
R52.9 (Ağrı, tanımlanmamış)	n	3	23	26
	%*	11,5	88,5	100,0
Diğer	n	193	349	193
	%*	35,6	64,4	35,6
Toplam	n	546	1179	1725
	%*	31,7	68,3	100,0

* :sadır yüzdesi

** : cinsiyete göre en sık konulan tanı

Başvurularda yapılan işlemler değerlendirildiğinde; en sık yapılan işlem reçete yazılması iken, ikinci sıklıkta yapılan işlem ise tetkik istenmesiydi. Yapılan işlemlerin sıklık sırasına göre dağılımı Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9: Başvurularda yapılan işlemlerin sıklık sırasına göre dağılımı

Yapılan İşlem	Kişi sayısı (n)	Oran (%)
Reçete Yazılması	1215	%70,4
Tetkik İstenmesi	399	%23,1
Sevk	43	%2,5
Rapor	36	%2,1
Danışmanlık	30	%1,7
Aşı Uygulaması	3	%0,1
Toplam	1725	%100,0

Başvuru nedenlerine göre yapılan işlemler değerlendirildiğinde; başvuru semptomu boğaz ağrısı, kaşıntı, öksürük olan hastalara en sık yapılan işlem reçete yazma iken; genel kontrol, halsizlikle gelen hastalara en sık yapılan işlem tetkik istenmesiydi. Başvuru nedenlerine göre yapılan işlemlerin dağılımı Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10: Başvuru nedenlerine göre yapılan işlemlerin dağılımı

		Danışmanlık Verildi	Rapor Verildi	Reçete Yazıldı	Sevk Edildi	Tetkik İstendi
Boğaz Ağrısı	n *	0	1	87	1	1
	% **	0,0	1,1	96,7	1,1	1,1
Genel Kontrol	n *	17	0	26	4	173
	% **	7,7	0,0	11,8	1,8	78,6
Halsizlik	n *	0	0	13	0	66
	% **	0,0	0,0	16,5	0,0	83,5
İlaç Yazdırma	n *	2	0	376	0	0
	% **	0,5	0,0	99,5	0,0	0,0
Kaşıntı	n *	0	0	68	0	6
	% **	0,0	0,0	91,9	0,0	8,1
Öksürük	n *	2	1	64	3	1
	% **	2,8	1,4	90,1	4,2	1,4
Diğer Nedenler	n *	9	34	581	35	152
	%**	1,1	4,2	71,5	4,3	18,7
Toplam	n *	30	36	1215	43	399
	% **	1,7	2,1	70,4	2,5	23,1

*: kişi sayısı

** : oran

Çalışmamızda hastalara verilen danışmanlık konuları değerlendirildiğinde en sık verilen danışmanlık beslenme ve diyet düzenlemesi, ikinci sıklıkta verilen danışmanlık ise ilaç kullanımı ve yan etkileri ile ilgiliydi. Danışmanlık konularının sıklık sırasına göre dağılımı Tablo 11'de verilmiştir.

Tablo 11: Danışmanlık konularının sıklık sırasına göre dağılımı

	n *	% **
Beslenme ve Diyet Düzenlemesi	376	21,8
İlaç Kullanımı ve Yan etkileri	224	13,0
Acil Durumlar	190	11,0
Yaşam Tarzı Değişikliği	180	10,4
Sigara Bırakma	84	4,9
İzolasyon Önlemleri	80	4,6
Aşılama	77	4,5
Hijyen Önerileri	75	4,3
Düzenli Kontrol	60	3,5
Tansiyon Takibi	51	3,0
Allerjenden Korunma	48	2,8
Egzersiz	47	2,7
Gebelik İzlem	44	2,6
İstirahat ve Kontrol	43	2,5
Genital Hijyen	34	2,0
Cilt Bakımı	26	1,5
Bebek ve Çocuk İzlemi	20	1,2
Diğer	66	3,8
Toplam	1725	100,0

*: kişi sayısı

** : oran

Yaş gruplarına göre verilen danışmanlık konuları değerlendirildiğinde 0-4 yaş arası en sık verilen danışmanlık acil durumlar, ikinci sıklıkta verilen danışmanlık ise bebek ve çocuk izlemi idi. 5-17 yaş arasında en sık verilen danışmanlık acil durumlar iken, ikinci en sık görülen danışmanlık ise beslenme ve diyet düzenlemesiydi. 18-25, 26-65 ve 65 yaş ve üzeri grupta ise en sık verilen danışmanlık beslenme ve diyet düzenlemesiydi. Yaş gruplarına göre verilen danışmanlık konuları Tablo 12’de görülmektedir.

Tablo 12: Yaş gruplarına göre verilen danışmanlık konularının dağılımı

		0-4 Yaş Arası	5-17 Yaş Arası	18-25 Yaş Arası	26-65 Yaş Arası	>65 Yaş
Beslenme ve Diyet Düzenlemesi	n	6	34	29**	221**	86**
	%*	1,6	9,0	7,7	58,8	22,9
İlaç Kullanımı ve Yan etkileri	n	%3	17	16	154	34
	%*	1,3	7,6	7,1	68,8	15,2
Acil Durumlar	n	16**	36**	22	86	30
	%*	8,4	18,9	11,6	45,3	15,8
Yaşam Tarzı Değişikliği	n	0	4	13	126	37
	%*	0,0	2,2	7,2	70,0	20,6
Sigara Bırakma	n	0	0	6	73	5
	%*	0,0	0,0	7,1	86,9	6,0
İzolasyon Önlemleri	n	0	14	10	40	16
	%*	0,0	17,5	12,5	50,0	20,0
Aşılama	n	1	2	3	42	29
	%*	1,3	2,6	3,9	54,5	37,7
Hijyen Önerileri	n	2	16	5	50	2
	%*	2,7	21,3	6,7	66,7	2,7
Düzenli Kontrol	n	2	14	6	35	3
	%*	3,3	23,3	10,0	58,3	5,0
Tansiyon Takibi	n	0	0	0	32	19
	%*	0,0	0,0	0,0	62,7	37,3
Allerjenden Korunma	n	3	14	4	25	2
	%*	6,3	29,2	8,3	52,1	4,2
Egzersiz	n	0	2	2	36	7
	%*	0,0	4,3	4,3	76,6	14,9
Gebelik İzlem	n	1	0	3	40	0
	%*	2,3	0,0	6,8	90,9	0,0
İstirahat ve Kontrol	n	1	15	5	21	1
	%*	2,3	34,9	11,6	48,8	2,3
Genital Hijyen	n	0	3	3	28	0
	%*	0,0	8,8	8,8	82,4	0,0
Cilt Bakımı	n	3	8	6	8	1
	%*	11,5	30,8	23,1	30,8	3,8
Bebek ve Çocuk İzlemi	n	11	8	0	1	0
	%*	55,0	40,0	0,0	5,0	0,0
Diğer	n	0	2	7	47	10
	%*	0,0	3,0	10,6	71,2	15,2
Toplam	n	49	189	140	1065	282
	%*	2,8	11,0	8,1	61,7	16,3

*: satır yüzdesi

**: yaş gruplarına göre en sık verilen danışmanlık konuları

Başvurularda verilen danışmanlık konularının cinsiyete göre dağılımı değerlendirildiğinde her iki cinste de en sık verilen danışmanlık konusu beslenme ve diyet düzenlemesiydi. Erkeklerde ikinci sıklıkta görülen danışmanlık konusu acil durumlar iken, kadınlarda ikinci sıklıktaki danışmanlık konusu ise ilaç kullanımı ve yan etkileri ile ilgiliydi (Tablo 13).

Tablo 13: Danışmanlık konularının cinsiyete göre dağılımı

		Erkek	Kadın	Toplam
Beslenme ve Diyet Düzenlemesi	n	103**	273**	376
	%*	27,4	72,6	100,0
İlaç Kullanımı ve Yan etkileri	n	58	166	224
	%*	25,9	74,1	100,0
Acil Durumlar	n	72	118	190
	%*	37,9	62,1	100,0
Yaşam Tarzı Değişikliği	n	58	122	180
	%*	32,2	67,8	100,0
Sigara Bırakma	n	39	45	84
	%*	46,4	53,6	100,0
İzolasyon Önlemleri	n	40	40	80
	%*	50,0	50,0	100,0
Aşılama	n	36	41	77
	%*	46,8	53,2	100,0
Hijyen Önerileri	n	30	45	75
	%*	40,0	60,0	100,0
Düzenli Kontrol	n	12	48	60
	%*	20,0	80,0	100,0
Tansiyon Takibi	n	13	38	51
	%*	25,5	74,5	100,0
Allerjenden Korunma	n	25	23	48
	%*	52,1	47,9	100,0
Egzersiz	n	9	38	47
	%*	19,1	80,9	100,0
Gebelik İzlem	n	0	44	44
	%*	0,0	100,0	100,0
İstirahat ve Kontrol	n	19	24	43
	%*	44,2	55,8	100,0
Genital Hijyen	n	1	33	34
	%*	2,9	97,1	100,0
Cilt Bakımı	n	4	22	26
	%*	15,4	84,6	100,0
Bebek ve Çocuk İzlemi	n	11	9	20
	%*	55,0	45,0	100,0
Diğer	n	16	50	66
	%*	24,2	75,8	100,0
Toplam	n	546	1179	1725
	%*	31,7	68,3	100,0

*: satır yüzdesi

** : cinsiyete göre en sık verilen danışmanlık konuları

Başvuranların sigara kullanım durumunu değerlendirdiğimizde; tüm başvuranların %83,9'u (n=1448) sigara kullanmamakta iken; %16,1'i (n=277) sigara kullanmaktaydı. Erkeklerin %80'i (n=437), kadınların ise %85,8'i (n=1011) sigara kullanmamaktaydı. Sigara kullanım durumu cinsiyete göre değerlendirildiğinde cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı (p=0,002) (Tablo 14) .

Tablo 14: Sigara kullanım durumunun cinsiyete göre dağılımı

		Erkek	Kadın	Toplam	p*
Sigara kullanmıyor	n **	437	1011	1448	0,002
	%***	80,0	85,8	83,9	
Sigara kullanıyor	n **	109	168	277	
	%***	20,0	14,2	16,1	
Toplam	n **	546	1179	1725	
	%***	100,0	100,0	100,0	

*: Pearson Ki-kare, **: kişi sayısı, ***: yüzde

Tüm başvurulardaki kronik hastalıklar incelendiğinde hastaların %46,6'sının (n=804) kronik hastalığı yok iken, %53,4'ünün (n=921) kronik hastalığı var idi. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde, erkeklerin %54,2'sinin (n=296) kronik hastalığı yok iken, %45,8'inin (n=250) kronik hastalığı vardı. Kadınların ise %43,1'inin (n=508) kronik hastalığı yok iken, %56,9'unun (n=671) kronik hastalığı vardı. Kronik hastalık durumunun cinsiyete göre dağılımı istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0,001) (Tablo 15).

Tablo 15: Cinsiyete göre kronik hastalık varlığı

Kronik Hastalık					
		Yok	Var	Toplam	p*
Erkek	n **	296	250	546	<0,001
	%***	54,2	45,8	100,0	
Kadın	n **	508	671	1179	
	%***	43,1	56,9	100,0	
Toplam	n **	804	921	1725	
	%***	46,6	53,4	100,0	

*Pearson Ki-kare, **: kişi sayısı, ***: oran

Yaş gruplarına göre kronik hastalık varlığı değerlendirildiğinde; 0-4 yaş grubunun %93,9'unun (n=46) kronik hastalığı yok iken, %6,1'inin (n=3) kronik hastalığı vardı. 5-17 yaş grubunun %92,6'sının (n=175) kronik hastalığı yok iken, %7,4'ünün (n=14) kronik hastalığı vardı. 26-65 yaş arasında kronik hastalığı olanlar %57,7 (n=614) idi. 65 yaş ve üzeri grupta ise kronik hastalığı olanların yüzdesi oldukça fazla olup %95,7 (n=270) idi. Yaş gruplarına göre kronik hastalık durumu değerlendirildiğinde bulunan farklar istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0,001) (Tablo 16).

Tablo 16: Yaş gruplarına göre kronik hastalık varlığı

Kronik Hastalık					
		Yok	Var	Toplam	p*
0-4 Yaş	n **	46	3	49	<0,001
	%***	93,9	6,1	100,0	
5-17 Yaş	n **	175	14	189	
	%***	92,6	7,4	100,0	
18-25 Yaş	n **	120	20	140	
	%***	85,7	14,3	100,0	
26-65 Yaş	n **	451	614**	1065	
	%***	42,3	57,7	100,0	
65 Yaş ve Üzeri	n **	12	270	282	
	%***	4,3	95,7	100,0	
Toplam	n **	804	921	1725	
	%***	46,6	53,4	100,0	

*Pearson Ki-kare, **:kişi sayısı, ***: oran

Sigara kullanım durumu ve kronik hastalık varlığı değerlendirildiğinde sigara kullanan 277 kişinin %56,3'ünün (n=156) kronik hastalığı varken, %43,7'sinin (n=121) kronik hastalığı yoktu. Sigara kullanmayanların ise (n: 1448) %52,8'inin (n=765) kronik hastalığı var iken, %47,2'sinin (n=683) kronik hastalığı yoktu. Sigara kullanım durumu ve kronik hastalık varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. (p=0,159) (Tablo 17).

Tablo 17: Sigara kullanım durumu ve kronik hastalık varlığı

Kronik Hastalık					
		Yok	Var	Toplam	p*
Sigara kullanmıyor	n **	683	765	1448	0,159
	%***	%47,2	%52,8	%100,0	
Sigara kullanıyor	n **	121	156	277	
	%***	%43,7	%56,3	%100,0	
Toplam	n **	804	921	1725	
	%***	%46,6	%53,4	%100,0	

*: Pearson Ki-kare, **: kişi sayısı, ***: oran

TARTIŞMA

Bursa Uludağ Üniversitesi 36 No'lu Ertuğrul Eğitim Aile Sağlığı Merkezi, birinci basamak sağlık hizmeti vermeyi amaçlayan bir kurumdur. Üç birimden oluşmaktadır ve birimlere kayıtlı toplam hasta sayısı 5263'tür. İlk açılan birim 134 No'lu birim olduğu için bu birime kayıtlı hasta sayısı daha fazladır. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini açıklayan yazısında; ülkemizde aile hekimliği uygulamasında her aile hekimine kayıtlı kişi sayısının ortalama 3000 kişi şeklinde planlandığı ve her aile hekimine düşen kişi sayısının azaltılması 2023 yılına kadar belirlenen hedefler arasında olduğu bildirilmektedir (60).

Merkezimize başvuran hastaların yaş ortalaması $42,94 \pm 20,71$ olarak bulunmuştur. Diğer çalışmalara baktığımızda; Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Aile Hekimliği Polikliniklerine başvurularında yaş ortalaması merkezler arası ufak farklar olmakla birlikte ortalama 40 olarak bulunmuştur (61). Düzce'de bir aile sağlığı merkezinde yapılan çalışmada yaş ortalaması benzer bulunmuştur (1). Yine, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran hastalarla yapılan bir çalışmada yaş ortalaması 41,2 olarak bulunmuştur (62). Umurlu Aile Hekimliği'nde ise yaş ortalaması 37,4 olarak hesaplanmıştır (63). Yaş ortalamasında önemli oranda fark olan çalışmalardan; Adana'da yapılan bir çalışmada Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran hastaların yaş ortalaması 21 olarak hesaplanmıştır ve popülasyonun genç olduğu anlaşılmaktadır (64). Hereke Aile Hekimliği Merkezi'nin yaş ortalaması 32,3 ile yine genç bir popülasyona sahip olduğu göze çarpmaktadır (65). Yaş ortalamalarındaki farklılıklar; aile hekimliği merkezlerinin bulunduğu bölge farklılıklarından kaynaklanabileceği gibi, birimlerin özellikle üniversite içi gibi öğrenci ağırlıklı bir konuma sahip olması nedeniyle genç popülasyon ağırlıklı olmasından da kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızdaki başvurular incelendiğinde %68,3 oranla kadın sayısının daha fazla olduğu görülmüştür. Çukurova Üniversitesi'nde yapılan

çalışmada da başvurular arasında kadın sayısının daha fazla olduğu görülmüştür (66). Aynı şekilde Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde yapılan bir çalışmada yine başvuruların %65'inin kadın, %35'inin erkek olduğu görülmüştür (67). Kadın hasta sayısının erkeklere göre fazla olmasının nedenleri arasında; erkeklerin sağlık arayışı için vakit ayıramaması ve bu konuda ihmalkar davranmaları bulunabilir (63). Ayrıca aile sağlığı merkezlerinde üreme sağlığı hizmetlerinin verilmesi ve toplumda bu hizmet ve eğitimlerin sorumluluğunun kadında olduğu algısı başvuru sayısında kadın oranını arttıran sebepler arasında olabilir. Bu algının değiştirilmesi, üreme sağlığı hizmet sunumuna erkeklerin de katılımının artırılması toplum sağlığı açısından önemlidir. Erkeklerin başka herhangi bir nedenle başvurusunda, bu başvuru bir fırsat olarak görülmeli ve üreme sağlığı ilgili bilgilere değinilmelidir (64).

Çalışmamızda başvuru nedenlerini incelediğimizde en sık başvuru nedenleri sırasıyla ilaç yazdırma, genel kontrol ve boğaz ağrısı yakınması olmuştur. Yapılan çalışmaların en sık başvuru nedenlerine bakıldığında; Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniği'nde yapılan çalışmada en sık başvuru nedenleri sırasıyla genel sağlık muayenesi, öksürük ve baş ağrısı idi (62). Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'nde yapılan bir çalışmada ise en sık başvuru nedenleri sırasıyla genel sağlık muayenesi, boğaz ağrısı, öksürük olarak bulunmuştur ve ilaç yazdırma nedeniyle başvuru beşinci sırada yer alarak yine en sık 10 tanı arasına girmiştir (68). Çukurova Üniversitesi'nde yapılan başka bir çalışmada en sık başvuru nedenleri öksürük, ateş ve genel kontrol olarak bulunmuştur (69). Umurlu Aile Hekimliği'nde yapılan çalışmada en sık başvuru nedenleri öksürük, ateş ve baş ağrısı olmuştur (63). Düzce'de yapılan bir çalışmada yine çalışmamızla benzer olarak en sık başvuru nedeni ilaç yazdırma olarak bulunmuş diğer sık başvuru nedenleri boğaz ağrısı, öksürük, ateş olarak belirlenmiştir (1). Bizim çalışmamızda da diğer çalışmalara benzer şekilde üst solunum yolu hastalıkları ile ilgili semptomlarla başvurunun ön planda olmasının bir nedeni de, çalışmaya aldığımız dönemin pandemi dönemine denk gelmesi olabilir.

Çalışmamızda başvuru nedenlerinden ilaç yazdırma ve genel kontrol dışında en sık belirtilen ilk 5 semptom boğaz ağrısı, halsizlik, kaşıntı, öksürük, ağrı olarak belirlenmiştir ve bu durum diğer çalışmalarla benzerlikler içermektedir (1,62,63). Hereke Aile Hekimliği'nde yapılan bir çalışmada en sık başvuru nedenleri arasında ilaç yazdırma ve sevk yaptırma bulunmaktaydı. Bunlar dışında boğaz ağrısı, öksürük gibi solunum yolu semptomları ön sıralardaydı (65). Kocaeli'de yapılmış olan bu çalışmada, ön planda ilaç yazdırma ve sevk yaptırma gibi başvuru nedenleriyle gelinmesinin nedeni ise kurum hekimliği olarak hizmet vermesi olabileceği şeklinde belirtilmiştir (63).

Çalışmamızda hastaların muayene tanılarını incelediğimizde en sık konulan tanı genel tıbbi muayene olmuştur. Üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE), esansiyel hipertansiyon ve demir eksikliği anemisi sık konulan diğer tanılardı. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin beş farklı bölgede yer alan beş aile hekimliği polikliniğinde yapılan çalışmada en sık konulan tanı tümünde üst solunum yolu enfeksiyonu idi (61). Yaş gruplarına göre değerlendirdiğimizde; çalışmamızda 0-4, 18-25, 26-65 yaş gruplarında en sık konulan tanı genel tıbbi muayene; 5-17 yaş arası ise akut üst solunum yolu enfeksiyonu iken, 65 yaş üstünde en sık konulan tanı esansiyel hipertansiyondu. 0-4, 26-65 yaş gruplarında üst solunum yolu enfeksiyonu; 18-25 yaş grubunda ise demir eksikliği anemisi diğer sık görülen tanılardan idi. Tanıların geneline bakıldığında kronik hastalıkların ve bu anlamda en sık görülen hipertansiyonun yaşlı grupta görülmesi, dönemsel faktörlerin etkisiyle genç yaşlarda daha çok üst solunum yolu enfeksiyonu tanılarının görülmesi Sağlık Bakanlığının verileri ile örtüşmektedir. Bu doğrultuda gençlerde enfeksiyöz hastalıklar daha sık iken, yaş arttıkça kronik hastalık görülme oranının arttığı gerçeği ile uyumludur (70).

Düzce'de yapılan bir çalışmada 0-4, 5-14, 15-29, 30-44, 45-59 yaş gruplarının hepsinde en sık görülen tanı akut nazofarenjit - nezle olarak bulunmuştur. 60-69 yaş arasında ise en sık konulan tanı hipertansiyon olmuştur (1). Üst solunum yolu enfeksiyonunun tüm yaş gruplarında ön planda olması ve 65 yaş üstü hasta grubunda ise hipertansiyon tanısının ön

planda olması çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Aynı çalışmada tanıların ilgili olduğu uzmanlık dalları incelendiğinde ilk beşinin sırasıyla KBB, dahiliye, pediatri, FTR ve nöroloji olduğu görülmüştür (1). Çalışmamıza bakacak olursak tanılara göre ilgili olduğu uzmanlık dalları KBB, dahiliye, pediatri, FTR, dermatoloji ön planda görünmektedir.

Bu durum, aile hekimliği uzmanlık eğitiminde klinik rotasyonlardaki eğitimin önemini ortaya koymaktadır. Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun 2017'deki kararına göre rotasyon süreleri 4 ay iç hastalıkları, 4 ay pediatri, 3 ay kadın hastalıkları ve doğum, 2 ay psikiyatri, 1 ay göğüs hastalıkları, 1 ay kardiyoloji, 1 ay acil tıp, 1 ay dermatoloji, 1 ay seçmeli olmak üzere toplam 18 aydır. Kalan 18 ay ise aile hekimliği saha uygulaması şeklindedir. Tababet uzmanlık tüzüğünde (1983 yılı) ise uzmanlık eğitim süresi olan 36 ayın tamamı klinik rotasyonlardan oluşmaktaydı (24).

Yeni düzenlemelerle rotasyon sürelerinin kısalması dezavantaj gibi görünmekte ancak yerine konulan aile hekimliği saha uygulaması aile hekimliğinin bütüncül ve kapsamlı yaklaşım anlayışının kavranabilmesi için olmazsa olmazdır.

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde, klinik rotasyonları daha verimli geçirebilmek için eğitimcilerde de bazı sorumluluklar düşmektedir. Rotasyonlarda verilecek eğitim, daha çok birinci basamak yönelimli ve poliklinik ağırlıklı olmalıdır, ayrıca eğitimcilerde bu konuda bilgilendirme yapılmalıdır (24).

Çukurova Üniversitesi'nde 2007 yılında yapılan bir çalışmada başvurulardaki en sık tanılar hipertansiyon, üst solunum yolu enfeksiyonu, üriner sistem enfeksiyonu olmuştur (69).

Çukurova Üniversitesi'nde Öztekin ve ark. tarafından yapılan bir diğer çalışmada en sık tanılar içinde yine üst solunum yolu enfeksiyonu, hipertansiyon ve idrar yolu enfeksiyonu bulunmaktaydı (66).

Adana'da yapılan başka bir çalışmada yine en sık görülen tanılar arasında üst solunum yolu enfeksiyonları bulunmaktayken; akut bronşit ve idrar yolu enfeksiyonları sık konulan tanılar içindeydi (71).

Umurlu'da yapılan çalışmada en sık konulan tanılar sırasıyla üst solunum yolu enfeksiyonu, hipertansiyon, anemi, diyabetes mellitus olmuştur ve sonuçlar çalışmamızla oldukça benzerdir (63).

Çalışmamızda kronik hastalıklardan en sık konulan tanı esansiyel hipertansiyon olmuştur. Aile hekimliğinin çekirdek yeterliliklerinden kapsamlı yaklaşımın önemine olan ihtiyaç burada tekrar ön plana çıkmaktadır. Hastaların kronik hastalık yönetiminde hastalıkla ilgili bilgi sahibi olmaları ve koruyucu sağlık önlemleri çok önemlidir. Verilecek danışmanlık konuları kronik hastalıkların sıklığına göre şekillenmektedir.

İzmir'de bir aile sağlığı merkezinde yapılan 356 kişilik bir çalışmada hipertansiyon tanılı kişilerin, kendi hastalığı ile ilgili bilgisinin yeterli olmadığı; hastalığını sahiplenmede ve koruyucu sağlık önlemleri konusunda yetersiz kaldığı görülmüştür (72). Kronik hastalık takibinde merkezi konumda olan aile hekimlerine; koruyucu sağlık hizmetleri, nüfusuna verilecek danışmanlıklar ve hastanın hastalığının sorumluluğunu üstlenmesi konusunda önemli görevler düşmektedir.

Çalışmamızı ve benzer çalışmaları incelediğimizde aile hekimliği eğitim müfredatında üst solunum yolu enfeksiyonları, hipertansiyon, anemi, ve diyabetes mellitus gibi hastalıkların yönetimine ait eğitimin ön planda olması gerektiği görülmektedir. Sonuçlardan da anlaşılacağı üzere, kronik hastalık yükü giderek artmaktadır ve özellikle kronik hastalık yönetiminde anahtar rol oynayan aile hekimleri bu konuda donanımlı olmalıdır. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde hipertansiyon, diyabet gibi kronik hastalıkların yönetiminin iyi kavranması gerekmektedir; hastalara verilecek danışmanlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, hastaların düzenli takibi, üst basamaklara konsültasyon ve sevk edilecek durumlar iyi bilinmelidir. Aile hekiminin donanımlı olması, birinci basamak sağlık hizmetlerinde verimi arttıracaktır. Daha iyi bir birinci basamak sağlık hizmeti, tüm sağlık sisteminin kalitesini arttıracak, kaynakların daha verimli bir şekilde kullanılmasını sağlayacaktır.

Çalışmamızda, başvuran hastalara danışmanlık verilen konular incelendiğinde, en sık ilk beş danışmanlık konusu sırasıyla; beslenme ve

diyet düzenlemesi, ilaç kullanımı ve yan etkileri, acil durumlar, yaşam tarzı değişikliği ve sigara bırakma ile ilgiliydi. 0-4, 5-17 yaş grupları arasında en sık verdiğimiz danışmanlık konuları acil durumlar ile ilgili iken; 18-25, 26-65, 65 yaş ve üzeri yaş gruplarında ise en sık verilen danışmanlık konusu beslenme ve diyet düzenlenmesi ile ilgiliydi. Verilen danışmanlık konuları yaş gruplarına, toplumun genel yapısına ve ihtiyaçlarına göre şekillenmektedir. Diyet ve yaşam tarzı değişikliklerinin ileri yaş gruplarında daha ön planda olmasının bir nedeni de kronik hastalık yükünün bu yaş gruplarında daha fazla olması ve bu yüzden birincil koruma amaçlı olarak da bu danışmanlıkların verilme gerekliliği olabilir.

Aydın'da yapılan bir çalışmada hastalara en sık verilen danışmanlık konuları arasında kronik hastalık izlemi, sigara bırakma, diyet, diyet ve egzersiz, acil durumlar yer almaktaydı; yine aynı çalışmada verilen danışmanlıklar yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde bütün gruplarda en sık izlem; 25 yaşından itibaren de ikinci sırada sigara bırakma bulunmaktaydı (73).

Kronik hastalıkların giderek artması ile verilen danışmanlık konuları yakın ilişkilidir. Kronik hastalık izlemi, sigara bırakma, beslenme ve egzersiz gibi danışmanlıklar daha kronik hastalıklar ortaya çıkmadan verilmelidir. Bireyleri sadece tanı koyup tedavi vererek takip etmek yeterli olmadığı gibi böyle bir yönetim aile hekimliğinin ilkelerine uymamaktadır. Aile hekimliğinin var oluş sebeplerinden biri de budur; yani sağlıklılık halinin sürdürülmesine yönelik yaşam süresi boyunca bireyin izlenerek, bir bütün olarak kapsamlı değerlendirilmesidir. Aynı zamanda hastanın eğitimine de önem vererek, hastalığının önlemine ve tedavisine bireyin kendisini de dahil ederek, hasta ve hekim bir ekip çalışması ile bu süreç yürütülmelidir (74,75).

Çalışmamızda, verilen danışmanlık konularından izolasyon önlemlerinin ön sıralarda yer alması çalışmanın yapıldığı dönemin pandemi sürecine denk gelmesi ile ilgili olabilir.

Çalışmamızda yaptığımız işlemler arasında hastaların %70,4'üne reçete yazılmış, %23,1'inden tetkik istenmiş, %2,5'i ise sevk edilmiştir. Yapılan işlemler başvuru nedenlerine göre incelendiğinde; boğaz ağrısı,

kaşıntı, öksürük gibi nedenlerle gelen hastalarda en sık reçete yazılmış olup; genel kontrol, halsizlik gibi nedenlerle gelen hastalarda en sık tetkik istendiği görülmektedir. Çukurova Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada başvurularda yapılan işlemler arasında en sık medikal tedavi bulunmaktadır. Bunu sırasıyla kontrol randevusu verme ve ileri tetkik işlemleri takip etmektedir (69).

Marmara Üniversitesi'ndeki bir çalışmada konsültasyon oranının yüksek olmasının sebebi polikliniğin üniversite içinde olmasına bağlı olabileceği belirtilmiştir (62,69).

Başvuruların sevk edilme oranlarını incelediğimizde; çalışmamızdaki sevk oranı %2,5 olarak bulunmuştur.

Diğer çalışmalardaki sevk oranlarına baktığımızda Umurlu'daki çalışmada %5,2 iken, Mersin'de yapılan bir çalışmada bu oran %17 olarak bulunmuştur (63,76). Adana'da yapılan başka bir çalışmada ise %5,5 olduğu görülmüştür.

Yapılan araştırmaları incelediğimizde sevk oranları genel olarak %10'dan düşük olarak saptanmıştır. Ancak %24 gibi farklı oranlar da bulunmuştur (77–79).

Hereke Aile Hekimliği Polikliniği'nde başvuranların sevk oranının %24,4 olduğu görülmüştür (63,65). Ancak bu kuruma başvuran hastaların geliş nedenlerine bakıldığında sevk isteği önde gelen başvuru nedenlerinden olmuştur ve bu yüzden sevk oranının yüksek olduğu belirtilmiştir. Sevk istemiyle gelen hastalar dışlandığında kalan %6,2'lik sevk yüzdesi araştırmalar ile uyumlu bulunmuştur (65). Bizim çalışmamızda sevk oranlarının düşük olma nedenleri arasında pandemi döneminde hastaların birinci basamak başvurularının azalması, bölgesel farklılıklar ve çalışmaya tüm hastaların dahil edilmemesi olabilir.

Çalışmamızda, başvuranların %16,1'i (n=277) sigara kullanmaktayken, %83,9'u (n=1448) sigara kullanmamaktaydı. Cinsiyete göre dağılıma bakıldığında; erkeklerin %80'i (n=437) sigara kullanmıyordu, %20'si (n=109) ise sigara kullanıyordu. Kadınların %85,8'i (n=1011) sigara kullanmıyordu, %14,2'si (n=168) ise sigara kullanıyordu. Cinsiyetler arası

dağılımda istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı.

Adana'da aile hekimliği polikliniğinde yapılan bir çalışmada sigara kullanım durumu değerlendirildiğinde hastaların %26,9'u sigara içmekte iken, %73,1'i sigara içmiyordu ve çalışmamızla benzer şekilde cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (80).

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'nde yapılan bir çalışmada sigara içenlerin oranı %19,3 ile çalışmamızla benzer şekilde düşük bulunmuştur (81).

Ankara'da bir aile hekimliğinde yapılan başka bir çalışmada başvuranların %37,3'ü (n=66) sigara içmekteyken, %62,7'si sigara içmemekteydi ve cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmuştu (82).

Denizli'de aile sağlığı merkezlerinin kayıtlarıyla yapılan başka bir çalışmada hastaların %30,3'ü (n=365) sigara içmekteyken, %69,7'si (n=838) sigara içmemekteydi (83).

Gerek bizim gerekse diğerleri olmak üzere genel olarak yapılan çalışmalarda erkeklerde sigara içme oranı kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (82,83)

Sigara içme durumlarındaki farklılıklar; araştırmaların bölgesel farklılıklarından, ya da çalışmalardaki sigara içme tanım farklılıklarından kaynaklanabilir. Çalışmamızda sigara içme oranının düşük çıkmasının bir nedeni de çalışmaya başvuruların tümünün dahil edilmemesi olabilir.

Türkiye'de birçok ilde sigara ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır (84–91).

Sigara küresel bir salgındır ve birçok hastalık için önlenemez risk faktörlerinin başını çekmektedir. Hekim olarak hangi branşta olursak olalım hastamızın sigara içme durumunu sorgulamalıyız ve kişiyi sigara bırakma konusunda başvurabileceği kurumlardan (örn; sigara bırakma poliklinikleri) haberdar etmeliyiz. Özellikle sürekli ve kapsamlı hizmet veren aile hekimleri bu konuda önemli bir konumdadır ve aile hekimliğinin çekirdek yeterliliklerine uyan tam bir muayene için sigara bırakma danışmanlığı verebilmek çok önemlidir.

Sigara bırakmada eğitici ve önleyici çalışmalar yapmak için aile

hekimlikleri yine en uygun sahalardır; polikliniklerin bulunduğu bölgelerde bilimsel araştırmalar için veri toplama ve kayıtlar, yapılacak önlem ve müdahaleler için yol gösterici olacaktır (82).

Çalışmamızda başvuranlardan 18 yaş ve üzeri grupta hastaların %47,3'üne (n=701) erişkin aşılama yapılmıştı ve bu kişilere yapılan aşılara bakıldığında en sık yapılan aşi KPA iken, sırasıyla bunu Td ve grip aşısı izlemektedir.

Çanakkale'de yapılan bir çalışmada, çalışmaya alınan 18 yaş ve üzeri kişilerin %47,4'ü erişkin aşi yaptırmıştı ve bu oran çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Aynı çalışmada en sık yapılan aşılar sırasıyla tetanoz aşısı, influenza aşısı ve hepatit B aşısı olarak bulunmuştur. Yine en sık yapılan ilk üç aşi içinde tetanoz aşısı ve grip aşısı bulunması çalışmamızla benzerlik göstermektedir (92).

Konya'da yapılan bir çalışmada hastaların %59'u tetanoz aşısı, %13,4'ü hepatit A aşısı, %28,1'i ise hepatit B aşısı yaptırmışlardır (93).

Bir aile hekimliği polikliniğine başvuran 65 yaş ve üstü kişilerde yapılan bir çalışmada, hastaları %33,94'ü influenza, %9,91'i pnömokok, %1,34'ü tetanoz, %70'i hep B aşısı yaptırmıştır(94).

Antalya'da yapılan bir çalışmada katılımcıların %59'u erişkin aşılama yaptırmış idi ve en fazla yapılan aşi tetanoz aşısı iken, ikinci sıklıkta yapılan aşi ise influenza aşısıydı (95).

Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında erişkin aşılanma oranları %47,7-%59 arasında iken; genel olarak en sık yapılan aşılar arasında tetanoz aşısı ve grip aşısı ön planda görünmekteydi ve çalışmamızın sonuçlarıyla uyumluydu (96-98). Ancak diğer ülkelerde yapılan çalışmalara bakıldığında ise erişkin aşılama, ülkemizde daha düşük seviyede kalmış gibi görünmektedir (99,100).

Erişkin aşılama oranlarının düşük olma sebepleri arasında bireylerin aşi hakkında bilgisinin olmaması, özellikle aşıların yan etki korkusu, faydasının olmadığı düşüncesi olabilir. Yapılan bir çalışmada erişkin aşılamadaki en önemli problemin aşi hakkındaki bilgisizlik olduğu ve bireylerin aşi yaptırmasında en fazla etkili olan şeyin yine bir hekim önerisi

olduğu şeklinde belirtilmiştir (92).

Özellikle aile hekimleri aşı ile ilgili danışmanlık konusunda en ön sıradadır. Başta birinci basamak olmak üzere, tüm hekimler bu konuda bilgili olmalıdır. Tıp eğitiminde aşı ile ilgili eğitimlere önem verilmeli, hastalara verilecek danışmanlık konuları iyi kavranmalıdır.

Çalışmamızda başvuranların kronik hastalıkları değerlendirildiğinde tüm başvuranların %53'ünün kronik hastalığı var iken, %47'sinin kronik hastalığının olmadığı görülmüştür. Hastalar diyabetes mellitus, hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve tiroit hastalığı olup olmamasına göre değerlendirildiğinde; tüm başvuranların %14'ünde diyabetes mellitus, %26'sında hipertansiyon, %7'sinde koroner arter hastalığı, %11'inde tiroit hastalığının olduğu görülmüştür.

Kronik hastalıklar cinsiyete ve yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,001$). Erkeklerin %45,8'inin ($n=250$) kronik hastalığı var iken, kadınların %56,9'unun ($n=671$) kronik hastalığı bulunmaktaydı. HT, DM, KAH ve tiroit hastalıklarının bulunma durumu cinsiyete göre değerlendirildiğinde, cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olan kronik hastalıklar KAH ve tiroit hastalıklarıydı. KAH erkek cinsiyette fazla iken, tiroit hastalıkları kadın cinsiyette fazlaydı. Başvuranların kronik hastalık durumları medeni hallerine göre değerlendirildiğinde, evli olanlarda kronik hastalık olma yüzdesi daha fazlaydı. Bu durum istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$). Kronik hastalıkların kadın cinsiyette daha fazla görülmesi, kadınların yaşam sürelerinin daha uzun olması ile kronik hastalık bulunma olasılığının fazla olması dışında merkeze daha fazla kadın başvurularının olmasından kaynaklanmış olabilir.

Başvuranların medeni hali ve HT, DM, KAH ve tiroit hastalıklarının olup olmama durumuna bakıldığında, evli olanlarda HT ve tiroit hastalıkları görülme oranı daha fazlaydı ve bu durum istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$). Medeni duruma göre elde edilen bu farklılık, bekar kişilerin daha genç yaşlarda olabilmesinden kaynaklanabilir.

Kocaeli Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniği'nde yapılan bir

çalışmada hastaların %67,5'inde kronik hastalık olduğu saptanmıştır. Tüm başvuruların %32,5'inde HT, %10,7'sinde DM, %5,1'inde kalp hastalıkları, %6,1'inde tiroid sorunları olduğu görülmüştür (96).

Bizim çalışmamızla kıyaslandığında kronik hastalıkların yüzdelerik dağılımları benzerlikler içermektedir.

İzmir'de yapılan başka bir çalışmada hastaların %29,7'sinde HT, %20,5'inde DM olduğu görülmüştür (97).

Elazığ'da 60 yaş ve üzerinde yapılan çalışmada kronik hastalığı olanların yüzdesi %56,3 olarak bulunmuştur (98).

Sivas'ta 65 yaş üzerindeki kişilerle yapılan araştırmada kronik hastalığı olanların yüzdesi %78,8 olarak bulunmuştur (99).

Yaşlanan nüfusla birlikte kronik hastalık yükü artmakta ve bu durum sağlık maliyetlerini arttırmaktadır. Ülkemizde yapılan araştırmaların sonucuna göre dört kişiden birinin kronik hastalığının bulunduğu görülmüştür (100)

Bulduğumuz yüzyılın kronik hastalıklarla baş edebilme çağı olduğu artık kabul edilen bir gerçektir (101).

Ülkemizdeki sağlık harcamaları incelendiğinde 1999 yılında ortalama 4 milyar TL olan harcamalar, 2013 verilerinde ortalama 84 milyar TL olarak bulunmuştur. Bu artıştaki önemli unsurlardan birinin kişilerin 'sağlık hizmet kullanma eğilimleri' olduğu belirtilmiştir (100).

Kronik hastalığı bulunanların üçüncü basamak sağlık hizmetlerini, kronik hastalığı bulunmayanların birinci basamak sağlık hizmetlerini tercih etme oranları daha yüksek bulunmuştur. Tanısı konan kronik hastalıkların gerektirdiği periyodik takip birinci basamakta yapılmalıdır. Bu takiplerin üçüncü basamakta yapılması sağlık hizmet maliyetini gereksiz arttırmaktadır (100).

Kronik hastalıklara baktığımızda önlenemez risk faktörleri yanında, birçok önlenemez risk faktörlerinin olduğunu görmekteyiz. Sigara, hareketsiz yaşam, kötü beslenme bunlardan bazılarıdır ve kronik hastalıkların hayat kalitesi üzerine etkisi, toplumsal yükü ve maliyeti düşünüldüğünde hayat tarzı değişiklikleri olmazsa olmazdır. Kronik hastalıkların bir diğer önemli özelliği de tedavi sorumluluğunun hasta ile paylaşılmasının gerektiği ve hasta

eğitiminin tedavi başarısında çok önemli olduğudur (101).

Sürekli ve kapsamlı bakım veren aile hekimleri hastasının hastalığı ile ilgili eğitimleri ve gerekli yaşam tarzı değişiklikleri ile ilgili danışmanlıkları her fırsatta vermelidir.

Çalışmamızda ve yapılan araştırmalardan anlaşılacağı gibi kronik hastalıklar sağlık sistemimizin üzerinde ciddi bir yük oluşturmaktadır. Toplumdaki kronik hastalık yükünü ve var olan kronik hastalıkların maliyetini azaltabilmek, toplumun hayat kalitesini arttırabilmek, güçlü bir birinci basamakla mümkündür.

Bu nedenle aile hekimliği uzmanlık eğitiminde kronik hastalık takibine önem verilmeli, hastalığın sadece tanı ve tedavisini değil; hastanın nasıl eğitileceğini, gerekli yaşam tarzı değişikliklerini hastaya aktarabilmeyi, komplikasyonlarını yönetebilmeyi; yani hastayı kapsamlı değerlendirebilmeyi kavramalıyız.

Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında; hasta dosyalarındaki verilerin eksikliği, çalışmanın pandemi dönemini kapsamaması, mükerrer başvurusu olan hastaların çıkarılması bulunmaktadır. Ayrıca çalışmanın yapıldığı dönemin Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'mizin henüz yeni açıldığı yıllara denk gelmesi de kısıtlılıklar arasında sayılabilir.

Sonuç olarak; birinci basamakta hasta profili tanınmalı, kayıtlar iyi tutulmalıdır. Hasta kayıtları hem eğitim açısından yol gösterici olacak hem de hastalara daha etkili bir sağlık hizmet sunumu sağlanabilecektir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Eğitim aile sağlığı merkezimize yapılan başvuruları incelediğimiz çalışmamızda, başvuru nedenleri arasında en sık görülenler sırasıyla ilaç yazdırma, genel kontrol ve boğaz ağrısıydı. En sık görülen tanılar ise sırasıyla genel tıbbi muayene, akut üst solunum yolu enfeksiyonu ve laboratuvar muayenesiydi. Başvuru nedenleri ve tanılara bakıldığında çalışmamızda; özellikle ilk temas noktası olan, sürekli ve kapsamlı bakım veren; bireyin sadece tanı ve tedavi değil aynı zamanda periyodik izlemlerini de üstlenen aile hekimliği uygulaması ile uyumlu sonuçlar çıkmıştır.

Hastaların kronik hastalıklarını incelediğimizde başvuranların yarısından fazlasında en az bir kronik hastalık olduğunu gördük ve özellikle HT ve DM başlıca hastalıklardı. Çağımızın ciddi bir problemi olan kronik hastalıklarla mücadelede birinci basamak sağlık hizmetleri ön plandadır. Kronik hastalık yönetiminde bireyin eğitimi ve periyodik takibi olmazsa olmazdır, bu yüzden hastasını kapsamlı bir şekilde değerlendiren aile hekimleri kronik hastalık takibinde merkezi konumdadır. Tıp eğitiminde kronik hastalık takibini ve hastaya verilecek danışmanlık konuları iyi kavranmalıdır. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde klinik rotasyonlara gerekli önem verilmeli; ayrıca ilgili branşın eğitici de bu konuda bilgilendirilmelidir, branş eğitimi aile hekimliğinin ihtiyaçlarına yönelik olmalıdır.

Çalışmamızda verilen danışmanlık konularına baktığımızda en sık verilen danışmanlık, beslenme ve diyet düzenlenmesi hakkında iken, ikinci sıklıkta ilaç kullanımı ve yan etkileri ile ilgiliydi. Yaşam tarzı değişimi, sigara bırakma da yine ön sıralarda yer alan danışmanlık konularıydı. Verilen danışmanlıkların dağılımı koruyucu hekimlik uygulaması ile uyumlu bulunmuştur. Bireyi bütüncül olarak değerlendirebilmek ve aile hekimliğinin çekirdek yeterliliklerine uyan bir birinci basamak için hastaya verilecek danışmanlıklar olmazsa olmazdır.

Erişkin aşılama durumuna baktığımızda, ülkemizde yapılan çalışmalardaki erişkin aşılama oranlarıyla benzer bulunmuştur. Çocukluk

çağı aşılamlarına göre geride kalan erişkin aşılama için aile hekimi olarak verilecek danışmanlık çok önemlidir. Bireyler, bu konuda özellikle hekim önerisini dikkate almaktadırlar, dolayısıyla sürekli irtibat halinde olduğu aile hekimlerine bu konuda önemli sorumluluklar düşmektedir.

Çalışmamızın sonuçlarına göre aile hekimliği uzmanlık eğitiminde kronik hastalık yönetimine, hastalara vereceğimiz danışmanlık konularına ayrı bir önem verilmelidir. Aile hekimleri olarak hastaların periyodik izlemine sürdürmeli ve diğer branşlarla arasında köprü oluşturmalıyız.

Ayrıca; kaliteli ve yeterli bir sağlık hizmeti için birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemini bilmeli; daha iyi bir birinci basamak hizmeti için aile hekimliği uzmanlık eğitimine gereken özeni göstermeliyiz.

KAYNAKLAR

1. Yılmaz M, Mayda AS, Yüksel C, et al. Bir Aile Hekimliği Merkezi'ne Başvuran Hastalara Konulan Tanılar. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Dergisi 2013;2(3):7–13.
2. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, et al. Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007; 27(3): 412-8
3. Saatçi E, İnan M, Akpınar E. Adana'dan Bir Aile Hekimliği Örneği. Türkiye Aile Hekim Dergisi 2006;10(1):20–4.
4. Görpelioğlu S. Sağlıklı yaşam tarzı ve davranış değişikliği. Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi 2009;1:36–41.
5. Oberg EB, Frank E. Physicians' health practices strongly influence patient health practices. J R Coll Physicians Edinb 2009;39(4):290–1.
6. Frank E, Breyan J, Elon L. Physician disclosure of healthy personal behaviors improves credibility and ability to motivate. Arch Fam Med 2000;9(3):287–90.
7. Aile Hekiminin Tanımı. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi> Erişim tarihi: 16.07.2021.
8. Öztürk H, Ünlüoğlu İ. Aile hekimliği tarihinde yeni bir belge; evde bakım ve aile hekimliği teşkilatlarının kurulmasına yönelik öneriler. Türk Aile Hekim Derg 2020;24(3):146–52.
9. The European definition of General Practice/Family Medicine. WONCA Europe Office Publication; 2002.
10. Başak O, Saatçi E. Aile Hekimliği Avrupa Tanımı. Türkiye Aile Hekimleri Uzm Derneği Yayınları 2011;4:1–48.
11. Akdeniz M, Ungan M, Yaman H. Family Medicine: A Contemporary Health Care Provision System. GeroFam-A Peer Rev Evidence-Based Gerontol Fam Pract J 2011;1:15–27.
12. Çağlayaner H, Saatçi E. Development of a profession: General practice - specialization - family practice. Türkiye Aile Hekim Derg 2008;12(2):95–103.
13. Allen J, Heyrman J. Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı. Başak O, editor. Ankara: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları; 2002.
14. WHO-WONCA Konferansı, Aile Hekiminin Katkısı, Kanada. 1994; Giriş ve sayfa 3.
15. Akdeniz M, Ungan M, Yaman H. The Development of Family Medicine as a Discipline in Turkey. GeroFam-A Peer Rev Evidence-Based Gerontol Fam Pract J 2011;1(1):29–40.
16. Şeyda Ç, Doğancaç Ç. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve sağlıkta dönüşüm programı. Sağlık Yönetimi Derg 2017;1(1):48–57.
17. Beriat GK, Ungan M, Özkan S. Evaluation of Hearing in Elderly Patients. GeroFam-A Peer Rev Evidence-Based Gerontol Fam Pract J 2011;(1):111–6.
18. Selçuk EB, Eray İK. Dünyada ve Türkiye'de Aile Hekimliğinin Gelişimi.

- Bozok Tıp Derg 2011;1(3):29–33.
19. Ersoy E, Saatçi E. Türkiye'de aile hekimliğinin gelişimi ve sağlık çevrelerine etkileri. Ünalın PC, editör. Ülkemizde Aile Hekimliğinin Sağlığın Geliştirilmesine Katkısı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020. p.6-13.
 20. Ak M. Akademik Bir Disiplin Olarak Aile Hekimliği. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg 2010;17(4):403–5.
 21. Güldal D, Günvar T, Mevsim V, Kuruoğlu E, Yıldırım E. Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri hastaların beklentileri ile uyuşmakta mıdır? Türkiye Aile Hekim Derg 2012;16(3):107–12.
 22. Akdeniz M, Ungan M, Yaman H. Aile Hekimliği: Çağdaş bir Sağlık Hizmeti Sunma Biçimi. GeroFam 2010;1(1):15–28.
 23. Çaylan A. Aile Hekimliğinde Bütüncül Yaklaşım. Türkiye Klinikleri 2016;7(6):26–8.
 24. Uğurlu M, Üstü Y. The Process of Family Medicine Specialty Training and Points to be Improved. Ankara Med J 2018;18(1):123–8.
 25. Eğici MT, Gökseven Y. 'Educational Family Health Centers' in Family Medicine Resident Training Experience of Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital. Türkiye Aile Hekim Derg 2019;23(4):165–75.
 26. Word L. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. Soc Int Dev 2004;47(2):159–61.
 27. Cathcart G. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Int J Dent Hyg 2007;5(4):250–2.
 28. Baran ÇK, Üstü Y, Öztaş Ö. Fransa'da Aile Hekimliği Uygulaması ve Eğitimi: Türkiye Modelinin İncelenmesi. Ankara Med J 2015;15(3):153–60.
 29. World Health Organization. (2000). The World health report : 2000 : health systems :improving performance. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42281> erişim tarihi: 17.10.2021.
 30. Anell A, Willis M. International comparison of health care systems using resource profiles. Bull World Health Organ 2000;78(6):770–8.
 31. Rochaix L, Xerri B. National Authority for Health: France. Issue Brief (Commonw Fund) 2009;58(1):1–9.
 32. Dormont B, Geoffard P-Y, Tirole J. Refonder l'assurance-maladie. Notes Du Cons d'analyse Économique 2014;12(2):1–12.
 33. Çopurlar C, Öztürk Y. A Preconference Exchange Experience in Spain. Turkish J Fam Med Prim Care 2014;8(4):133–9.
 34. Whitehead M, Dahlgren G. What can be done about inequalities in health? Lancet 1991;338(8774):1059–63.
 35. Akman E. Türkiye ve İngiltere Sağlık Sistemleri: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Karşılaştırması. Usaysad Derg 2020;6(2):303–16.
 36. Dolton P, Pathania V. Can increased primary care access reduce demand for emergency care? Evidence from England's 7-day GP opening. J Health Econ 2016;49:193–208.
 37. Doç Y, Oral Aİ. ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortası Programları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme. Sos Bilim Derg 2002;3:61–78.

38. Ayhan Başer D, Kahveci R, Koç M, et al. Etkin Sağlık Sistemleri İçin Güçlü Birinci Basamak. Ankara Med J 2015;15(1):26–31.
39. Nüket Kırıcı Çevik, Onur Yüksel. Türkiye, Almanya ve Hindistan Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz. Balk J Soc Sci 2019;8(16):209–18.
40. Ataç Ö, Sur H. Sağlık Sistemleri-1: Almanya ve Birleşik Krallık. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Derg 2016;40:60–5.
41. Kavukcu E, Burgazlı KM. Almanya'da Aile Hekimliği Uygulamalarına Finansal Verilerle Güncel Yaklaşım. Turkish Fam Physician 2011;2(2):1–4.
42. Kılıç T. e-Sağlık, İyi Uygulama Örneği; Hollanda. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg 2017;6(3):203–17.
43. Aile Doktorları İçin Kurs Notları. Ankara, 2004 73-145
44. İlman E, Baha BE. Sağlık Yönetimi Bölümü Öğrencilerinin İşsizlik Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Örneği. Türkiye Aile Hekim Derg 2019;4:50–7.
45. Rakel RE, Rakel D P. Textbook of Family Medicine. 9th edition. Philadelphia: W.B. Saunders, 2015;43:3-25.
46. Erdoğan M, Kırılmaz H. Hasta Merkezilik ve Hasta Merkezli Bakım. İnsan ve İnsan Derg 2020;7(24):97–126.
47. Şahin G, Artıran İF. Hasta Merkezli Bakım-Ortak Karar Alma Süreci ve Kalite. Türkiye Klin Fam Med Top 2014;5(3):38–43.
48. Genç F, Yeşilyurt G, Eroğlu G, et al. Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışlarının Belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg / Gümüşhane Univ J Heal Sci 2015;4(1):15–27.
49. Karaman D, Kara D, Atar NY. Evde Sağlık Hizmeti Verilen Bireylerin Hastalık Durumlarının ve Bakım İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi: Zonguldak Örneği. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg / Gümüşhane Univ J Heal Sci 2015;4(3):347–59.
50. Altuntaş M, Yılmaz TT, Güçlü YA, Öngel K. Home Health Care Service And Recent Applications in Turkey. J Tepecik Educ Res Hosp 2010;20(3):153–8.
51. Aslan Ş, Uyar S, Güzel Ş. Evde Sağlık Hizmetleri Uygulamasında Türkiye. Sos Araştırmalar ve Yönetim Derg 2018;(1):45–56.
52. Basan NM, Bilir N. Koruyucu sağlık hizmetlerinde önleme çelişkisi ve nedenleri. TAF Prev Med Bull 2016;15(1):44–50.
53. Çetin P. Türkiye'de koruyucu sağlık hizmetlerinin AB kriterleri açısından Bursa sağlık kurumları örneğinde incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. Beykent Üniversitesi, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı 2015
54. Sözen F, Aydemir S, Kut A. The awareness of patients regarding periodical health examination within a sample from a university hospital. Türkiye Aile Hekim Derg 2015;19(3):112–21.
55. Burgut E, Anber N, Akpınar E, Bozdemir N. Periyodik Sağlık Muayenesi. aktd 2007;16(1):1–15.
56. Akdeniz M, Aşık Z, Yaman H. Periyodik Sağlık Muayenesi. GeroFam 2010;1(1):69–84.

57. Üstü Y, Uğurlu M. Periyodik Sağlık Muayenesi Örnekleri. Ankara Tıp Derg 2017;17(4):284–92.
58. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri. Ankara, 2015. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Toplum_Sagligi_Hizmetleri_ve_Egitim_Db/Dokumanlar/rehberler/psm_2019.pdf erişim tarihi: 08.05.2022.
59. Turanlı A. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kayıtların Kullanımı ve Sağlık Personelinin Karşılaşılan Güçlüklerle İlişkin Görüşleri. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. Marmara Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği - 1998
60. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/birinci-basamak-saglik-hizmetleri.html> erişim tarihi: 17.06.2022.
61. Fidancı İ, Eren ŞÜ, Arslan İ, Tekin O. Aile Hekimliği Poliklinik Hastalarının Son 3 Yıl Retrospektif Değerlendirilmesi. Konuralp Tıp Derg 2016;8(3):151–7.
62. Ünal PC, Uzuner A, Çifçili S, Akman M, Kaya AÇ. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğinin Sağlık Hizmeti Sunduğu Aileler. Marmara Med J 2009;22(2):90–6.
63. Şensoy N, Okay B, Gemalmaz A. Umurlu Aile Hekimliği Merkezi'nde Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Profili: Aile Hekimliği Alan Eğitimi Gereksinimini Ne Ölçüde Karşılıyor? Med J Kocatepe 2009;10(1):49–56.
64. Özmen Ö. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Polikliniği'nin 2007 Yılı Çalışmalarının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Adana. Çukurova Üniversitesi, Aile Hekimliği -2010
65. Topallı R, Topsever P, Filiz TM, Ciğerli Ö, Görpelioğlu S. Hereke Aile Hekimliği Merkezi 2001 Yılı Başvuru Nedenleri ve Yapılan Sevklerin Değerlendirilmesi Türk Aile Hekim Derg 2003;7(1):18–22.
66. Öztekin Ö. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'nin 2003 Yılı Hasta Kayıtlarının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Adana. Çukurova Üniversitesi, Aile Hekimliği -2009
67. Ertürk NT, Süt N, Sipahioğlu F. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne Başvuran Hastaların 3 Yıllık Profili. Cerrahpaşa Tıp Derg 2004;35:115–21.
68. Oktay G, Tetikçok R, Çeltek NY, Ünlü U. Aile Hekimliği Hasta Profiline Retrospektif Bir Bakış. Smyrna Tıp Derg 2016;2:7–12.
69. Uz LR. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi –ATO Yalım Erez Sağlık Merkezi Aile Hekimliği Polikliniği'nin 1999 Yılı Çalışmalarının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Adana. Çukurova Üniversitesi, Aile Hekimliği -2007
70. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Kronik Hastalık İzlemi Saha Uygulama Çalışması (İstanbul, Ankara, Erzurum). <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/> erişim tarihi: 13.06.2022.
71. Zorba H, Sütölk Z, Akbaba M, Demirhindi H, Özdener N. Adana

- Doğankent Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesindeki Okullarda Çevre Sağlığı Durumunun Değerlendirilmesi. TR Dizin 2007;17(1):27–31.
72. Atila D, Kılıç Öztürk Y, Çalıkoğlu EO, Barışık V. Bir Aile Hekimliği Birimine Başvuran Hipertansiyon Tanılı Bireylerin Hastalıkla İlişkili Bilgi Düzeyi ve Tutumları. J Med Palliat Care 2021;2(3):66–70.
 73. Gökçe E. Bir Üniversite Aile Hekimliği Polikliniğinin Hasta Profili ve Başvuru Nedenleri. Uzmanlık Tezi, Aydın. Adnan Menderes Üniversitesi, Aile Hekimliği -2015.
 74. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. Br Med J 2000;320:569–72.
 75. Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, et al. Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği. Turkish J Fam Med Prim Care 2012;6:13–21.
 76. Buğdaycı R, Şaşmaz T, Kurt AÖ, et al. Kent Merkezinde Bulunan Bir Sağlık Ocağına 2000 Yılı İçinde Yapılan Poliklinik Başvurularının İncelenmesi. TR Dizin 2002;12(1):51–6.
 77. O'Donnell CA. Variation in GP Referral Rates: What Can We Learn From The Literature? Fam Pract 2000;17(6):462–71.
 78. Forrest CB, Nutting PA, Starfield B, Von Schrader S. Family physicians' Referral Decisions: Results From The ASPN Referral Study. J Fam Pract 2002;51(3):215–22.
 79. Tabenkin H, Oren B, Steinmetz D, Tamir A, Kitai E. Referrals Of Patients By Family Physicians To Consultants: A Survey Of The Israeli Family Practice Research Network. Fam Pract 1998;15(2):158–64.
 80. Özşahin K, Ünsal A, Erdoğan F, et al. Sigara Bırakma Üzerinde Etkili Faktörler: Aile Hekimliği Poliklinik Hastaları Üzerinde Bir Çalışma. TSK Koruyucu Hekim Bülteni 2007;6(3):181–6.
 81. Kara S, Arslan B, Mergen H, Öngel K. Aile Hekimliği Polikliniklerinde Kardiyovasküler Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. Tepecik Eğit Hast Derg 2012;22(3):163–9.
 82. Uysal Z, Hatipoğlu E. Bir Hastanenin Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Sigara İçme Durumları: Ankara Örneği. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Derg 2018;9(34):81–9.
 83. Baer S, Hacıolu M, Evyapan F, et al. Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkinlerin Sigara İçme Özellikleri. Toraks Derg 2007;8(3):179–84.
 84. Çelepkolu T, Atli A, Palancı Y, et al. Sigara Kullanıcılarda Nikotin Bağımlılık Düzeyinin Yaş ve Cinsiyetle İlişkisi: Diyarbakır Örneği. Dicle Tıp Derg 2014;41(4):712–6.
 85. Şengezer T, Sivri F, Dilbaz N, Sunay D. Ankara İli Yenimahalle İlçesinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuran Bireylerde Tütün Bağımlılığı ve İlişkili Risk Faktörleri. Türkiye Aile Hekim Derg 2014;18(1):42–8.
 86. Zincir SB, Zincir N, Sünbül EA, Kaymak E. Sigara Bağımlılığında Mizaç ve Karakter Özelliklerinin Bağımlılık Düzeyleri ile İlişkisi. J Mood Disord 2012;2(4):160–6.
 87. Karadağlı F, Nahcivan N. Sigara İçen Bireylerde Sigara Bırakmaya Hazıroluşluk Durumu ve İlişkili Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2012, 5 (1), 8- 15.
 88. Kutlu R, Çivi S. Konya İli Lise Öğretmenlerinin Sigara İçme Sıklığı ve

- Etkileyen Faktörler. TSK Koruyucu Hekim Bülteni 2007;6(4):273–8.
89. Yengil E, Çevik C, Demirkıran G, et al. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme Durumu ve Sigara İle İlgili Tutumları. Konuralp Tıp Derg 2014;6(3):1–7.
 90. Kutlu R, Marakoğlu K, Çivi S. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hemşirelerinde Sigara İçme Durumu ve Etkileyen Faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg 2005;27(1):29–34.
 91. Tezcan S, Yardım N. Türkiye’de Çeşitli Sağlık Kurumlarında Doktor, Hemşire ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme Boyutu. Tüberküloz ve Toraks Derg 2003;51(4):390–7.
 92. Sarıgül B, Korkmazer B, Afyoncu AA, Şahin EM. Üçüncü Basamak Üniversite Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğinde Erişkin Bağışıklanma Durumu ve Etkileyen Faktörler. Türk Aile Hek Derg 2021;25(4):105–12.
 93. Bolatkale MK, Kutlu R, Eryılmaz MA. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Bireylerin Erişkin Aşılı Hakkındaki Bilgileri ve Aşılama Durumları. Konuralp Tıp Derg 2019;11(3):362–8.
 94. Mutlu HH, Olcay Coşkun F, Sargın M. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 65 Yaş ve Üstü Kişilerde Aşılama Sıklığı ve Farkındalığı. Ankara Med J 2018;18(1):1–13.
 95. Aşık Z, Çakmak T, Bilgili P. Knowledges, Attitudes and Behaviours of Adults About Adult Vaccines. Türkiye Aile Hekim Derg 2013;17(3):113–8.
 96. Topallı R, Aladağ N, Filiz TM, et al. Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniklerinin Sağlık Hizmeti Sunumundaki Yeri: Değirmendere Deneyimi. Türk Aile Hekim Derg 2003;7(4):165–70.
 97. Küçükdemir HS, Arslan M, Koç EM, Can H. Retrospective Evaluation of Family Medicine Outpatient Clinic Profile at a Tertiary Hospital in İzmir. JAREM 2017;7:112–8.
 98. Gülbayrak C, Açık Y, Oğuzöncül AF, Deveci SE, Ozan AT. Yenimahalle Eğitim Araştırma Sağlık Ocağına Başvuran Yaşlılardaki Kronik Hastalıkların Sıklığı ve Maliyeti. AÜTD 2003;35:7–12.
 99. Özdemir L, Koçoğlu G, Sümer H, et al. Sivas İl Merkezinde Yaşlı Nüfusta Bazı Kronik Hastalıkların Prevalansı ve Risk Faktörleri. C Ü Tıp Fakültesi Derg 2005;27(3):89–94.
 100. Uğrak U, Uzuntarla Y, Cihangiroğlu N, Akyüz S. Kronik Hastalık ile Sağlık Hizmetlerini Kullanma Eğilimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Abant Med J 2016;5(3):158–65.
 101. Kahveci R, Elife D, Özşarı H, et al. Sağlıklı Yaşlanma ve Kronik Hastalıklar Farkındalık Projesi. <http://saglikliturkiye.org/modules/yayinlar/datafiles/saglikliyaslanmavekronikhastalıklar farkındalık projesi-2016-06-23.pdf> erişim tarihi: 25.05.2022.

EKLER

Ek-1: Etik Kurul Onayı

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI Bursa İlindeki Bir Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Hastalar Hangi Tanılarla Başvuruyor? Hasta Profiline Retrospektif Değerlendirilmesi

Karar No: 2021-7/39

Tarih: 02 Haziran 2021

KARAR BİLGİLERİ


Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelendi.
 1-Araştırmanın başvurusu dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna,
 2-Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine,
 3-Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu

BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU

ÜYELER

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Katılım *		İmza
Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Elif BAŞAĞAN MOĞOL Başkan Yardımcısı	Anesteziyoloji	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.M.Sertaç YILMAZ Üye	Farmakoloji	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Hilal ÖZKAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Bursa UÜ.Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Yenidoğan BD	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Hasan ARI Üye	Kardiyoloji	Bursa Yüksek İhtisas EAH Kardiyoloji Kliniği	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Alpaslan TÜRKKAN Üye	Halk Sağlığı	Bursa UÜ. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Kağan HUYSAL Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Özen ÖZ GÜL Üye	İç Hastalıklar Endokr.ve Metab.	BUÜ Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD Endokrinoloji ve Metabolizma BD	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doktor Öğretim Üyesi Engin SAĞDİLEK Üye	Biyofizik	Bursa UÜ. Tıp Fakültesi Biyofizik AD	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doktor Öğretim Üyesi Sezer ERER KAFA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	Bursa UÜ. Tıp Fakültesi. Tıp Tarihi ve Etik AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av. Ahmet BAYRAM	Hukuk	Bursa UÜ Rektörlüğü Hukuk Bürosu	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Tolga MUHTAR Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbest Meslek	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*:Toplandığı Bulunma

Ek-2: Araştırma izni



T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-72873149-604.01.02
Konu : Araştırma İzin Talebi (Dr.Kevser
ERBİR) .

BURSA SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI ARAŞTIRMA TALEPLERİNİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU TOPLANTI TUTANAĞI

Başkanlığımız Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonuna sunulan dosyanın Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün "*Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin / Onay Taleplerine İlişkin Değerlendirmeye Esas Teşkil Eden Kriterler*"e uygunluğunu değerlendirmek üzere 21/02/2022 tarihinde saat 11.00'da toplanmıştır.

Başvuru evrakları incelendiğinde, Bursa Uludağ Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Asistanı Dr. Kevser ERBİR'in dilekçesiyle, Prof.Dr. Aliş ÖZÇAKIR'ın sorumluluğunda "*Bir Üniversite Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Hastalar Hangi Tanımlarla Başvuruyor? Hasta Profilinin Retrospektif Değerlendirilmesi.*" konulu retrospektif çalışmasını, Bursa Uludağ Üniversitesi Ertuğrul 36 Nolu Eğitim Aile Sağlığı Merkezine başvuran, çalışmaya gönüllü katılım sağlamak isteyen kayıtlı hastalara anket uygulamak yöntemiyle yapmak için Müdürlüğümüzün onayını talep ettiği görülmüştür.

Komisyon tarafından yapılan değerlendirme sonucunda:

1. Yapılması planlanan çalışmanın Hasta Hakları Yönetmeliğine uygun bir şekilde yürütülmesi ve özellikle bu yönetmelikte bahsi geçen "Mahremiyete Saygı Gösterilmesi" ile "Bilgilerin Gizli Tutulması" hususlarına azami dikkat gösterilmesi kaydıyla yapılmasının komisyonumuzca kabul edilmesine,
2. Komisyonun çalışmanın yapılmasına ilişkin onayının, yapılan çalışmanın sonuç raporunun bir nüshasının Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'ne iletilmek üzere iki nüsha olarak Başkanlığımıza gönderilmesi hususunda çalışmaya bilgi verilerek tebliğine;

Oy birliği ile karar verilmiştir.

KOMİSYON BAŞKANI

Dr. İrfan OĞUZ
Halk Sağ. Hizm. Başk. Yard.

Ahmet paşa Mah.Fevzi Çakmak Cad.no:53 Osmangazi/BURSA
Telefon: Faks No: 02242240092
e-Posta: zeynep.kuzat@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Z.KUŞAT

Bilgi için: Zeynep KUŞAT
HEMŞİRE
Telefon No: (0 224) 808 30 22

TEŞEKKÜR

Aile hekimliği uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle bana her zaman yol gösteren, manevi desteklerini hiç unutamayacağım, yaşıadığım sıkıntılı süreçlerde hep yanımda olan, aile sıcaklığını hissettiren değerli hocalarım Prof. Dr. Yeşim UNCU, Prof. Dr. Alis ÖZÇAKIR, Prof. Dr. Züleyha ALPER'e,

Tezimi hazırlama süresince hep anlayışlı, sabırlı bir şekilde yaklaşan; her konuştuğumda yüzümü güldüren, değerli tez danışman hocam Prof. Dr. Alis ÖZÇAKIR'a,

Birlikte çalıştığım her gün yeni bir şey öğrendiğim, her zaman yanımda olan ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen Uzm. Dr. Gaye ÇELİKCAN'a,

Değerli arkadaşıım, tez sürecinde ve genel olarak asistanlık sürecindeki duygusal çöküşlerimde her zaman yanımda olan Uzm. Dr. Rabia RUŞEN'e,

Birlikte çalıştığım tüm çalışma arkadaşlarıma,

Dostum, kardeşıım Nur Senem KAYA'ya,

Üniversiteden beri hep yanımda olan, beraber büyüdüğüm, her zaman kendimi değerli hissettiren, meslektaşım, eşim Adem Samet ERBİR'e,

Hakkını asla ödeyemeyeceğim, hep arkamda olan canım annem, babam ve kardeşıime,

Çok teşekkür ederim.

ÖZGEÇMİŞ

31.03.1993 tarihinde Eskişehir'de doğdum. İlköğretim eğitimimi Yavuz Selim İlköğretim Okulu'nda, lise eğitimimi Eskişehir Anadolu Lisesi'nde tamamladıktan sonra 2011 senesi Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde başladığım tıp eğitimimi 2017 senesinde tamamladım. Sakarya Karasu Devlet Hastanesi Acil Servisi'nde başladığım mecburi hizmet görevimi yaklaşık 5 ay sürdürdükten sonra 2018'de Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Aile Hekimliği Anabilim Dalında asistan hekimlik görevime başladım.