



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE BİR PANDEMİ HASTANESİNDEKİ
AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN
SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN
BİR ÖNCEKİ YILIN AYNI DÖNEMİ
İLE KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Fehmi ALİBEKİROĞLU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Habibe İNCİ

KARABÜK

2021

TEZ ONAYI

Arş. Gör. Fehmi ALİBEKİROĞLU'nun hazırladığı “COVID-19 Pandemisi Sürecinde Bir Pandemi Hastanesindeki Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Bir Önceki Yılın Aynı Dönemi ile Karşılaştırılması” adlı bu çalışma 16.03.2021 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI' nda TIPTA UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Dr. Öğr. Üyesi Habibe İNCİ

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Didem ADAHAN

Üye

Doç. Dr. Sebahat GÜCÜK

Üye

Bu tez Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi Yönetim Kurulu tarafından TIPTA UZMANLIK tezi olarak onaylanmıştır.

TIP FAKÜLTESİ
DEKANI

BEYAN

Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına göre hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içerisinde yer alan tüm bilgi ve belgeleri akademik kurallara uygun şekilde elde ettiğimi,
- Elde ettiğim tüm bilgi ve sonuçları etik kurallara uygun şekilde sunduğumu,
- Yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun şekilde atıfta bulunduğumu,
- Atıfta bulunduğum tüm eserleri kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan bilgi ve verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
- Bu tezin herhangi bir bölümünü bu üniversitede veya farklı bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı beyan ederim.

Tarih : 16/03/2021

İmza

Dr. Fehmi ALİBEKİROĞLU

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi, beceri ve deneyimlerini tüm içtenliğiyle benimle paylaşan, hem bilgili ve donanımlı hem de iyi ahlaklı bir hekim olmayı öğreten, yanında çalışmaktan onur duyduğum ve kendimi şanslı hissettiğim değerli hocam, Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Didem ADAHAN'a,

Tezim ile ilgili bütün aşamalarda büyük desteğini gördüğüm, bilgi ve becerisini esirgemeyen tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Habibe İNCİ'ye,

Tezim ile ilgili süreçte bilgi ve desteğini esirgemeyen çok değerli arkadaşım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Begümhan TURHAN'a,

Başta bölümümde olmak üzere, birlikte çalışmaktan keyif aldığım tüm asistan arkadaşlarıma, rotasyonlarım sırasında bilgi, birikim ve tecrübelerinden faydalandığım değerli hocalarıma ve uzmanlarıma,

Hayatımın her döneminde olduğu gibi pandemi sürecinde de sonsuz sevgi ve sabırla yanımda olan, bana destek veren, hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan kardeşlerime ve ebeveynlerim Saadet ve Kasım ALİBEKİROĞLU'na,

Tüm bu süreçlerde hep yanımda olan, bana destek ve moral veren, sevgisini ve güvenini her zaman hissettiğim sevgili eşim Öğr. Gör. Narin ALİBEKİROĞLU'na

Teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Fehmi ALİBEKİROĞLU

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	ii
BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
TABLolar DİZİNİ.....	viii
EKLER DİZİNİ.....	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	x
ÖZET.....	xi
ABSTRACT.....	xiii
1.GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1 Aile Hekimliği.....	3
2.1.1 Aile Hekimliği Tanımı ve Tarihçesi	3
2.1.2 Bir Disiplin Olarak Aile Hekimliği ve Çekirdek Yeterlikleri.....	5
2.1.3 Ülkemizde Aile Hekimliği ve Tarihçesi	9
2.1.4 Türkiye’de Aile Hekimi Görev Yetki ve Sorumlulukları.....	11
2.2 COVID-19 Pandemisi	12
2.2.1 Covid-19 Tanımı ve Küresel Salgın	12
2.2.2 Covid-19 Bulaş Yolu, Semptomlar ve Klinik Seyir	13
2.2.3.Covid-19 Tanı, Tedavi ve Korunma	15
3.GEREÇ ve YÖNTEM	17

3.1 Araştırmanın şekli.....	17
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	17
3.3 Verilerin Toplanması.....	17
3.4 İstatistiksel Analiz	17
3.5 Araştırmanın Etik Yönü.....	18
4.BULGULAR	19
5.TARTIşMA.....	39
6.SONUÇ ve ÖNERİLER.....	48
7.KAYNAKLAR.....	51
8.EKLER DİZİNİ.....	57

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1 Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlikler ve Özellikleri.....	7
Şekil 2.2 SARS-CoV-2 Yapısı	12
Şekil 4.1 2019 ve 2020 Yıllarında Muayene Olan ve Olmayan Hastaların Dağılımı.19	
Şekil 4.2 Hastaların Aylara Göre Poliklinik Başvuru Sayısı	21



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 4.1	Hastaların Yıllara Göre Başvuru Sıklıkları.....	20
Tablo 4.2	Hastaların Demografik Özellikleri.....	22
Tablo 4.3	Hastaların Cinsiyete Göre Poliklinik Başvurularının 2019 ve 2020 Yılı Dağılımı.....	23
Tablo 4.4	Yaş Gruplarına Göre Poliklinik Başvuru Sayılarının 2019 ve 2020 Yılı Dağılımları.....	24
Tablo 4.5	Medeni Duruma Göre Hastaların Poliklinik Başvurularının Yıllara Göre Dağılımı.....	25
Tablo 4.6	Hastaların Uyuşuna Göre Poliklinik Başvurularının Yıllara Göre Dağılımı.....	25
Tablo 4.7	Hastaların Polikliniğe Başvuru Nedenlerinin Yıllara Göre Dağılımı.....	26
Tablo 4.8	Hastaların MHRS kullanım Oranının Yıllara Göre Dağılımı.....	26
Tablo 4.9	Cinsiyete Göre Polikliniğe Başvuru Nedenlerinin Karşılaştırılması.....	27
Tablo 4.10	Hastaların Cinsiyete göre MHRS Kullanımının Karşılaştırılması.....	27
Tablo 4.11	Hastaların Aldıkları Tanıların Yıllara Göre Dağılımı	29
Tablo 4.12	Aile Hekimliği Polikliniğine 2019 Yılında Başvuran Hastaların Tanılarının Cinsiyete Göre Dağılımı.....	31
Tablo 4.13	Aile Hekimliği Polikliniğine 2020 Yılında Başvuran Hastaların Tanılarının Cinsiyete Göre Dağılımı.....	33
Tablo 4.14	Aile Hekimliği Polikliniğine 2019 ve 2020 Yıllarında Başvuran Yabancı Uyruklu Hastaların Tanılarının Dağılımı.....	34
Tablo 4.15	Aile Hekimliği Polikliniğine 2019 Yılında Başvuran Hastaların Aldıkları Tanıların Randevu Şekline Göre Dağılımı.....	36
Tablo 4.16	Aile Hekimliği Polikliniğine 2020 Yılında Başvuran Hastaların Aldıkları Tanıların Randevu Şekline Göre Dağılımı.....	38

EKLER DİZİNİ

EK-1:Sosyodemografik Veri Formu.....	57
EK-2: Etik Kurul Onay.....	58
EK-3:Özgeçmiş.....	59



SİMGELER ve KISALTMALAR

COVID-19 : Corona Virüs Disease – 2019

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EASM: Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

ELİSA: Enzim-Lynked Immuno Sorbent Assay

GİS: Gastrointestinal Sistem

MHRS: Merkezi Hekim Randevu Sistemi

MERS-CoV: Middle East Respiratory Syndrome

mRNA: Messenger Ribonükleik Asit

PCR: Polymerase Chain Reaction

SARS-CoV-2: Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirüs-2

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of Genereal Practitioners/Family Physicians

YÖK: Yüksek Öğretim Kurumu

ÖZET

Covid-19 Pandemisi Sürecinde Bir Pandemi Hastanesindeki Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Bir Önceki Yılın Aynı Dönemi ile Karşılaştırılması

Giriş: Aile hekimi, tıbbi yardım arayan bireylere geniş ölçekli bakım sağlama görevini toplumun mevcut potansiyellerine göre doğrudan veya diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte yerine getiren hekimdir. Aralık 2019 tarihinde Çin'in Wuhan kentinde sebebi belli olmayan zatürre olgularıyla alakalı olarak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bilgilendirildi. Bunun üzerine, DSÖ, başlangıçta "uluslararası boyutta halk sağlığı acil durumu" olarak sınıflandırdığı bu durumu 11 Mart 2020'de pandemi olarak duyurdu. Çalışmamızda Karabük Eğitim ve Araştırma hastanesindeki aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların pandemi ilanı öncesi ve sonrasındaki dönemde sosyodemografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılmasını amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine 15 Mart-15 Eylül 2019 ile 15 Mart-15 Eylül 2020 tarihleri arasında başvuran hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Verilerin analizi SPSS 21.0 versiyonu ve ki-kare testi kullanılarak yapıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: 15 Mart-15 Eylül 2019 tarihleri arasında polikliniğimizde 6501 hasta, 2020 yılının aynı döneminde 1663 hasta muayene olmuştu. Bu hastalar, yaş ortalaması 48.16 ± 19.71 yıl olan 4348 kadın (%53,3) ve yaş ortalaması 43.20 ± 19.96 yıl olan 3816 erkekten (%46,7) oluşmaktaydı. Her iki dönemdeki hastaların cinsiyeti, medeni durumu, randevu şekli, başvuru nedeni, uyuğu ve yaş grupları kıyaslandığında anlamlı farklılık bulundu. 2019 döneminde hastaların %88,5'i, 2020 döneminde %93,4'ü bir kez başvurmuştu. 2019 dönemindeki hastaların %27,4'ü genel tıbbi muayene tanısı alırken 2020 döneminde bu oran %52,4 olarak saptandı.

Sonuç: Pandemi sürecinde başvuran hasta sayısında bir önceki yılın aynı dönemine kıyasla yaklaşık %75 oranında azalma görülürken, bu hastaların çoğunun bir kez ve zorunlu sebeplerden dolayı (işe giriş muayenesi vb.) başvurduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, COVID-19, MHRS, Pandemi



ABSTRACT

Comparison of Sociodemographic and Clinical Characteristics of the Patients Admitted to the Family Medicine Clinic in a Pandemic Hospital Before and After the Covid-19

Introduction: A family physician is a doctor who directly or indirectly (with other medical workers) performs the task of providing large-scale care depending on the current potential of society to individuals seeking medical help. In December 2019, World Health Organization (WHO) was informed about pneumonia cases, the cause of which is unclear, in Wuhan, China. Initially, WHO announced the outbreak of COVID-19 as an “international public health emergency”, and classified it as a pandemic on the 11th of March 2020. In our study, we aimed to compare the sociodemographic and clinical characteristics of patients who admitted to the family medicine clinic in Karabük Educational and Research Hospital before and after the announcement of the pandemic.

Materials and Methods: In our study data have been retrospectively analyzed related to the patients admitted to Family Medicine Clinic at Karabük Educational and Research Hospital during the periods of the 15th of March – the 15th of September 2019 and the 15th of March- the 15th of September 2020. Data analysis is performed using SPSS 21.0 version and chi-square test. The statistical significance level is considered $p < 0.05$.

Findings: 6501 patients were examined between the 15th of March- the 15th of September 2019. 1663 patients were examined at the same period of time in 2020. These patients consisted of 4348 women (53.3%) with an average age of 48.16 ± 19.71 years and 3816 men (46.7%) with an average age of 43.20 ± 19.96 years. A significant difference was found when comparing the gender, marital status, method of appointment, reason for application, nationality and age groups of patients in both periods. 88.5% of the patients admitted once in 2019 and 93.4% of them did it once in 2020. In 2019, 27.4% of patients were diagnosed as general medical examination, while in 2020, this figure was 52.4%.

Conclusion: While the number of patients admitted during the pandemic has decreased by about 75% compared to the same period of the previous year, it is revealed that most of these patients have admitted for once and compulsory reasons.

Key Words: Family Medicine, MHRS, Pandemic, The Covid-19

COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE BİR PANDEMİ HASTANESİNDEKİ AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ve KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN BİR ÖNCEKİ YILIN AYNI DÖNEMİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA), aile hekimliği/genel pratisyenlik kavramını; “medikal bakım arayan bütün bireylere kapsamlı bakım sunma ve zaruri hallerde diğer sağlık çalışanlarını harekete geçirme sorumluluğu olan; mesleki görevini kişilerin sağlık ihtiyaçlarına ve hizmet verdiği toplumun mevcut kaynaklarına göre doğrudan ya da diğer sağlık çalışanlarının verdiği hizmetler aracılığıyla dolaylı olarak yerine getiren hekimdir.” şeklinde tanımlamıştır (1).

Aile Hekimliği, kendine has eğitim ve klinik uygulamalarıyla bilimsel bir alan ve birinci basamak eğilimli klinik bir tıpta uzmanlık bölümüdür (1). Aile hekimliğini ilk kez dillendiren ve onun teorisyeni olarak kabul gören Dr. Francis Peabody'dir. Dr. Francis Peabody toplumda var olan sağlık problemlerine umumi yaklaşımının önemli olduğunu ifade ederek bu rahatsızlıkları genel olarak değerlendirebilecek hekimlere ihtiyaç olduğunu belirtmiştir (2). Bir sistem olarak aile hekimliği ilk kez 1966 senesinde Amerikan Tıp Birliği tarafından yayınlanan Millis ve Willard raporları ile tanınmış bir uzmanlık birimidir (3).

Ülkemizde ise Yükseköğretim Kurulu'nun aldığı kararla 1993 yılında üniversitelerin tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dallarının açılması teşvik

edilmiş ve ilk aile hekimliği anabilim dalı 17 Eylül 1993 tarihinde Trakya Üniversitesi'nde kurulmuştur. 1994 yılında ise Çukurova Üniversitesinde Temel Tıp Eğitimi Bölümü çatısı altında aile hekimliği uzmanlık eğitimine başlanmıştır. Türkiye Büyük Millet Meclisinin 2004 yılında kabul ettiği yasa ile aile hekimliği pilot uygulaması Düzce ilinde başlamış ve 2010 yılına kadar ülkemizdeki bütün şehirlerde temel bakım sunan hekimler eğitilmiştir. Ancak, bu dönemde on gün boyunca eğitim alan tıp fakültesi mezunları aile hekimi olurken bunlardan çok azı aile hekimliği uzmanıdır (4).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Çin Ülke Ofisi tarafından 31 Aralık 2019'da, Çin'in Hubei eyaletinin Wuhan şehrinde nedeni bilinmeyen pnömoni vakaları bildirilmiştir. 7 Ocak 2020'de etken daha önce insanlarda tespit edilmemiş yeni bir koronavirüs (2019-nCoV) olarak tanımlanmıştır. Daha sonra 2019-nCoV hastalığının adı COVID-19 olarak kabul edilmiş, virüs SARS CoV'e yakın benzerliğinden dolayı SARS-CoV-2 olarak isimlendirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü, COVID-19 salgınını 30 Ocak'ta "uluslararası boyutta halk sağlığı acil durumu" olarak sınıflandırmış, ilk salgının başladığı Çin dışında 113 ülkede daha COVID-19 vakalarının görülmesi, virüsün yayılımı ve şiddeti nedeniyle 11 Mart'ta küresel salgın (pandemi) olarak ilan etmiştir. Ülkemizde de yine aynı tarihte ilk COVID-19 vakası görülmüştür (5). Chelvakumar'a göre aile hekimleri, Covid-19 pandemisi sürecinde yeni bir rol üstlenerek halkın salgının nedenlerini anlaması, alması gereken sağlık önlemleri, uyması gereken kural veya kısıtlamaları kavrayabilmeleri yönünde bir tür halk sağlığı öğreticisi rolü oynamaktadır (6).

Biz, bu çalışmamızda Karabük Eğitim ve Araştırma hastanesindeki aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların 15 Mart-15 Eylül 2019 tarihleri arasındaki sosyodemografik ve klinik verileri ile pandemi ilanı sonrasındaki 15 Mart-15 Eylül 2020 tarihleri arasındaki verilerinin karşılaştırılmasını amaçladık.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 Aile Hekimliği

2.1.1 Aile Hekimliği Tanımı ve Tarihçesi

Diğer tıpta uzmanlık branşlarında olduğu gibi aile hekimliği branşı da bir ihtiyaç sonucunda ortaya çıkmıştır. Aile hekimliğine duyulan ihtiyacı ilk defa 1923 senesinde Francis Peabody “tıp camiasında oluşan aşırı uzmanlaşmanın bir sonucu hastaların ortada kaldığı ve insanları bütüncül olarak ele alacak bir uzmanlık branşının gerekliliği” biçiminde dile getirmiştir. Bu bakış açısının ilk yansıması 1952 senesinde İngiltere’de Genel Pratisyenlik Kraliyet Koleji’ nin (Royal College of General Practitioners) kurulması yönünde olmuştur. Ardından Amerikan Tıp Birliği’nin (American Medical Association) Milis ve Willard Raporları’nı 1966 senesinde yayınlaması sonrasında 1969 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde “Aile Hekimliği” birincil bakım konusunda görev yapan yeni bir uzmanlık branşı olarak tanınmış ve Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu kurulmuştur (7,8).

Aile hekimi tanımı ilk olarak Leeuwenhorst tarafından 1974’te; “Genel pratisyen; yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı gözetmeksizin kişilere, ailelere ve bir sağlık kurumuna kayıtlı kişilere bireysel ve sürekli birinci basamak sağlık hizmeti veren tıp fakültesi mezunudur. Onu kendine has kılan, bu görevlerin sentezidir. Hastalarına hasta görüşme odasında, onların evlerinde ve bazen bir klinik ya da hastanede hizmet verir. Amacı erken teşhis koyabilmektir. Hastaların bakımı esnasında sağlık ve şikâyetlerini değerlendirirken fiziksel, psikolojik ve sosyal etkenleri göz önünde bulundurur ve bütünleştirir. Bir hekim olarak kendisine iletilen her soruna yönelik öncelikli kararlar verir. Kronik, tekrarlayan ya da son dönem

hastalıkları olan hastaların sürekli yönetim sorumluluğunu alır. Uzun süreli temas, genel pratisyenin tekrarlayan hastayla karşılaşma imkânını, her hasta için ivedilikle bilgi toplamak ve mesleğini uygularken bir güven ilişkisi oluşturmak üzere kullanabilmesi anlamını taşır. Hekim ve tıp dışı diğer meslektaşlarıyla dayanışma içinde çalışır. Tedavi, koruma ve eğitim kanallarıyla hastalarının ve ailelerinin sağlığını nasıl ve ne zaman geliştirme teşebbüsünde bulunabileceğinin farkında olur. Ayrıca topluma karşı da mesleki açıdan sorumluluğu bulunduğunu kabul eder.” şeklinde yapılmıştır (9).

2000 yılına gelindiğinde ise aile hekimliği tanımı Olesen tarafından şu şekilde yapılmıştır; “Genel pratisyen, sağlık hizmetlerinin ön cephesinde çalışmak ve hastaların herhangi bir sağlık sorunu (sorunları) için bakım sunan öncelikli adımları atmak üzere eğitim almış uzmandır. Genel pratisyen, hastanın var olan hastalığının şekline ya da diğer bireysel ve toplumsal niteliklerine bakmaksızın toplumdaki bireylere bakım sunar ve sağlık sisteminin mevcut en iyi imkânlarını hastalarının menfaatine şekilde organize eder. Genel pratisyen medikal psikoloji, medikal sosyoloji, biyolojik tıp bilimlerini kullanarak ve bütünleyerek önleme, tanı, tedavi, bakım ve hastalıkları hafifletme (palyasyon) sahalarında kişilerle ilgilenir.” (10).

21. yüzyılda WONCA Avrupa (Avrupa Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Topluluğu) kişilerin sağlık bakımı ihtiyaçlarını karşılayacak aile hekimliği/genel pratisyenlikle alakalı yeni tanımlar ve çekirdek yeterlikleri 2002 senesinde yayınlanmıştır. Bu bildirgede aile hekimliği/genel pratisyenlik alanı, mesleki görevleri ve de aile hekimliğinin temel yeterlikleri açıklanmaktadır (1).

Aile hekimlerinin sağlık hizmetleri içindeki temel ve çok bileşenli görevinin, tıp mesleğinde ve tıpla alakalı başka meslekler, sağlık hizmeti programlayıcıları, ekonomistler, siyasetçiler ve toplum tarafından da tamamen anlaşılması hayati öneme sahiptir. Aile hekimliğine verilen yetkideki artış, sağlık sistemlerinin kaynaklarını hastaların menfaatine kullanabilmelerini sağlamaktadır (11).

2.1.2 Bir Disiplin Olarak Aile Hekimliği ve Çekirdek Yeterlikleri

Genel pratisyenlik/aile hekimliği bir disiplin aynı zamanda da bir uzmanlık alanı olarak nitelendirilmelidir (12). Birincisi; disiplinin meydana getirdiği akademik temel ve çerçevenin belirlenmesi ve bu sayede kalite geliştirme alanlarının bilgilendirilmesi eğitim ve araştırma adına gereklidir. İkincisi, yani bir uzmanlık olarak tanımlanmasının zorunluluğu bu akademik tanımın Avrupa sağlık sistemlerinin tamamında hastalarla ilgilenen uzman aile hekimi tabirine evrilmesi içindir (1,12).

WONCA Avrupa'ya göre aile hekimliği alanının nitelikleri aşağıdaki gibidir:

- a. Sağlık hizmetleriyle ilk tıbbi teması oluşturur; hizmet almak isteyenlere net ve limitsiz bir giriş sağlar ve kişileri genç ya da yaşlı, kadın ya da erkek olarak ayırmaksızın bütün sağlık sorunlarıyla ilgilenir.
- b. Sağlık imkanlarının etkili bir biçimde kullanımını sağlar. Kişilere sunulan bakımı planlayarak, birinci basamakta diğer sağlık görevlileriyle iş birliği içinde ve zaruri hallerde hasta adına üstlendiği savunuculuk göreviyle diğer uzmanların verdiği hizmetlerle teması koordine ederek yapar.
- c. Kişiyi, ailesine ve topluma dair birey-merkezli bir yaklaşım sergiler.
- d. Bir hastayla kendine has görüşme süreci vardır. Bu süreç, etkin bir iletişimle doktor ve hasta arasında zamanla gelişen güçlü bir bağın kurulmasını sağlar.

e. Sağlık olanaklarının hastanın ihtiyaçlarıyla şekillenen devamlılığını sağlamakla yükümlüdür.

f. Hastalıkların toplumdaki yaygınlığının ve yeni olgu sayısının tanımlayıcı olduğu kendine has bir karar verme süreci vardır.

g. Hastaların akut ve devamlılık gösteren sağlık problemlerini bir bütüncül olarak yönetir.

h. İlerleyişinin erken safhasında henüz farklılaşmamış bir biçimde ortaya çıkan ve acil müdahale gerektirebilen hastalıkları yönetir.

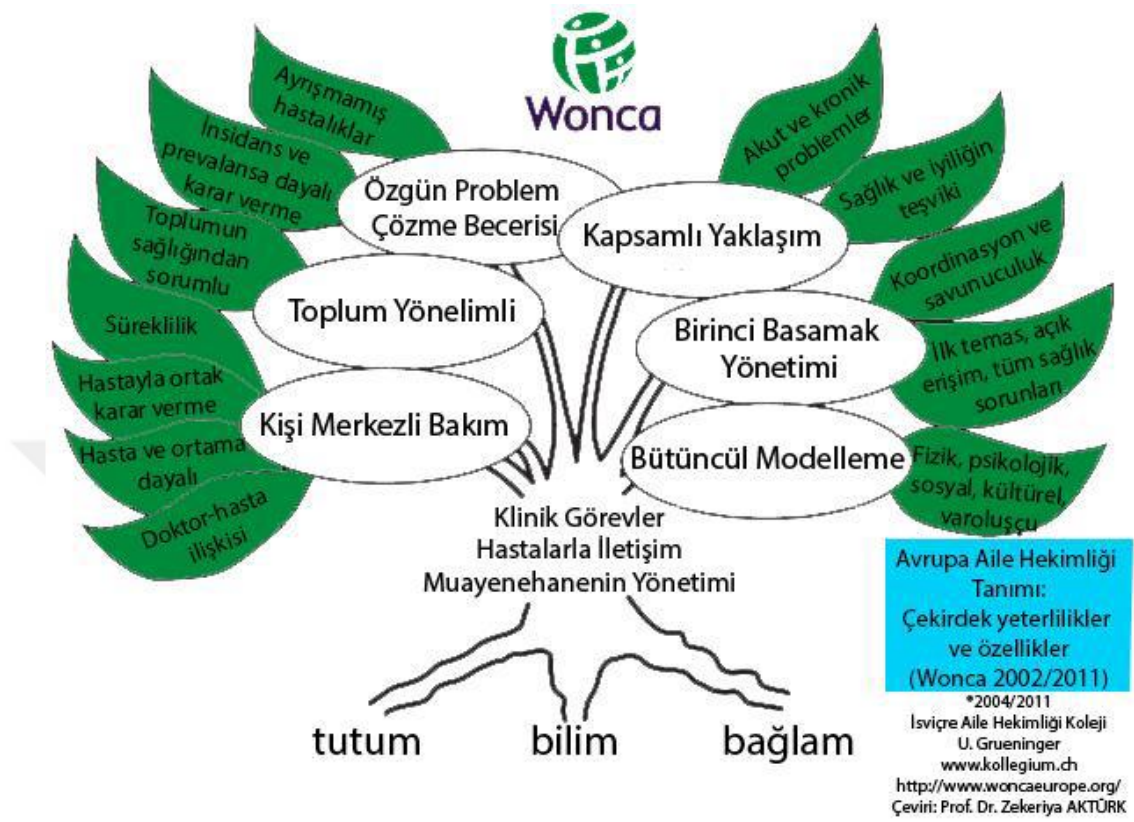
i. Yerinde ve etkili müdahalelerle sağlık ve iyi olma durumunu geliştirir.

j. Toplumun sağlığı için hususi bir sorumluluk alır.

k. Sağlık problemlerini fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş yönleriyle hep beraber değerlendirir (1).

Aile hekimleri, disiplinin ilkelerine göre eğitim almış uzman hekimlerdir. Aile hekimliğinde çekirdek yeterlikler, kullanım alanları ve temel nitelikler bağlamındaki ilişkiler alanı tanımlamakta ve uzmanlık branşının i ie olduğunu belirtmektedir. Aile hekimliğindeki bu yeterlikler eğitim, araştırma ve kalite geliştirmeye yol gösterici olmalıdır (1).

Aile hekimliği disiplinini betimleyen 11 temel nitelik ve çekirdek yeterlilikleri de içeren WONCA ağacı adı verilen diyagram şu şekildedir:



Şekil 2.1 Aile hekimliği Çekirdek Yeterlikler ve Özellikleri (13)

Aile hekimliği uzmanında bulunması gerekli olan altı çekirdek yeterlilik mevcuttur (14,15). Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri ve açıklamaları şu şekildedir;

Birinci Basamak Yönetimi:

Hastalarla ilk karşılaşmayı yönetebilme ve seçilmemiş sorunları yönetebilme, birinci basamaktaki beraber çalıştığı sağlık görevlilerinin ve diğer alan uzmanlarının verdiği sağlık hizmetini planlayabilme, hedefe yönelik sağlık bakımı sunumunu ve etkin bir şekilde sağlık olanaklarının kullanımını sağlayabilme, hastaların sağlık

sistemindeki elverişli hizmetlerden faydalanmasını sağlama ve gerektiğinde hastaların savunuculuğunu yapma.

Birey Odaklı Bakım:

Hastalarla ve hastanın problemleriyle ilgilenirken birey odaklı bir yaklaşım benimseme, aile hekimliği uygulamasındaki hasta görüşmesi sürecinde etkili bir iletişim ile hekim-hasta ilişkisi kurma, öncelikleri belirleme ve hasta ile koordineli bir şekilde çalışma, hastanın gereksinimleriyle belirlenmiş sağlık bakımının zaman içindeki devamlılığını sağlama.

Özgün Problem Çözme Becerileri:

Özgün karar verme süreçlerini rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansı ile ilişkilendirme, öykü, fizik muayene ve laboratuvar incelemelerinden bilgi edinme ve yorumlamada seçici davranma ve bu bilgileri hasta ile uyum içinde uygun bir yönetim planı oluşturmada kullanma, laboratuvar incelemelerini basamaklı olarak isteme, zamanı araç olarak kullanma ve belirsizliği tolere etme gibi aile hekimliği ile uyumlu çalışma ilkeleri benimseme, erken dönemde ve henüz ayrışmamış durumları yönetebilme ve gerektiğinde acil girişimlerde bulunabilme.

Kapsamlı Yaklaşım:

İnsandaki çok sayıda yakınma ve patolojiyi, akut ve kronik sağlık sorunlarını eş zamanlı yönetebilme, sağlığı geliştirme ve hastalıkları önleme planlamalarını uygun bir şekilde kullanarak sağlık ve iyilik durumunu geliştirme, hastalık belirtilerinin hafifletilmesi ve rehabilitasyon hizmetlerini yönetebilme.

Toplum Eğilimli Olma:

Mevcut kaynakları, hastaların bireysel sağlık gereksinimleriyle onların içinde yaşadıkları toplumun sağlık gereksinimlerini karşılayacak şekilde kullanabilme.

Bütüncül Yaklaşım:

Bireylere yaklaşırken kültürel ve varoluş yönlerini önemseyen biyo-psikososyal bir örnek uygulayabilme.

2.1.3 Ülkemizde Aile Hekimliği ve Tarihçesi

Dünyada bir süredir var olan aile hekimliği uzmanlığı, ülkemizde 1983 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü'ne alınarak bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir. Eğitim süresi pratisyen hekimler için üç yıl, çocuk sağlığı ve hastalıkları ile iç hastalıkları uzmanları için bir yıl dört ay olarak belirlenmiştir. İlk olarak Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı kâğıt üzerinde 1984 yılında kurulmuştur. 1985 yılında aile hekimliği uzmanlık eğitimi İstanbul, Ankara ve İzmir'de Sağlık Bakanlığı'na ait eğitim hastanelerinde başlamıştır (16).

Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) 16 Temmuz 1993 tarihinde 12547 sayılı kararıyla tıp fakültelerinde Aile Hekimliği Anabilim Dallarının oluşturulması uygun görülmüştür. Üniversitelerde aile hekimliği araştırma görevliliği eğitimine ise 17 Eylül 1993'te Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı oluşturularak başlanmıştır. 1994 senesinde Sağlık Bakanlığı "Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü" ve "Aile Hekimliği Şube Müdürlüğü" vasıtasıyla Ankara'da, 1996 senesinde Bursa, Adana ve İzmir'de "Aile Hekimliği Uygulama Merkezleri" kurulmuştur. Aile Hekimliği Uzmanlık Müfredatı ise 1995'te yayınlanmıştır (17).

Ülkemizde aile hekiminin tanımı 25.01.2013 tarihli ve 28539 sayılı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 3. maddesinde: “Aile hekimi; bireye dair önleyici sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, sağaltım ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayırt etmeksizin, herkese kapsamlı ve daimi olarak belli bir yerde vermekle yükümlü, gerektiğinde mobil sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre görev yapan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığı’nın şart koştuğu eğitimleri alan uzman tabip veya tabiplerdir.” şeklinde yapılmıştır. Aynı yönetmelikte aile sağlığı merkezi “Bir ya da daha fazla aile hekimi tarafından aile sağlığı çalışanlarıyla birlikte aile hekimliği hizmetinin sunulduğu sağlık kuruluşu” olarak tanımlanmıştır (18).

Aile hekimliği sisteminin uygulanması ilkin Düzce ilinde 2005 yılında başlamış ve 2006 senesinde on şehir de pilot uygulama bölgesine eklenmiştir. Düzce’nin ardından Eskişehir’de daha sonrasında ise İzmir’de uygulanmıştır. 2010 senesinde Türkiye’deki bütün iller aile hekimliği uygulamasını kullanmıştır. Böylece ülkemizde bireysel koruyucu sağlık hizmeti ile ilk kademedeki teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin aile sağlığı merkezlerinde aile hekimleri aracılığıyla verilmesi sağlanmıştır (19).

Günümüzde Aile Hekimliği uzmanlık eğitime başlamak için Tıpta Uzmanlık Sınavına girerek üniversite hastanelerinde veya Sağlık Bakanlığı’na bağlı Eğitim ve Araştırma Hastanelerindeki bir uzmanlık eğitim programına yerleşmek gereklidir. Aile hekimliği uzmanlık eğitim programı üç yıl olup; 15.11.2017’den itibaren Aile Hekimliğinde rotasyonlar, dört aylık periyotlar halinde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İç Hastalıkları bölümlerinde; üç ay boyunca Kadın Hastalıkları ve Doğum; iki ay süresince Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, birer ay boyunca Acil Tıp, Kardiyoloji, Göğüs Hastalıkları, Deri ve Zührevi Hastalıkları bölümlerinde ve bir ay da seçmeli olarak yapılması gereken Nöroloji, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ya da Genel Cerrahi bölümlerinden biri olmak üzere toplamda 18 ayı kapsamaktadır. Geriye kalan 18 ay ise Aile Hekimliği uyum eğitimi ve uygulaması şeklinde yürütülmektedir (20).

2.1.4 Türkiye’de Aile Hekiminin Görev, Yetki ve Sorumlulukları

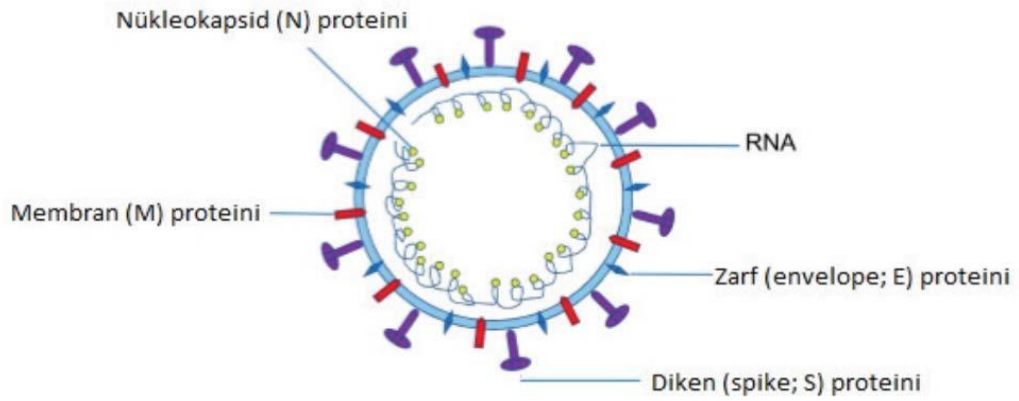
Ülkemizde aile hekiminin belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde görev, yetki ve sorumlulukları şu şekildedir: Görev yaptığı yerde sağlık hizmetinin tasarlanmasında çevresindeki toplum sağlığı merkeziyle iş birliği halinde çalışmak, görev yaptığı esnada karşılaştığı toplumsal ve çevresel sağlık sorunlarını ilgili toplum sağlığı merkezini haberdar etmek, kendisine tanımlanan bireylerin ilk muayenesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya bireyler ile bağlantı kurmak, bireye yönelik önleyici sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, sağaltım, rehabilitasyon ve konsültasyon yapmak, kendisine kayıtlı bireylere kılavuzluk etmek, ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini sunmak, düzenli aralıklarla sağlık muayenesi yapmak, kayıtlı bireylerin yaş, cinsiyet ve hastalıklarına göre takip ve taramalarını (kanser, devamlılık gösteren hastalıklar, hamile, lohusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, ergen, erişkin, yaşlı sağlığı vb.) yapmaktır (21)

Bunlara ek olarak aile hekiminin görevleri arasında bakanlık ve kurum tarafından yürütülen bağışıklama hizmetlerini uygulamak, yaşlı, engelli, yatalak vb. halindeki kendisine kayıtlı kişilere evde ya da mobil sağlık hizmetlerinin uygulanması esnasında, kişiye yönelik önleyici sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, sağaltım, rehabilitasyon ve konsültasyon hizmetlerini sunmak, sağlık hizmetine ulaşımın zor olduğu yerleşim birimleri için mobil sağlık hizmeti; cezaevi, ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları gibi özellikli toplu yaşama bölgelerinden oluşan yerler için yerinde sağlık hizmeti sunmak, aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, ikinci, üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri aracılığıyla evde sağlık hizmetlerinin yürütmesini sağlamak, sağladığı hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak, ilgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce bireye yönelik düzenlenmesi öngörülen bütün sağlık raporu, sevk evrakı, reçete vb. belgeleri düzenlemek, hizmet içi eğitimlere katılmak ve kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak vardır (21).

2.2 COVID-19 Pandemisi

2.2.1 COVID-19 Tanımı ve Küresel Salgın

Koronavirüsler (CoV), insanlarda ve hayvanlarda hastalık yapabilen, doğada bulunan büyük bir virüs ailesidirler. Orthocoronavirinae alt ailesinin tek zincirli, pozitif polariteli, segmentsiz ve zarflı RNA virüsleridir. Alfa, Beta, Gama ve Delta cinsleri olarak dört ana başlıktan oluşmaktadır. Alfa ve Beta cinsleri memelileri enfekte edebilecekken, insanlarda solunum yolu enfeksiyonlarından ve hayvanlarda enteritlerden sorumludur. Gama ve Delta türleri ise kuşlarda hastalık oluşturma eğilimi gösterirler (22).



Şekil 2.2. SARS-CoV-2 Yapısı (23)

31 Aralık 2019'da Çin'in Wuhan şehrinde nedeni bilinmeyen zatürre vakaları ile ilgili Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bilgilendirildi. Kısa sürede sayısı 44'e ulaşan zatürre vakalarının şehirde bulunan deniz ürünleri pazarı ile ilişkili olduğu gözlemlendi. Yeni tip Koronavirüs, 7 Ocak 2020'de Çinli bilim insanları tarafından izole edilerek geçici olarak "2019-nCoV" şeklinde isimlendirildi (24). 13 Ocak'ta ilk yurt dışı kaynaklı vaka Tayland'da görüldü. Ardından Japonya, Güney Kore ve Amerika başta olmak üzere pek çok ülke vakalarını duyurmaya başladı. 30 Ocak'ta DSÖ Koronavirüs ile ilgili Uluslararası Sağlık Acil Durumu olarak ilan etti ve 11 Şubat'ta yeni koronavirüsün yol açtığı hastalığın "Koronavirüs hastalığı-2019 (COVID-19)" olarak adlandırılacağını bildirdi (25).

Wuhan şehrinde görülen pnömoni tanılı hastalardan alınan bronkoalveoler lavaj numunelerinde yeni tip koronavirüsün tam genomu ilk kez tespit edilmiş olup üç değişik genetik alt tür belirlenmiştir. Tespit edilen yeni tip koronavirüs ailesinin yedinci üyesidir. Uluslararası Virüs Taksonomisi Komitesi Koronavirüs Çalışma Grubu, bu virüsün Ciddi Akut Solunum Sendromu Koronavirüs-2 (SARS-CoV-2) olarak adlandırılması gerektiğini öne sürmektedir (26). Öncesinde insanda hastalık yapabilen altı tip koronavirüs (HCoV) keşfedilmiştir. İnsanlarda koronavirüsün ortaya çıkardığı hastalıklar soğuk algınlığından ağır akut solunum sendromuna kadar farklılaşabilmektedir (27).

2.2.2 COVID-19 Bulaş Yolu, Semptomlar ve Klinik Seyir

Salgının ilk zamanlarında fark edilen vakaların Wuhan'da canlı hayvan satan ve sonrasında hastalığın kaynağı olabileceği düşüncesinden ötürü kapatılan pazar yeri ile ilişkili olduğu gözlemlenmiş fakat aradan zaman geçtikçe virüsün insandan insana bulaştığı anlaşılmıştır (28). COVID-19 temel olarak damlacık yolu ile hasta bireylerin öksürme ya da hapşırma ile yüzeylere saçılan damlacıklara maruziyet sonrası etkenin mukozalara ulaşması ile bulaşmaktadır. Çoğu zaman bulaşın hasta bireyler aracılığıyla gerçekleşmesine rağmen semptomu olmayan vakalar ise hastalığın yayılımında hayati bir role sahiptir (29). Bazı araştırmalarda kan ve gaitada etken tespit edilmiştir ama DSÖ'nün verilerine göre COVID-19'un fekal-oral yolla bulaştığına dair yeterli kanıt yoktur (30).

COVID-19'lu bir bireyin bulaştırıcılığının süresi net olarak bilinmemektedir. Hastalığın ilk günlerine ait numunelerde görülen viral-RNA miktarında artış olması hastalığın ilk zamanlarında bulaştırıcılık açısından tehlikeli olduğunu düşündürmektedir (31). Hafif belirtileri olan 21 hasta üzerinde yapılan bir araştırmada hastaların 18'inde belirtilerin başlangıcından 10 gün sonra nazofaringeal sürüntü örneklerinde viral-RNA'ya rastlanmamıştır. Fakat daha şiddetli semptomlar gösteren bireylerde pozitiflik süresinin daha uzun olduğu görülmüştür (32).

COVID-19'da kuluçka süresi temas sonrası 14 gün olarak tahmin edilmektedir ve çoğu vaka maruziyetten ortalama dört ya da beş gün sonra gerçekleşir (33). DSÖ 19 Şubat 2020'de yayınladığı durum raporunda kuluçka süresinin yaklaşık 4-5 gün olduğu ama 14 güne kadar uzayabildiği belirtilmiştir (34). Çin'de yürütülen bir başka çalışmada ise kuluçka süresinin yaklaşık 5,1 gün olduğu (%95 GA, 4,5-8,5) ve hastalık belirtisi gösterenlerden %97,5'inin yaklaşık 11,5 gün (%95 GA, 8,2-15,6) süresince virüsü taşıdığı gösterilmiştir (35).

COVID-19'u başka viral solunum yolu enfeksiyonlarından net bir biçimde ayırabilen kendine özgü bir klinik niteliği yoktur. Başlangıçta tespit edilen vakalarda en yaygın görülen belirtilerin ateş (%98), öksürük (%76), miyalji ya da yorgunluk (%44) ve atipik semptom olarak balgam (%28), baş ağrısı (%8), hemoptizi (%5) ve ishal (% 3) olduğu ve hastaların aşağı yukarı %50'sinde dispne görülmüştür (29). DSÖ sık görülen belirtileri ateş, yorgunluk ve kuru öksürük olarak sıralamıştır. Bunlardan farklı olarak dispne, miyalji, boğaz ağrısı ve nadir olarak diyare kayıtlara geçmiştir (36).

COVID-19 bütün yaş gruplarında görülebilir. Çin'de vakaların %87'si 30-79 yaş aralığında görülmüştür. Daha yaşlı kişilerde hastalığın daha ciddi ve ölümcül seviyeye gelme ihtimali daha fazladır. Fatalite hızı bütün vakalarda %2,3, 70-79 yaş grubunda %8 ve 80 yaşın üstünde %14,8 görülmüştür (37). Çocuklarda semptomatik enfeksiyon çok az görülmektedir. Ciddi vakaların seyrek bildirilirken, çoğu zaman hastalık hafif seyretmektedir (38). Erkeklerde kadınlara kıyasla daha yüksek mortalite oranı gözlenmektedir (30).

Ülkemizde ise 26.10.2020 tarihi itibari ile tüm hastaların 22 885'i 15 yaş ve altı çocuklarda (%6,3), 51 541'i 15-24 yaş arasında (%14,2), 179.695'i 25-49 yaş grubunda (%49,5), 68 165'i 50-64 yaş arasında (%18,8), 31 737'si 65-79 yaş grubunda (%8,7) gerçekleşmiş olup 8776'sı 80 yaş ve üzerindedir (%2,4). Laboratuvar onaylı COVID-19 hastaları içindeki ölüm hızı %2,70'tir. Yine salgın sebebiyle vefat

eden 9799 kişiden 6062 (%62) erkek, 3737'si (%38) kadındır. Ölümünün 7105'i (%73) 65 yaş ve üzeri kişilerde gerçekleşmesine rağmen hasta sayılarının sadece %11'i bu yaş grubundadır. Şimdiye kadar 15 yaş ve altı çocuklarda COVID-19 nedeniyle 17 ölüm bildirilmiş ve Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanmıştır (39).

Hastalığın ağır seyretmesi ve ölüm riski, kronik akciğer ve böbrek hastalıkları, kalp ve damar hastalıkları, diabetes mellitus, hipertansiyon ve malign hastalıklar ile alakalı olduğu belirlenmiştir (37). Kronik hastalığı olan bireylerde fatalite hızı daha yüksektir. Çin'deki çalışmalara göre ölüm hızı oranı kalp ve damar hastalığı olan hastalarda %10.5, diyabet varlığında %7.3 ve kronik solunum yolu yetmezliği olanlarda %6.3, hipertansiyonda %6.0, kanserde ise %5.6 olarak saptanmıştır (40).

2.2.3 COVID-19 Tanı, Tedavi ve Korunma

COVID-19 salgını için kesin tanı konulabilmesi ve bilimsel olarak hastalığın kanıtlanabilmesi için PCR testinin pozitif olması gerekmekte ve genellikle PCR testinin pozitiflik oranı %30-60 arasında değişkenlik göstermektedir. Çin'de yapılan bir çalışmada PCR testinin genel olarak duyarlılığı %67,1 bulunmuştur. Duyarlılık 1-7. günde %66,7; 8-14. günde %54; 15-39. günde ise %45,5 olarak saptanmıştır. Klinik ve radyolojik yüksek riskli hastalarda PCR testi negatif ise en az 24 saat ara ile 2. kez tekrar edilmesi önerilmektedir (41).

COVID-19'un hâlihazırda onaylanmış kesin bir tedavisi yoktur fakat acilen bir tedavi ihtiyacı nedeniyle daha önceki korona virüsü salgınlarında yani Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) ve Middle East Respiratory Syndrome (MERS-CoV) tedavilerinde kullanılan ilaçlar bu pandemide de kullanılarak işlevlerine bakılmaktadır. Başta Çin olmak üzere diğer ülkeler de tedavi deneyimlerini gözlemsel çalışmalar şeklinde paylaşmaya devam etmektedirler (42). Erken dönemde faz 3 çalışmalarına başlamış 5 aşı 3 farklı yöntemle üretilmektedir. Birincisi inaktif aşılarda (sinovac), ikincisi viral vektör (adenovirüs) aşılarda Sputnik-V ve

Oxford/AstraZeneca aşıları bu gruba girmektedir. Üçüncüsü ise Mesajcı RNA (mRNA) aşıları Biontech/Pfizer, Moderna aşıları bu gruba girmektedir. Ülkemizde devam etmekte olan 16 aşı çalışması vardır (43).

COVID-19 ile ilgili korunma yöntemlerine baktığımızda ise kişilerin sağlık kuruluşlarına girerken öksürük, ateş ve dispne gibi COVID-19 ile ilgili olabilecek belirtilerinin araştırılması enfeksiyonun kontrol altına alınmasında yardımcı olabilir. Zorunda kalmadıkça bireylerin sağlık kuruluşlarına müracaat etmemesi; gerekli görüldüğü takdirde bu bireyler için telefon vasıtasıyla yardım ve bilgi sunulmalıdır. Sağlık kuruluşlarına başvurma gereksinimi duyan, solunum yolu belirtileri gösteren bireyler tıbbi maske kullanmaları konusunda bilinçlendirilmelidir. Bu tür hastalar için mümkünse izole bir bekleme odası imkânı verilmeli ya da bu imkânsız ise en az altı metre mesafe ile diğerlerinden ayrı tutulmalıdır. Sağlık kuruluşlarına yapılacak bütün aciliyeti olmayan başvurular, önceden planlanmış tedavilere ve ziyaretlere ara verilmeli ve böylelikle hasta olmayan bireylerin hastane ile maruziyeti minimuma indirilmelidir (44).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, Aile Hekimliği Polikliniğine COVID-19 Pandemisi öncesinde ve sonrasında başvuran hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini karşılaştırmayı hedefleyen retrospektif, kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine 15.03.2019-15.09.2019 tarihleri ile 15.03.2020-15.09.2020 tarihleri arasında başvuran hastaların tamamı çalışmaya dahil edilmiştir ve hastaların hiçbiri dışlanmamıştır.

3.3 Verilerin Toplanması

Veriler hastanemiz hasta kayıt sisteminden geriye dönük taranarak tarafımızca hazırlanan içinde yaş, cinsiyet, medeni durum, uyruk, randevu nedeni, randevu şekli ve tanılarının olduğu sosyodemografik ve klinik özellikler veri formuna işlenmiştir.

3.4 İstatistiksel Analiz

Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 21 paket programı aracılığı ile analiz edildi. Sürekli değişkenler

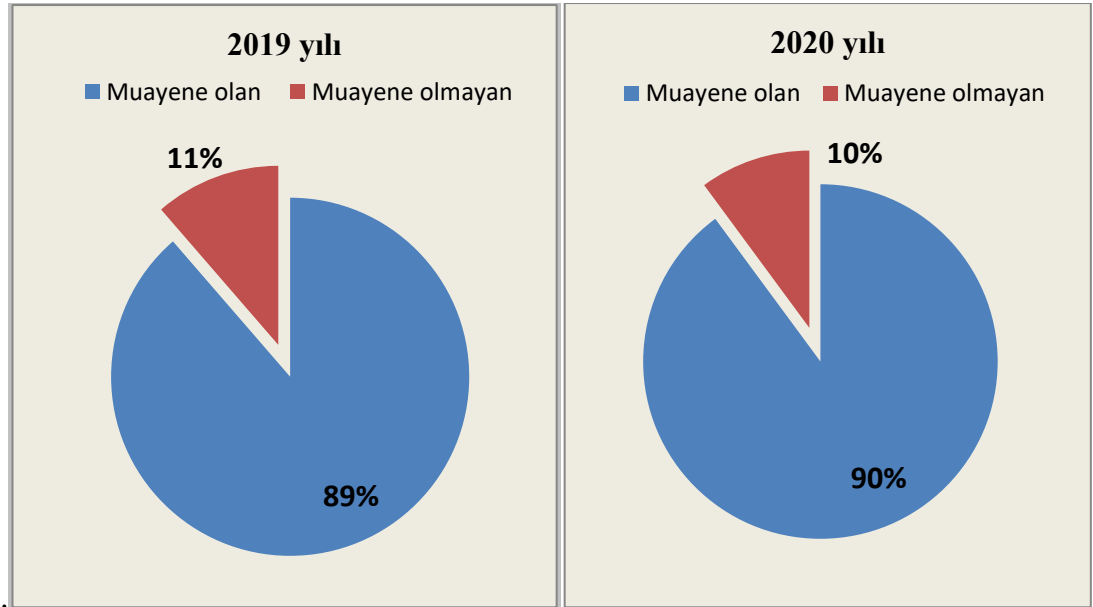
ortalama±standart sapma (SS) ve niteliksel değişkenler sayı ve yüzde olarak verildi. Gruplar arasında kategorik değişkenler karşılaştırılırken Ki-kare testi; yaş ortalamaları için bağımsız gruplarda t testi kullanıldı. Anlamlılık seviyesi 0,05 olarak kabul edildi, $p>0,05$ olması durumunda anlamlı farklılığın olmadığı, $p<0,05$ olması durumunda ise anlamlı farklılığın olduğu belirtildi.

3.5 Araştırmanın Etik Yönu

Çalışma öncesinde Karabük Üniversitesi Tıp Fakóltesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 10.11.2020 tarihli etik kurul onayı ile yürütüldü (Ek-2). Veriler geriye dönük dosya tarama yöntemi ile toplandığından hasta onamı alınmamıştır.

4.BULGULAR

Çalışmada, 15.03.2019-15.09.2019 tarihleri ile 15.03.2020-15.09.2020 tarihleri arasında Karabük Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine yapılan 9184 başvuru kaydı incelendi. Bunlardan çeşitli sebeplerle muayene olmayan kişi sayısı 1020 (%11,1) iken, muayene olarak tanı almış hasta sayısı 8164'tü (%88,9). 15.03.2019-15.09.2019 tarihleri arasında aile hekimliği polikliniğine giriş yapıp muayene olan hasta sayısı 6501 (%79,6) iken muayeneye gelmeyen ya da polikliniğimizin bazı kısıtlı yetkilerinden dolayı hizmet alamayan kişi sayısı 833'tü (%81,6). 2020 yılının aynı döneminde ise muayene olan hasta sayısı 1663 (%20,4) iken, muayene olmayan kişi sayısı 187 (%19,4) idi. Yıllara göre muayene başvuru sayılarına baktığımızda 2019'a göre 2020 yılında belirgin şekilde azaldığı aynı yıl içerisinde muayene olmayanların oranında ise farklılık olmadığı saptandı (Şekil 4.1).



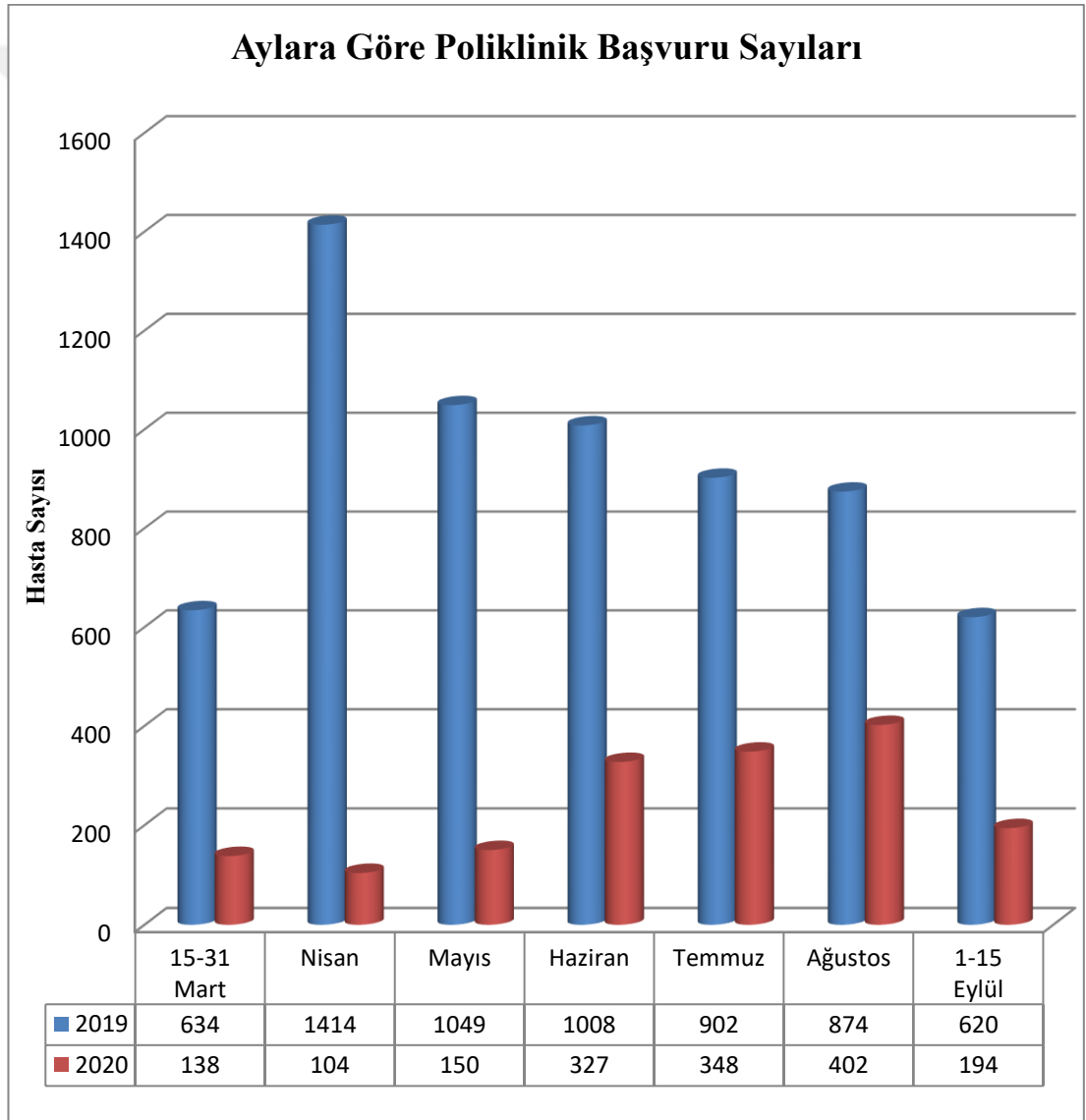
Şekil 4.1 2019 ve 2020 Yıllarında Muayene Olan ve Olmayan Hastaların Dağılımı

Hastaların yıllara göre başvuru sıklıkları Tablo 4.1’de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde 2019 yılında aile hekimliği polikliniğe giriş yapıp muayene olan 5657 kişi toplamda 6501 (%79,6) kez başvuru yaparken, 2020 yılında ise 1523 kişi toplamda 1663 (%20,4) kez başvuru yapmıştı. 15.03.2019-15.09.2019 dönemi boyunca bir kez yapılan başvuru sayısı 5009 (%77,04) iken iki kez başvuran 518 hasta toplamda 1036 (%15,93) kez polikliniğimize gelmişti. 2020 yılının aynı döneminde ise bir kez başvuru sayısı 1423’e düşmesine rağmen aynı yıl içindeki bütün başvuruları incelediğimizde bir kez yapılan başvuru oranı bir önceki yıl %77,04 iken %85,5’e çıktığı saptandı. İki kez yapılan başvurunun toplam geliş sayısı içindeki oranı ise 2019’da %15,98 iken 2020 yılının aynı döneminde %9,01’e düştüğü saptandı.

Tablo 4.1 Hastaların Yıllara Göre Başvuru Sıklıkları.

POLİKLİNİK BAŞVURU						
	2019 MART-EYLÜL			2020 MART-EYLÜL		
Geliş Sayısı	Hasta Sayısı	Toplam Geliş	Yüzde	Hasta Sayısı	Toplam Geliş	Yüzde
1	5009	5009	77,04	1423	1423	85,5
2	518	1036	15,93	75	150	9,01
3	90	270	4,15	15	45	2,7
4	23	92	1,41	6	24	1,44
5	11	55	0,84	3	15	0,9
6	4	24	0,36	1	6	0,51
7	1	7	0,1	0	0	0
8	1	8	0,12	0	0	0
TOPLAM	5657	6501	100	1523	1663	100

Hastaların aylara göre Aile Hekimliği polikliniğine başvuru sayıları Şekil 4.2’de verilmiştir. Buna göre; 2019 yılında çalışmamıza dahil olan aylardan Nisan ayının 1414 başvuru (%21,7) ile en çok poliklinik başvurusu yapılan ay olduğu saptandı. 2019 yılının yaz döneminde başvuruların azaldığı ve Ağustos ayının 874 (%13,4) başvuru ile en az hasta başvuru yapılan ay olduğu görüldü.. 2020 yılındaki poliklinik başvuru sayılarını incelediğinde ise bir önceki yılın tam tersi 104 (%6,25) başvuru ile en az Nisan ayında, en fazla ise 402 (%24,1) başvuru sayısı ile Ağustos ayında başvuru yapıldığı saptandı.



Şekil 4.2 Hastaların Aylara Göre Poliklinik Başvuru Sayısı

Aile Hekimliği polikliniğine muayene olan hastaların kayıtları incelendiğinde yaş ortalamasının 45.84 ± 19.98 yıl (0-98 yıl) olduğu saptandı. Hastaların 4348'i (%53,3) kadın, 3816'sı (%46,7) erkekti ve yaş ortalamalarına göre aralarında anlamlı farklılık saptandı ($p < 0,001$). Hastaların 7936'sı (% 97,2) Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) vatandaşı, 228'i (%2,8) yabancı uyruklu idi. Hastaların uyrukları cinsiyetlerine göre analiz edilmiş ve aralarında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,001$). Hastaların medeni durumları yine cinsiyetlerine göre incelendiğinde anlamlı farklılığın olduğu saptandı ($p < 0,001$) (Tablo 4.2).

Tablo 4.2 Hastaların Demografik Özellikleri

Cinsiyet		Kadın	Erkek	p
Özellik				
Yaş (yıl) ort$\pm$ss		48.16 $\pm$ 19.71	43.20 $\pm$ 19.96	0,001*
Medeni durum n (%)	Evli	3094	2345	0,001**
	Bekar	1036	1441	
	Dul/boşanmış	218	30	
T.C. Vatandaşı n(%)		4245(53,49)	3691(46,51)	0,001**
Yabancı Uyruklu n(%)		103(45,17)	125(54,83)	

*bağımsız gruplarda t testi **ki-kare testi

Hastaların cinsiyetinin yıllara göre poliklinik başvurularına baktığımızda, 2019 yılında toplam başvurunun 3676'sı (%56,5) kadınlardan oluşurken, 2020 yılında ise başvuruların çoğunun erkeklerin (%59,6) oluşturduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptandı ($p<0,001$) (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Hastaların Cinsiyete Göre Poliklinik Başvurularının 2019 ve 2020 Yılı Dağılımı.

Yıl	Kadın n(%)	Erkek n(%)	Toplam
2019 yılı	3676(56,5)	2825(43,5)	6501
2020 yılı	672(40,4)	991(59,6)	1663
<i>p</i>	0,001	0,001	

ki-kare testi

Yaş gruplarına göre 2019 ve 2020 yıllarında polikliniğe başvuran hastaların dağılımına bakıldığında, 2020 yılında 2019 yılına göre tüm yaş gruplarında polikliniğe başvuru yapan hasta sayısında anlamlı azalma olduğu görüldü ($p=0.001$) (Tablo 4.4). Altmış beş yaş üzeri hasta başvurusunun 2019 döneminde 1359 (%20,9) iken 2020 de 193'e (%11,6) düştüğü ve aradaki farkın anlamlı olduğu görüldü ($p=0.001$). 2019 yılında en çok başvuru yapan yaş grubu 2590 (%39,84) başvuru sayısı ile 41-64 yaş arası olduğu görülürken, bir sonraki yılın aynı döneminde 19-40 yaş arası hastaların 791 (%47,56) başvuru ile ilk sırada yer aldığı saptandı. Yaş grupları başvuru sıklığına göre değerlendirildiğinde iki dönemde de bir kez yapılan başvuru oranının en fazla görüldüğü yaş gruplarının 0-18 ile 19-40 yaş arası gruplar olduğu saptandı (Tablo 4.4).

Tablo 4.4 Yaş Gruplarına Göre Poliklinik Başvuru Sayılarının 2019 ve 2020 Yılı Dağılımları

Yaş (yıl)	2019 yılı		2020 yılı		<i>p</i>
	Hasta Sayısı n(%)	Başvuru Sayısı n(%)	Hasta Sayısı n(%)	Başvuru Sayısı n(%)	
0-18	390(6,89)	408(6,27)	90(5,9)	94(5,65)	0,001
19-40	1917(33,88)	2144(32,97)	741(48,65)	791(47,56)	
41-64	2200(38,88)	2590(39,84)	528(34,66)	585(35,17)	
65 ve üstü	1150(20,32)	1359(20,9)	164(10,76)	193(11,6)	
Toplam	5657	6501	1523	1663	

ki-kare test

Polikliniğe başvuran hastaların medeni durumları 2019 ve 2020 yıllarına göre karşılaştırıldığında evli, bekar ve dul/boşanmış hastaların başvurularında 2020 yılında bir önceki yıla göre anlamlı azalma olmuştur ($p=0,001$).

Tablo 4.5. Medeni Duruma Göre Hastaların Poliklinik Başvurularının Yıllara Göre Dağılımı.

Medeni durum	2019 yılı n(%)	2020 yılı n(%)	<i>p</i>
Evli	4452(68,4)	987(59,3)	0,001
Bekar	1853(28,5)	624(37,5)	
Dul/boşanmış	196(3,1)	52(3,2)	

ki-kare testi

Polikliniğe gelen hastaların T.C. vatandaşı ve yabancı uyruklu olma durumlarının yıllara göre dağılımı Tablo 4.6’da verilmiştir. T.C. vatandaşlarına göre yabancı uyruklu bireylerin başvurularında 2019 yılına göre 2020 yılının aynı döneminde anlamlı azalma olduğu saptandı ($p=0,001$).

Tablo 4.6. Hastaların Uyruğuna Göre Poliklinik Başvurularının Yıllara Göre Dağılımı

Yıl	2019 yılı n(%)	2020 yılı n(%)	<i>p</i>
T.C Vatandaşı	6301(96,9)	1635(98,3)	0,001
Yabancı Uyruklu	200(3,1)	28(1,7)	

ki-kare testi

Hastaların polikliniğe geliş nedenleri incelendiğinde, 7241 (%88,7) hastanın tıbbi muayene için başvurduğu, 923 (%11,3) hastanın sağlık kurulu başvurusu için polikliniğe giriş yaptığı belirlendi. Yıllara göre başvuru nedenleri karşılaştırıldığında, durumları gösterilmiştir. Tıbbi muayene için başvuran hastaların sayısının 2019 yılına göre 2020 yılında anlamlı olarak azaldığı, sağlık kurulu için başvuru yapan hastaların sayısının ise 2019 yılına göre 2020 yılında anlamlı olarak arttığı saptandı.

Tablo 4.7. Hastaların Polikliniğe Başvuru Nedenlerinin Yıllara Göre Dağılımı

Yıl	Muayene n(%)	Sağlık Kurulu n(%)
2019 yılı	6163(94,8)	338(5,2)
2020 yılı	1078(64,8)	585(35,2)
Toplam	7241(88,7)	923(11,3)
p	0.001	0.001

ki-kare testi

Hastaların randevu şekilleri değerlendirildiğinde Merkezi hekim randevu sistemi (MHRS) ile başvuran 1468 (%18,0) hasta varken, MHRS dışı başvurana sayısının 6696 (%82,0) olduğu saptandı. Yıllara göre karşılaştırıldığında 2019 yılına göre 2020 yılında MHRS başvurularının daha fazla, MHRS dışı başvuruların daha az olduğu ve aradaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p=0,001$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Hastaların MHRS Kullanım Oranının Yıllara Göre Dağılımı.

Yıl	MHRS n(%)	MHRS dışı n(%)
2019 yılı	747(11,5)	5754(88,5)
2020 yılı	721(43,4)	942(56,6)
Toplam	1468(18,0)	6696(82,0)
p	0.001	0.001

MHRS: Merkezi hekim randevu sistemi, ki-kare testi

Polikliniğe başvuran hastaların cinsiyete göre geliş nedenleri karşılaştırıldığında sağlık kurulu başvurusu oranı erkeklerde kadınlara göre daha yüksek iken ($p=0,003$), kadın hastalarda poliklinik muayene başvurusu ($p=0,003$) erkeklere göre daha yüksek oranda olduğu saptandı (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Cinsiyete göre Polikliniğe Başvuru Nedenlerinin Karşılaştırılması

Cinsiyet	Muayene n(%)	Sağlık Kurulu n(%)
Kadın	4129(57)	219(23,7)
Erkek	3112(43)	704(76,3)
Toplam	7241(88,7)	923(11,3)
<i>p</i>	0,003	0,003

ki-kare testi

Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastaların cinsiyete göre MHRS kullanma oranları karşılaştırıldığında, kadın hastaların MHRS kullanma oranının erkek hastalara göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü ($p=0,001$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Hastaların Cinsiyete Göre MHRS Kullanımının Karşılaştırılması

Cinsiyet	MHRS n(%)	MHRS dışı n(%)
Kadın	834(56,8)	3514(52,5)
Erkek	634(43,2)	3182(47,5)
Toplam	1468(18)	6696(82)
<i>p</i>	0,001	0,001

ki-kare testi

2019 ve 2020 yıllarının 15 Mart-15 Eylül dönemlerinde Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastaların tanılarıyla ilgili frekans tablosu Tablo 4.11’de görülmektedir. Çalışmaya dahil edilen iki döneme de bakıldığında sıklıklarına göre ilk 10 tanı sırasıyla; genel tıbbi muayene (%32,5), hipertansiyon (%19,8), akut ağrı (%11,0), kırgınlık (%5,7), gastrointestinal sistem hastalıkları (%4,1), akut üst solunum yolu enfeksiyonları (%4,0), diabetes mellitus (%3,3), tiroid bezi hastalıkları (%2,8), sinir sistemi hastalıkları (%2,2) ve ürogenital sistem hastalıkları (%2,2) idi.

Tanıların yıllara göre dağılımına bakıldığında 2019 yılında başvuran 6501 hastada ilk 10 tanı sırasıyla; genel tıbbi muayene (%27,4), hipertansiyon (%21,9), akut ağrı (%12,6), kırgınlık (%5,2), akut üst solunum yolu enfeksiyonları (%4,3), gastrointestinal sistem hastalıkları (%4,2), diabetes mellitus (%3,6), tiroid bezi hastalıkları (%2,8), ürogenital sistem hastalıkları (%2,3) ve sinir sistemi hastalıkları (%2,1) idi (Tablo 4.11).

2020 yılının aynı döneminde Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 1663 hastada ise ilk 10 tanı sırasıyla; genel tıbbi muayene (%52,4), hipertansiyon (%11,3), kırgınlık (%7,7), akut ağrı (%4,3), gastrointestinal sistem hastalıkları (%3,4), tiroid bezi hastalıkları (%2,8), akut üst solunum yolu enfeksiyonları (%2,5), sinir sistemi hastalıkları (%2,2) ve diabetes mellitus (%2,1) idi (Tablo 4.11).

-

Tablo 4.11. Hastaların Aldıkları Tanıların Yıllara Göre Dağılımı.

Tanı	2019		2020		Toplam (n)(%)	
	n	%	n	%		
Genel tıbbi muayene	1782	27,4	872	52,4	2654	32,5
Hipertansiyon	1425	21,9	189	11,3	1614	19,8
Akut ağrı	825	12,6	72	4,3	897	11,0
Kırgınlık	339	5,2	129	7,7	468	5,7
GİS hastalıkları	275	4,2	57	3,4	332	4,1
Akut ÜS YE	281	4,3	42	2,5	323	4,0
Diabetes mellitus	237	3,6	35	2,1	272	3,3
Tiroid bezi hastalıkları	184	2,8	48	2,8	232	2,8
Sinir sistemi hastalıkları	139	2,1	37	2,2	176	2,2
Ürogenital sistem hastalıkları	152	2,3	24	1,4	176	2,2
Kardiyovasküler sistem hastalıkları	133	2,0	24	1,4	157	1,9
Diyetisyen desteği	121	1,8	22	1,3	143	1,8
Vitamin eksikliği	108	1,6	14	0,8	122	1,5
Eklem ağrıları	71	1,0	18	1,0	89	1,1
Cilt hastalıkları	77	1,1	12	0,7	89	1,1
Demir eksikliği anemisi	74	1,1	11	0,6	85	1,0
Hiperlipidemi	59	0,9	5	0,3	64	0,8
Romatizmal hastalıklar	46	0,7	15	0,9	61	0,7
Psikiyatrik hastalıklar	45	0,6	13	0,7	58	0,7
Malnütrisyon	29	0,4	6	0,3	35	0,4
Malign hastalıklar	24	0,3	8	0,4	32	0,4
Yumuşak doku bozuklukları	12	0,1	3	0,1	15	0,2
Gastrostomi durumu	14	0,2	1	0,1	15	0,2
Dekübit ülserleri	9	0,1	4	0,2	13	0,2
Konjonktivit	9	0,1	2	0,1	11	0,1
Akut otitis media	10	0,1	0	0	10	0,1
Diğer	21	0,3	0	0	21	0,3

GİS: Gastrointestinal sistem, ÜS YE: Üst solunum yolu enfeksiyonları

Hastaların tanılarının cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde 2019 yılında Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 3676 kadın hastanın aldığı ilk 10 tanı sırasıyla: hipertansiyon (%24,6), genel tıbbi muayene (%18,6), akut ağrı (%14,3), kırgınlık (%6,0), akut üst solunum yolu enfeksiyonları (%4,6), tiroid bezi hastalıkları (%4,1), gastrointestinal sistem hastalıkları (%3,9), diabetes mellitus (%3,2), ürogenital sistem hastalıkları (%2,9) ve diyetisyen desteği (%2,6) idi (Tablo 4.12).

Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 2825 erkek hastanın aldığı ilk 10 tanı ise sırasıyla; genel tıbbi muayene (%38,7), hipertansiyon (%18,3), akut ağrı (%10,5), gastrointestinal sistem hastalıkları (%4,5), diabetes mellitus (%4,1), kırgınlık (%4,1), akut üst solunum yolu enfeksiyonları (%3,9), kardiyovasküler sistem hastalıkları (%2,5), sinir sistemi hastalıkları (%1,5) ve ürogenital sistem hastalıkları (%1,5) idi (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Aile Hekimliği Polikliniğine 2019 Yılında Başvuran Hastaların Tanılarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Tanı	Kadın		Erkek		Toplam (n)	(%)
	n	%	n	%		
Genel tıbbi muayene	687	18,6	1095	38,7	1782	27,4
Hipertansiyon	906	24,6	519	18,3	1425	21,9
Akut ağrı	526	14,3	299	10,5	825	12,6
Kırgınlık	223	6,0	116	4,1	339	5,2
GİS hastalıkları	147	3,9	128	4,5	275	4,2
Akut ÜS YE	170	4,6	111	3,9	281	4,3
Diabetes mellitus	121	3,2	116	4,1	237	3,6
Tiroid bezi hastalıkları	154	4,1	30	1,0	184	2,8
Sinir sistemi hastalıkları	95	2,5	44	1,5	139	2,1
Ürogenital sistem hastalıkları	109	2,9	43	1,5	152	2,3
Kardiyovasküler sistem hastalıkları	62	1,6	71	2,5	133	2,0
Diyetisyen desteği	96	2,6	25	0,8	121	1,8
Vitamin eksikliği	68	1,8	40	1,4	108	1,6
Eklem ağrıları	42	1,1	29	1,0	71	1,0
Cilt hastalıkları	44	1,1	33	1,1	77	1,1
Demir eksikliği anemisi	65	1,7	9	0,3	74	1,1
Hiperlipidemi	32	0,9	27	0,9	59	0,9
Romatizmal hastalıklar	30	0,8	16	0,5	46	0,7
Psikiyatrik hastalıklar	21	0,5	24	0,8	45	0,6
Malnütrisyon	19	0,5	10	0,3	29	0,4
Malign hastalıklar	16	0,4	8	0,2	24	0,3
Yumuşak doku bozuklukları	7	0,1	5	0,1	12	0,1
Gastrostomi durumu	8	0,2	6	0,2	14	0,2
Dekübit ülserleri	5	0,1	4	0,1	9	0,1
Konjonktivit	7	0,1	2	0,1	9	0,1
Akut otitis media	7	0,1	3	0,1	10	0,1
Diğer	9	0,2	12	0,4	21	0,3

GİS:Gastrointestinal sistem, ÜS YE:Üst solunum yolu hastalıkları

Hastaların tanılarının cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde 2020 yılında Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 672 kadın hastanın aldığı ilk 10 tanı sırasıyla; genel tıbbi muayene (%32,5), hipertansiyon (%14,5), kırgınlık (%12,7), tiroid bezi hastalıkları (%5,5), akut ağrı (%5,0), akut üst solunum yolu enfeksiyonları (%4,3), gastrointestinal sistem hastalıkları (%3,8), sinir sistemi hastalıkları (%2,9), ürogenital sistem hastalıkları (%1,4) ve diyetisyen desteği (%2,3) idi (Tablo 4.13).

Aile Hekimliği polikliniğine 2020 yılının aynı döneminde başvuran 991 erkek hastanın aldığı ilk 10 tanı ise sırasıyla; genel tıbbi muayene (%65,4), hipertansiyon (%9,1), kırgınlık (%4,3), akut ağrı (%3,8), gastrointestinal sistem hastalıkları (%3,1), diabetes mellitus (%2,0), sinir sistemi hastalıkları (%1,7), akut üst solunum yolu enfeksiyonları (%1,3), kardiyovasküler sistem hastalıkları (%1,3) (n=13) ve tiroid bezi hastalıkları (%1,1) idi (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Aile Hekimliği Polikliniğine 2020 Yılında Başvuran Hastaların Tanılarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Tanı	Kadın		Erkek		Toplam (n)	(%)
	n	%	n	%		
Genel tıbbi muayene	219	32,5	653	65,4	872	52,4
Hipertansiyon	98	14,5	91	9,1	189	11,3
Akut ağrı	34	5,0	38	3,8	72	4,3
Kırgınlık	86	12,7	43	4,3	129	7,7
GİS hastalıkları	26	3,8	31	3,1	57	3,4
Akut ÜSYE	29	4,3	13	1,3	42	2,5
Diabetes mellitus	15	2,2	20	2,0	35	2,1
Tiroid bezi hastalıkları	37	5,5	11	1,1	48	2,8
Sinir sistemi hastalıkları	20	2,9	17	1,7	37	2,2
Ürogenital sistem hastalıkları	16	2,3	8	0,8	24	1,4
Kardiyovasküler sistem hastalıkları	11	1,6	13	1,3	24	1,4
Diyetisyen desteği	16	2,3	6	0,6	22	1,3
Vitamin eksikliği	9	1,3	5	0,5	14	0,8
Eklem ağrıları	11	1,6	7	0,7	18	1,0
Cilt hastalıkları	6	0,8	6	0,6	12	0,7
Demir eksikliği anemisi	9	1,3	2	0,2	11	0,6
Hiperlipidemi	3	0,4	2	0,2	5	0,3
Romatizmal hastalıklar	7	1,0	8	0,8	15	0,9
Psikiyatrik hastalıklar	10	1,4	3	0,3	13	0,7
Malnütrisyon.	3	0,4	3	0,3	6	0,3
Malign hastalıklar	3	0,4	5	0,5	8	0,4
Yumuşak doku bozuklukları	0	0	3	0,3	3	0,1
Gastrostomi durumu	1	0,1	0	0	1	0,1
Dekübit ülserleri	2	0,2	2	0,2	4	0,2
Konjonktivit	1	0,1	1	0,1	2	0,1
Akut otitis media	0	0	0	0	0	0
Diğer	0	0	0	0	0	0

GİS:Gastrointestinal sistem, ÜSYE:Üst solunum yolu hastalıkları

Çalışmaya dahil edilen 228 yabancı uyruklu hastadan 200'ü (%87,7) 15.03.2019-15.09.2019 tarihleri arasında, geriye kalan 28'i (%12,3) ise bir sonraki yılın aynı döneminde polikliniğimize başvurmuştu. Bu hastaların yıllara göre almış oldukları tanılar Tablo 4.14'te gösterilmiştir. Buna göre, 2019 döneminde 200 yabancı uyruklu hastada görülen ilk beş tanı sırasıyla; genel tıbbi muayene (%50,0), akut ağrı (%11,5), hipertansiyon (%8,0), kırgınlık (%7,0) ve gastrointestinal sistem hastalıkları (%4,0) iken, 2020 yılında başvuran 28 yabancı uyruklu hastanın almış olduğu tanılar sırasıyla; genel tıbbi muayene (%67,8), hipertansiyon (%14,2), kırgınlık (%14,2), ve tiroid bezi hastalıkları (%3,4) idi.

Tablo 4.14. Aile Hekimliği Polikliniğine 2019 ve 2020 Yıllarında Başvuran Yabancı Uyruklu Hastaların Tanılarının Dağılımı.

Tanı	2019 yılı		2020 yılı		Toplam (n)	(%)
	n	%	n	%		
Genel tıbbi muayene	100	50,0	19	67,8	119	52,1
Akut ağrı	23	11,5	0	0	23	10,0
Hipertansiyon	16	8,0	4	14,2	20	8,7
Kırgınlık	14	7,0	4	14,2	18	7,9
GİS hastalıkları	8	4,0	0	0	8	3,5
Sinir sistemi hastalıkları	8	4,0	0	0	8	3,5
Akut ÜSYE	6	3,0	0	0	6	2,6
Diabetes mellitus	6	3,0	0	0	6	2,6
Tiroid bezi hastalıkları	5	2,5	1	3,5	6	2,6
Vitamin eksikliği	5	2,5	0	0	5	2,2
Eklem ağrıları	3	1,5	0	0	3	1,3
Hiperlipidemi	3	1,5	0	0	3	1,3
Demir eksikliği	2	1,0	0	0	2	0,8
Diyetisyen desteği	1	0,5	0	0	1	0,4

GİS: Gastrointestinal sistem, ÜSYE: Üst solunum yolu hastalıkları

Aile Hekimliği polikliniğine 15.03.2019-15.09.2019 tarihleri arasında başvuran hastaların tanılarının randevu şekillerine göre dağılımı Tablo 4.14'te görülmektedir. Bu dönemde MHRS üzerinden randevu alarak başvuran hastaların (n=747) aldığı tanıları değerlendirildiğinde ilk 10 tanı sırasıyla; genel tıbbi muayene (%24,2), hipertansiyon (%22,3) , akut ağrı (%20,4), kırgınlık (%8,0), vitamin eksikliği (%4,4), gastrointestinal sistem hastalıkları (%3,3), tiroid bezi hastalıkları (%2,8), akut üst solunum yolu enfeksiyonları (%2,0), kardiyovasküler sistem hastalıkları (%2,0) ve diabetes mellitus (%1,8) idi.

Aynı dönemde MHRS'den randevu almadan başvuran 5754 (%88,5) hastanın aldığı ilk 10 tanı sırasıyla; genel tıbbi muayene (%27,8), hipertansiyon (%21,8), akut ağrı (%11,6), kırgınlık (%4,8), akut üst solunum yolu enfeksiyonları (%4,6), gastrointestinal sistem hastalıkları (%4,3), diabetes mellitus (%3,8), tiroid bezi hastalıkları (%2,8), ürogenital sistem hastalıkları (%2,4) ve sinir sistemi hastalıkları (%2,3) idi (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Aile Hekimliği Polikliniğine 2019 Yılında Başvuran Hastaların Aldıkları Tanıların Randevu şekline Göre Dağılımı

Tanı	MHRS		MHRS dışı		Toplam (n)	(%)
	n	%	n	%		
Genel tıbbi muayene	181	24,2	1601	27,8	1782	27,4
Hipertansiyon	167	22,3	1258	21,8	1425	21,9
Akut ağrı	153	20,4	672	11,6	825	12,6
Kırgınlık	60	8,0	279	4,8	339	5,2
GİS hastalıkları	25	3,3	250	4,3	275	4,2
Akut ÜSYE	15	2,0	266	4,6	281	4,3
Diabetes mellitus	14	1,8	223	3,8	237	3,6
Tiroid bezi hastalıkları	21	2,8	163	2,8	184	2,8
Sinir sistemi hastalıkları	4	0,5	135	2,3	139	2,1
Ürogenital sistem hastalıkları	9	1,2	143	2,4	152	2,3
Kardiyovasküler sistem hastalıkları	15	2,0	118	2,0	133	2,0
Diyetisyen desteği	12	1,6	109	1,8	121	1,8
Vitamin eksikliği	33	4,4	75	1,3	108	1,6
Eklem ağrıları	5	0,6	66	1,1	71	1,0
Cilt hastalıkları	4	0,5	73	1,2	77	1,1
Demir eksikliği anemisi	7	0,9	67	1,1	74	1,1
Hiperlipidemi	8	1,0	51	0,8	59	0,9
Romatizmal hastalıklar	0	0	46	0,7	46	0,7
Psikiyatrik hastalıklar	4	0,5	41	0,7	45	0,6
Malnütrisyon	2	0,2	27	0,4	29	0,4
Malign hastalıklar	0	0	24	0,4	24	0,3
Yumuşak doku bozuklukları	1	0,1	11	0,2	12	0,1
Gastrostomi durumu	0	0	14	0,2	14	0,2
Dekübit ülserleri	0	0	9	0,1	9	0,1
Konjonktivit	2	0,2	7	0,1	9	0,1
Akut otitis media	0	0	10	0,1	10	0,1
Diğer	5	0,6	16	0,2	21	0,3

GİS:Gastrointestinal sistem, ÜSYE:Üst solunum yolu hastalıkları

Aile Hekimliği polikliniğine 15.03.2020-15.09.2020 tarihleri arasında başvuran hastaların tanılarının randevu şekillerine göre dağılımı Tablo 4.16’da görülmektedir. Bu dönemde MHRS üzerinden randevu alarak başvuran hastaların (n=721) aldığı ilk 10 tanı sırasıyla; genel tıbbi muayene (%29,9), hipertansiyon (%17,7), kırgınlık (%14,5), akut ağrı (%7,3) tiroid bezi hastalıkları (%4,8) , gastrointestinal sistem hastalıkları (%4,5), diyetisyen desteği (%2,9), diabetes mellitus (%2,7), akut üst solunum yolu enfeksiyonları (%2,4), kardiyovasküler sistem hastalıkları (%1,6) ve eklem ağrıları (%1,6) idi.

Aynı dönemde MHRS randevu sistemini kullanmadan başvuran 942 hastanın aldığı ilk 10 tanı sırasıyla; genel tıbbi muayene (%69,6) hipertansiyon (%6,4), sinir sistemi hastalıkları (%3,2), gastrointestinal sistem hastalıkları (%2,5), kırgınlık (%2,5), akut üst solunum yolu enfeksiyonları (%2,5), akut ağrı (%2,0), diabetes mellitus (%1,5), tiroid bezi hastalıkları (%1,3) ve ürogenital sistem hastalıkları (%1,3) idi (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Aile Hekimliği Polikliniğine 2020 Yılında Başvuran Hastaların Aldıkları Tanıların Randevu şekline Göre Dağılımı

Tanı	MHRS		MHRS dışı		Toplam (n)	(%)
	n	%	n	%		
Genel tıbbi muayene	216	29,9	656	69,6	872	52,4
Hipertansiyon	128	17,7	61	6,4	189	11,3
Akut ağrı	53	7,3	19	2,0	72	4,3
Kırginlık	105	14,5	24	2,5	129	7,7
GİS hastalıkları	33	4,5	24	2,5	57	3,4
Akut ÜS YE	18	2,4	24	2,5	42	2,5
Diabetes mellitus	20	2,7	15	1,5	35	2,1
Tiroid bezi hastalıkları	35	4,8	13	1,3	48	2,8
Sinir sistemi hastalıkları	6	0,8	31	3,2	37	2,2
Ürogenital sistem hastalıkları	11	1,5	13	1,3	24	1,4
Kardiyovasküler sistem hastalıkları	12	1,6	12	1,2	24	1,4
Diyetisyen desteği	21	2,9	1	0,1	22	1,3
Vitamin eksikliği	8	1,1	6	0,6	14	0,8
Eklem ağrıları	12	1,6	6	0,6	18	1,0
Cilt hastalıkları	11	1,5	1	0,1	12	0,7
Demir eksikliği anemisi	11	1,5	0	0	11	0,6
Hiperlipidemi	3	0,4	2	0,2	5	0,3
Romatizmal hastalıklar	10	1,3	5	0,5	15	0,9
Psikiyatrik hastalıklar	6	0,8	7	0,7	13	0,7
Malnütrisyon	0	0	6	0,6	6	0,3
Malign hastalıklar	1	0,1	7	0,7	8	0,4
Yumuşak doku bozuklukları	1	0,1	2	0,2	3	0,1
Gastrostomi durumu	0	0	1	0,1	1	0,1
Dekübit ülserleri	0	0	4	0,4	4	0,2
Konjonktivit	0	0	2	0,2	2	0,1
Akut otitis media	0	0	0	0	0	0
Diğer	0	0	0	0	0	0

GİS:Gastrointestinal sistem, ÜS YE:Üst solunum yolu hastalıkları

5. TARTIŞMA

Karabük Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine COVID-19 salgını sürecinde başvuran hastalar ile bir önceki yılın aynı döneminde başvuran hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini karşılaştırmayı amaçladığımız çalışmada, başvuru sayılarının pandemi nedeniyle azaldığı (6501 karşın 1663) ve başvuru nedenlerinin değişiklik gösterdiği saptandı.

Ülkemizde MHRS uygulaması bireylerin Sağlık Bakanlığına tabi hastaneler, ağız ve diş sağlığı merkezleri ve aile hekimlerine Alo 182 ile canlı operatörlerden, internet sitesi üzerinden ya da MHRS mobil uygulamasından istedikleri hastane ve hekim randevusu oluşturabilecekleri bir sistemdir (45). Polikliniğimize MHRS’den veya direkt hastaneden kayıt alınabilmesine rağmen muayeneye gelmeyen ya da muayene olamadığı için işlem yapılmayan hastaların oranı her iki dönemde de %10 bulunmuştur. Bu durumun aile hekimliği polikliniğinin bazı ilaç ve ilaç raporlarında geri ödeme kapsamında yetkinliğinin olmamasından kaynaklı olduğu öne sürülebilir.

Umurlu Aile Hekimliği Merkez’inde 2 yıllık başvuruların incelendiği çalışmada sağlık hizmeti alan 1961 kişi toplamda 2618 kez polikliniğe başvurduğu görülmektedir (46). Gülseren Oktay ve ark.’nın (47) yaptığı bir çalışmada 1.04.2013-31.03.2014 dönemi boyunca Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğinde sağlık hizmeti alan kişi sayısının 2474 olduğu ve bu kişilerin toplamda 3308 kez polikliniğe başvurduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada hastaların başvuru sıklıkları incelendiğinde bir kez yapılan 1956 başvurunun toplam başvurular içindeki oranı %59,13 iken iki kez başvuran 363 hastanın 726 başvurusunun oranı ise %21,95 olduğu tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda ise 15.03.2019-15.09.2019 dönemi boyunca aile hekimliği polikliniğine giriş yapan 5657 kişinin toplamda 6501 (%79,6) kez başvuru yaptığı, 2020 yılının aynı

döneminde ise 1523 kişinin toplamda 1663 (%20,4) kez polikliniğimize başvuru yaptığı saptandı. 2019 dönemi boyunca bir kez yapılan başvuru sayısı 5009 (%77,04) iken, iki kez başvuran 518 hasta toplamda 1036 (%15,93) kez polikliniğimize gelmişti. 2020 yılının aynı döneminde ise bir kez başvuran sayısı 1423'e düşmüş ancak hesaplanan bir kez başvuru sıklığı %85,5'e çıkmıştır. Yine bu dönemde iki kez başvuru yapan 75 hasta toplamda 150 (%9,01) kez polikliniğimize gelmiştir. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 2474 hastanın %79'u, benzer şekilde Adnan Menderes Üniversitesi Umurlu Aile Hekimliği Merkezine başvuran hastaların %80,8'i bir kez başvurmuştur (45,46). Bizim çalışmamızda 2019 döneminde hastaların %88,5'i, 2020 döneminde ise %93,4'ü bir kez başvurmuştur. Görüldüğü üzere polikliniğimize toplam başvuru sayısı, 11 Mart 2020'de DSÖ'nün pandemi ilanı ve aynı gün ülkemizde görülen ilk COVID-19 vakası sonrasında belirgin şekilde azalmıştır. 2020 yılının aynı döneminde hastaların polikliniğimize bir önceki yıla göre birden fazla başvuru oranının da pandemi sebebiyle ciddi bir şekilde azaldığı görülmektedir.

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Poliklinikleri'nde 2014 yılında yapılan bir çalışmada Merkez Aile Hekimliği Polikliniğine maksimum hasta (n=3069) başvurusu 2014 senesinde Nisan ayında, minimum hasta (n=533) başvurusunun ise Ağustos ayında Ulus Aile Hekimliği Polikliniğine yapıldığı bildirilmiştir (48). 2019 yılında çalışmamıza dahil olan aylardan benzer şekilde Nisan ayı 1414 başvuru (%21,7) ile poliklinik başvurusu en çok yapılan ay olurken, yaz aylarına doğru gelindiğinde başvuruların azaldığı ve Ağustos ayının 874 (%13,4) başvuru ile polikliniğimize en az hasta başvurusu yapılan ay olduğu görülmüştür. 2020 yılında ise bir önceki yılın tam tersi 104 (%6,25) poliklinik başvurusu ile en az başvurusunun Nisan ayında olduğu gözlenirken, yaz aylarına doğru başvuruların arttığı ve Ağustos ayında 402 (%24,1) başvuru ile en fazla hasta başvurusunun olduğu saptandı. 2020 yılının bu döneminde yaşanan bu durum, ülkemizde 21.03.2020 tarihinde sokağa çıkma kısıtlamalarıyla başlayan ve 01.06.2020 tarihi itibarı ile devam eden yeni normalleşme uygulamalarının somut bir göstergesidir (49,50).

Çalışmaya dahil edilen 8164 hastanın yaş ortalaması 45.84 ± 19.98 yıldır (0-98 yıl). Cinsiyete göre değerlendirildiğinde hastaların %53,3'ü kadın olup yaş ortalaması 48.16 ± 19.71 yıl, %46,7'si erkek olup yaş ortalaması 43.20 ± 19.96 yıldır. Fidancı ve ark.'nın (48) 2014 yılında Ankara ilinde bir eğitim ve araştırma hastanesinin semt polikliniklerinde bulunan Aile Hekimliği polikliniklerine yapılan başvuruların değerlendirildiği çalışmada hastaların %42'sinin erkek, %58'inin kadın olduğu, Bahçelievler Polikliniği için ortalama yaş $40,3 \pm 11,6$ yıl, Ulus Polikliniği için $39,1 \pm 10,4$ yıl, Yenimahalle Polikliniği için $37,1 \pm 8,7$ yıl, Hüseyingazi Polikliniği için $38,2 \pm 8,2$ yıl, Merkez Polikliniği için $40,3 \pm 9,1$ yıl olduğu bildirilmiştir. Düzce 3 No'lu Aile Sağlığı Merkezine yapılan başvuruların değerlendirildiği çalışmada hastaların %41,70'inin yaş ortalaması 40.9 ± 0.5 yıl olan erkek, %58,30'unun yaş ortalaması 44.2 ± 0.4 yıl olan kadın olduğu görülmüştür (51). Maç ve ark.'nın (52) yaptığı çalışmada ise hastaların ortalama yaşları hastane grubunda $42 \pm 19,79$ yıl; Eğitim ASM (EASM) grubunda $34 \pm 15,56$ yıldır. Hastaneye başvuranların %51,20'si kadın, %48,80'i erkek; EASM'ye başvuranların %63,30'u kadın, %36,60'ı erkektir. Görüldüğü üzere bütün benzer çalışmalarda aile hekimliği polikliniğine başvuran kadın hasta sayısı erkek hasta sayısından daha fazladır. Bizim çalışmamızda ise hastaların yıllara göre cinsiyet oranlarına bakıldığında 2019 yılında literatüre benzer şekilde başvuran hastaların %56,5'i kadın, %40,4'ü erkek iken, 2020 yılının aynı döneminde başvuran hastaların %43,5'i kadın, %59,6'sının erkek olduğu ve yıllar arasında cinsiyete göre bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. 2020 yılı COVID-19 pandemi döneminde saptanan kadın hasta başvurusundaki azalma ve erkek hasta başvuru oranındaki artışın nedeni polikliniğimize gelen erkek hastaların yaş sebebiyle sokağa çıkma kısıtlamalarından kadınlara kıyasla daha az etkilenmesi ve mecburi sebeplerden ötürü (işe giriş muayenesi vb.) polikliniğimize kadınlardan daha çok başvurmuş olması olabilir.

Umurlu Aile Hekimliği Polikliniği'nde yürütülen çalışmada polikliniğe yapılan 1953 başvurunun %23,30'u (n=455) 0-14 yaş grubu, %61,20'si (n=1.195) 15-64 yaş grubu, %15,50'si de (n=303) 65 yaş ve üzeri yaş grubunda olduğu bildirilmiştir (46). Düzce 3 No'lu Aile Hekimliği Birimi'nde yapılan çalışmada 5685 başvurunun %18,20'sinin (n=1.035) 0-14 yaş grubu, %50,30'unun (n=2862) 15-59 yaş grubu,

%31,50'sinin de (n=1788) 60 yaş ve üzeri yaş grubu tarafından yapıldığı görülmüştür (51). Maç ve ark.'nın (52) yaptığı çalışmada 65 yaş ve üzeri hastalar hastane grubundaki hastaların %15,9'unu, EASM grubunda ise hastaların %15,1'ini oluşturmaktaydı. Bizim çalışmamızda ise 2019 dönemindeki 6501 başvurunun %6,27'si (n=408) 0-18 yaş grubu, %32,97'si (n=2144) 19-40 yaş grubu, %39,84'ü (n=2590) 41-64 yaş grubu, %20,9'u da (n=1359) 65 yaş ve üzeri yaş grubundan oluşmaktaydı. 2020 dönemine bakıldığında hastaların %5,65'i (n=94) 0-18 yaş grubu, %47,56'sı (n=791) 19-40 yaş grubu, %35,17'si (n=585) 41-64 yaş grubu, %11,6'sı da (n=193) 65 yaş ve üzeri yaş grubunda idi. Çalışmalardaki farklı yaş ortalamaları çalışmanın yapıldığı merkezin konumu ve hizmet verdiği nüfusun farklılığı sebebiyle ortaya çıkmış olabilir. Bizim çalışmamızda ise 2020 döneminde bir önceki yıla göre tüm yaş gruplarında azalma görülürken, azalmanın çoğunlukla 65 yaş ve üstü hasta grubunda olması yine pandemi sürecinde 65 yaş üzeri bireyler için olan kısıtlayıcı uygulamaların bir sonucu olduğunu göstermektedir.

Polikliniğine başvuran hastaların medeni durumları yıllara göre ele alındığında, 2020 döneminde evli, bekar, dul/boşanmış hastaların sayısı bir önceki yıla göre anlamlı şekilde azalmıştır. Çalışma yapılan iki dönemi karşılaştırdığımızda; evli hastaların oranı %68,4'ten %59,3'e düşerken, bekar hastaların oranı %28,5'tan %37,5'e yükseldiği, dul/boşanmış hastaların oranının ise değişmediği saptanmıştır. Bu duruma, evli bireylerin koronavirüs kapma ve ailesine bulaştırma korkusu ile okulların kapanmasıyla çocukları evde olan bireylerin evden dışarı çıkamaması sebep olabilir.

Çalışmamızda 2019 döneminde Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 6501 hastanın 6163'ünün (%94,8) muayene için, 338'inin (%5,2) ise sağlık kurulu/işe giriş muayenesi için başvurduğu saptandı. 2020 yılının aynı döneminde ise 1663 hastadan 1078'i (%64,8) tıbbi muayene için, 585'i (%35,2) ise sağlık kurulu/işe giriş muayenesi için polikliniğe başvurmuştu. Pandemi ilan edildikten sonraki dönemde polikliniğimize işe giriş muayenesi için başvuranların sayısının bir önceki yıla kıyasla belirgin şekilde artması, pandemi sürecindeki iş değişikliklerinin artmasıyla

ve Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesinin işe giriş muayenesinde istenen bütün tetkiklerin (işitme testi, solunum fonksiyon testi, akciğer grafisi, ELİSA testi vb.) yapılabileceği ilimizdeki tek kamu hastanesi olmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda hastaların 2019 dönemindeki MHRS kullanım oranı %11,5 (n=747) iken 2020 yılının aynı döneminde %43,4'e (n=721) yükseldiği gözlemlendi. Karabük ilinin pandemi hastanesi olan hastanemizde 01.06.2020 tarihinde hastane sosyal medya hesabından koronavirüs tedbirleri kapsamında polikliniklerin MHRS dışında hasta kabul etmeyeceği açıklaması yapılması bu oranların ortaya çıkmasında etkili olmuş olabilir. Buna ek olarak işe giriş muayenelerinde MHRS zorunluluğu olmaması aile hekimliği polikliniği açısından 2020 dönemindeki MHRS dışı randevuların neden devam ettiğini açıklayabilir.

Polikliniğe başvuran hastaların cinsiyete göre geliş nedenlerine bakıldığında sağlık kurulu için başvuran 923 hastanın 704'ü (%76,3) erkek, 219'u (%23,7) kadındı. Polikliniğe muayene için başvuran hastalar incelendiğinde kadın hastaların başvurusu (%57) erkeklere göre (%43) daha yüksek oranda görülmüştür. Polikliniğe sağlık kurulu sebebiyle yapılan başvurular genellikle işe giriş muayenesi için olup MHRS ile randevu alınmadan da başvuru yapılabilmektedir. Bu hastaların büyük bir çoğunluğunun erkeklerden oluşması, ülkemizde iş gücüne katılımda erkeklerin daha çok istihdam edilmesinin bir yansıması olduğu düşünülmektedir. TÜİK'e göre, Türkiye'de 15 yaş ve daha yukarı yaştaki bireylerden istihdam edilenlerin oranı %47,4 olup bu oran kadınlarda %29,4, erkeklerde ise %65,7'dir (53). Bu durum MHRS kullanımının erkeklere kıyasla kadınlarda daha yüksek oranda görülmesinin sebebini de izah edebilir.

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğinde yapılan bir çalışmada başvuru sıklıklarına göre konan ilk 5 tanı sırasıyla; üst solunum yolu enfeksiyonları (%17,8), genel sağlık muayenesi ve sağlık raporu amacıyla olan başvurular (%8,94), anemi (%8,8), miyalji (%7,1), hipertansiyon (%4,6) olarak

bildirilmiştir (47). Maç ve ark.'nın (52) yaptığı çalışmada hastaların hastane polikliniklerinde en sık aldıkları beş tanı sıklık sırasına göre; akut üst solunum yolu enfeksiyonları (%20,8), endokrin bozukluklar (%19,4), genel tıbbi muayene (%15,0), hipertansiyon (%10,7) ve işe girme öncesi muayene (%6,0) olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada hastaların EASM polikliniklerinde aldıkları tanıların ise sıklık sırasına göre; akut üst solunum yolu enfeksiyonları (%25,9), hipertansiyon (%10,6), genel tıbbi muayene (%10,2), miyalji (%10,1) ve rutin çocuk muayenesi (%9,1) şeklindeydi. Bizim çalışmamızda 2019 döneminde başvuran 6501 hastanın aldığı ilk beş tanı sırasıyla; genel tıbbi muayene (%27,4, n=1782), hipertansiyon (%21,9, n=1425), akut ağrı (%12,6, n=825), kırgınlık (%5,2, n=339) ve akut üst solunum yolu enfeksiyonları (%4,3, n=281) idi. 2020 yılının aynı döneminde ise poliklinikte muayene olan 1663 hastaya konan ilk 5 tanı sırasıyla; genel tıbbi muayene (%52,4, n=872), hipertansiyon (%11,3, n=189), kırgınlık (%7,7, n=129), akut ağrı (%4,3, n=72), gastrointestinal sistem hastalıkları (%3,4, n=57) idi. Çalışma sonuçlarımız her iki dönemde de Aile Hekimliği polikliniği başvurularında ilk 2 sırada genel tıbbi muayene ve hipertansiyon tanıları olduğunu ancak 2020 yılının aynı döneminde 2019 yılına göre hastaların yarıdan fazlasının genel tıbbi muayene tanısı aldığını göstermektedir. Hastane kayıt sisteminde genel tıbbi muayene tanısı genellikle işe giriş muayeneleri ve öğrencilerin yurda kayıt için başvurduğu durumlarda kullanılmaktadır. Genel tıbbi muayene tanısının polikliniğimizde ilk sırada olmasının temel sebebi, daha önce belirtildiği üzere Karabük Eğitim Araştırma Hastanesi'nin bu nedenlerle yapılan başvurularda gereken tüm tetkiklerin yapılabildiği ildeki tek kamu hastanesi olmasıdır. Hipertansiyon hastalarının pandemi döneminde belirgin şekilde azalmasının sebebi ise bu süreçte hastane başvurularını azaltmak amacıyla ilaç raporlarının uzatılmasına ve hastaların bulaş riski nedeniyle hastaneye gelmemelerine bağlı olabilir.

Yabancı uyruklu hastaların 2019 döneminde başvuru oranı %3,1 (n=200) iken 2020 döneminde bu oran %1,7 (n=28) gerilemiştir. 2019 döneminde Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 200 yabancı uyruklu hastada saptanan ilk beş tanı sırasıyla: genel tıbbi muayene (%50,0, n=100), akut ağrı (%11,5, n=23), hipertansiyon (%8,0, n=16), kırgınlık (%7,0, n=14) ve gastrointestinal sistem hastalıkları (%4,0, n=8) idi.

2020 yılının aynı döneminde başvuran 28 yabancı uyruklu hastanın almış olduğu tanılar ise sırasıyla; genel tıbbi muayene (%67,8, n=19), hipertansiyon (%14,2, n=4), kırgınlık (%14,2, n=4) ve tiroid bezi hastalıkları (%3,4, n=1) idi. İlimizde bulunan Karabük Üniversitesi ülkemizin en çok uluslararası öğrenciye sahip yüksek öğretim kurumudur (54). 2019 yılına göre 2020 yılının aynı döneminde yabancı uyruklu hasta başvurusunun neredeyse on kat azaldığı görülmektedir. Bu durum pandemi tedbirleri kapsamında yurtdışı seyahat kısıtlamalarının olması ve üniversitelerin uzaktan eğitime geçmiş olmasıyla açıklanabilir.

Düzce 3 No'lu ASM'de yapılan çalışmada erkeklerde akut nazofarenjit-nezle, esansiyel hipertansiyon ve bel ağrısı sırasıyla önde gelen üç tanıyı oluşturmaktadır (51). Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde yapılan bir çalışmada erkeklerde ilk üç tanıyı sırasıyla hipertansiyon, gastrointestinal yakınmalar ve üst solunum yolları yakınmaları oluşturmaktaydı (55). Bizim çalışmamızda ise 2019 döneminde polikliniğe başvuran erkek hastaların tanıları incelendiğinde %38,7 oranı ile genel tıbbi muayene tanısının ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Erkek hastaların aldığı diğer tanılar ise sırasıyla; hipertansiyon (%18,3), akut ağrı (%10,5), gastrointestinal sistem hastalıkları (%4,5), diabetes mellitus (%4,1), kırgınlık (%4,1) şeklindeydi. 2020 yılının aynı döneminde ise erkek hastaların en çok aldığı ilk tanı %65,4 oranı ile yine genel tıbbi muayene olarak görülmektedir, sırasıyla diğer tanılar ise hipertansiyon (%9,1), kırgınlık (%4,3), akut ağrı (%3,8), gastrointestinal sistem hastalıkları(%3,1) idi. Pandemi döneminde erkek hastalar arasında genel tıbbi muayene tanısının yüksek olması hastaların iş, eğitim, evlilik vb. sebeplerle sağlık raporu almak için mecburi olarak ilimizde tek olan hastaneye başvurmak zorunda kalması olabilir.

Düzce'de yapılan çalışmada kadınlarda akut nazofarenjit-nezle, esansiyel hipertansiyon ve bel ağrısı sırasıyla önde gelen üç tanıyı oluşturmaktaydı (51). Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde yapılan benzer çalışmada kadın hastalarda ilk üç tanı sırasıyla, hipertansiyon, osteoporoz ve gastrointestinal yakınmalar olarak bildirilmiştir (55). Bizim çalışmamızda ise 2019 dönemindeki kadın hastaların aldığı

ilk beş tanı sırasıyla; hipertansiyon (%24,6), genel tıbbi muayene (%18,6), akut ağrı (%14,3), kırgınlık (%6,0) ve akut üst solunum yolu enfeksiyonları (%4,6) idi. 2020 yılının aynı döneminde ise polikliniğimize başvuran kadın hastaların aldığı ilk beş tanı sırasıyla; genel tıbbi muayene (%32,5), hipertansiyon (%14,5), kırgınlık (%12,7), tiroid bezi hastalıkları (%5,5) ve akut ağrı (%5,0) idi. Düzce’de yapılan çalışmada bizim çalışmamızla uyumlu şekilde her iki dönemde de hipertansiyon, vitamin B12 eksikliği ve demir eksikliği anemisi kadınlarda, genel tıbbi muayene ve işe girme öncesi muayene erkeklerde daha sık olduğu bildirilmiştir (51).

Karabük Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastaların tanılarına randevu şekilleri esas alınarak bakıldığında ise 2019 döneminde 747 (%11,5) hastanın Merkezi Hasta Randevu Sistemi (MHRS) üzerinden polikliniğe başvurduğu saptandı. Bu hastalara konan ilk beş tanı sırasıyla; genel tıbbi muayene (%24,2), hipertansiyon (%22,3), akut ağrı (%20,4), kırgınlık (%8,0) ve vitamin eksikliği (%4,4) idi. Aynı dönemde MHRS' den randevu almadan direkt başvuran 5754 (%88,5) hastanın aldığı ilk beş tanıdan genel tıbbi muayene %27,8 (n=1601) oranla ilk sırada yer almaktaydı. Onu sırasıyla hipertansiyon (%21,8), akut ağrı (%11,6), kırgınlık (%4,8) ve akut üst solunum yolu enfeksiyonları (%4,6) takip etmekteydi. 2019 yılı açısından hastaların randevu şekilleri tanı sıralamasını değiştirmemiştir ve bütün tanılar ele alındığında hastaların çoğunlukla MHRS kullanmadan başvurduğu gözlenmektedir. Literatürde bu verilerimizi kıyaslayacak herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

2020 döneminde başvuran 1663 hastanın 721’inin (%43,4) MHRS üzerinden randevu alarak başvurduğu saptandı. Bu hastaların aldığı ilk beş tanı sırasıyla; genel tıbbi muayene (%29,9), hipertansiyon (%17,7), kırgınlık (%14,5), akut ağrı (%7,3) ve tiroid bezi hastalıkları (%4,8) idi. Yine aynı dönemde polikliniğe MHRS üzerinden randevu almadan direkt başvuran 942 (%56,6) hastanın aldığı ilk beş tanıdan genel tıbbi muayene %69,6 (n=656) oranla ilk sırada yer almaktaydı. Bunu sırasıyla, hipertansiyon (%6,4), sinir sistemi hastalıkları (%3,2), gastrointestinal sistem hastalıkları (%2,5), kırgınlık (%2,5) ve akut üst solunum yolu enfeksiyonları

(%2,5) takip etmekteydi. Bu dönemde genel tıbbi muayene, sinir sistemi hastalıkları, akut ÜSYE, ürogenital sistemi hastalıkları, psikiyatrik hastalıklar, dekübit ülserleri ve malign hastalıklar tanılarında hastaların MHRS kullanım oranı daha az iken diğer tanılarda daha çok kullanıldığı görülmüştür. Bu sonuçlar, bu dönemde hastanemizde sadece MHRS ile başvuran hastaların muayene olabileceğinin ancak sağlık raporları ve acil durumlar için randevu alınmadan da başvurulabileceğinin duyurulmuş olmasının göstergesi olabilir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamızda, Karabük Eğitim Araştırma Hastanesine Aile Hekimliği Polikliniğine pandemi sürecinde başvuran hastalar ile bir önceki yılın aynı döneminde başvuran hastaları sosyodemografik özelliklerine, başvuru sebebine, başvuru sıklıklarına, randevu şekillerine ve tanılarına göre değerlendirdik. Buna göre çalışmamızdan elde edilen sonuçlar şöyledir;

1. Çalışma yapılan iki dönemde de polikliniğimize alınan bazı randevulara kısıtlı yetkilerimizden dolayı işlem yapılamamıştır. Aile hekimliği polikliniklerinin bazı ilaç ve raporlardaki yetkinliğinin artırılması hem sağlık personeli hem de hastalar açısından zaman kaybını önleyebileceği kanaatindeyiz.
2. Pandemi sürecinde polikliniğimize başvuran hasta sayısının bir önceki yılın aynı dönemine göre %75 oranında azaldığı ve bu hastaların çoğunluğunun bir kez başvurduğu saptandı. Bu durum hastaların pandeminin getirdiği kısıtlayıcı tedbirlere uyduğunu ve bulaş riskinden dolayı hastaneye zorunlu haller olmadıkça tekrar başvurmadıklarını göstermektedir.
3. Pandemi ilanı sonrasındaki Nisan ve Mayıs ayları polikliniğimizde en az başvurunun yapıldığı aylar olurken, Haziran ayında yeni normalleşme uygulamaları ile birlikte hasta sayımız Eylül ayına kadar artış gözlenmiş ve bu dönemde MHRS randevusu olmadan hasta bakılmamasına özen gösterilmiştir. Bu durum polikliniğimiz önünde ve hastanede oluşabilecek yoğunluğu önlerken, muayene sırasında hastalara daha fazla vakit ayırabilmemize olanak sağlamıştır. Bu uygulamanın hem hastalar hem de hekimler açısından hayati derecede önemli olduğunu, hastalara daha çok

zaman ayırabilmenin erken teşhis ve tedaviye sebebiyet verdiğini ve polikliniklerde oluşabilecek yoğunlukları önlediğinden sağlıkta şiddet olaylarının azalabileceğini vurgulamak isteriz.

4. Çalışmamızda pandemi sürecinde bir önceki yıla göre başvuru sayısı en çok azalan yaş grubu beklendiği üzere 65 yaş ve üzeri hastalardı.
5. Yapılan çalışmaların neredeyse hepsinde aile hekimliği polikliniklerinde kadın hasta sayısı erkek hastalardan daha fazla iken pandemi döneminde polikliniğimize başvuran erkek hastaların kadınlardan daha çok olduğu saptandı. Bu hastaların yarısından fazlasının genel tıbbi muayene tanısı aldığı gözlemlendi. Karabük ilinde iş olanaklarının çoğunlukla demir çelik alanında olması ve bu yüzden iş gücünde erkeklerin daha çok tercih edilmesinin bu sonuçlarda etkili olduğu kanaatindeyiz.
6. Pandemi döneminde, bir önceki yılın aynı dönemine kıyasla evli hastaların oranı azalıp bekar hastaların arttığı gözlemlendi. Evli hastaların, koronavirüs kapma ve ev içinde diğer aile bireylerine bulaştırma korkusundan dolayı hastaneye gelmekten daha çok çekindikleri kanaatindeyiz.
7. Polikliniğimize sağlık kurulu için yapılan başvuruların bir önceki yıla kıyasla pandemi sürecinde anlamlı bir şekilde arttığı saptanmıştır. Bu duruma bu dönemdeki iş değişikliklerinin artmasının, hastanemizin işe giriş raporu için istenen tüm tetkiklerin yapılabilceği ildeki tek kamu hastanesi olmasıyla polikliniğimize yansıdığı kanaatindeyiz.
8. Pandemi döneminde, ilaç raporlarının sağlık kuruluşlarına gelmeden uzatılmasıyla özellikle kronik rahatsızlığı olan hastaların başvurusunda ciddi azalma gözlenirken, bu durum hasta takibinin zor olmasına ve ilerde yaşanabilecek komplikasyonlara sebep olabileceğinden teletıp uygulamalarının ülkemizde daha da geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması sağlanmalıdır.

9. Pandemi sürecinde üniversitelerin uzak eğitime geçmesi ve dolayısıyla polikliniğimize yurтта kalabilmek için istenen rapor başvurusun olmaması, çoğunluğu üniversite öğrencisi olan yabancı uyruklu hasta sayısının neredeyse on kat azalmasına neden olmuştur.



7. KAYNAKLAR

- 1.WONCA Europe. (2002). The European definition of general practice/family medicine. WONCA Europe Office Publication., Barcelona, p. 4-43.
2. Rakel RE. (1993). Essentials of Family Medicine. Textbook of Family Practice. 4th ed, WB Saunders Company, Philadelphia , p.1-8.
3. Aktürk Z, Dağdeviren N. (2004) Aile Hekimliğinin Kilometre Taşları: Millis ve Willard Raporları. Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları, İstanbul, s.188.
4. Saatçi, E. (2011) Development of family medicine specialization in Turkey, *Euract Newsletter* , 2(3), pp. 3-5
5. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması. (2020). COVID-19 (SARS-CoV-2 enfeksiyonu) genel bilgiler, epidemiyoloji ve tanı, Ankara.
6. Talley E. (2020). Family physicians must provide more reproductive care, Stanford doctors say. *The Stanford Daily*. <https://www.stanforddaily.com/2020/05/10/family-physicians-must-provide-more-reproductive-care-stanford-doctors-say/>(Erişim Tarihi:15.06.2020).
7. Çağlayaner H. (1995). Temel Kavramlar ve Tarihsel Perspektif. Aile Hekimliği. 1. Baskı, İletişim Yayınları., İstanbul, s.17-20.
8. Rakel RE. (2002). The Family Physician. Grimm KJ, Diebold MM. The periodic health examination. Kelly RB, Falvo DR. Patient Education. Rakel RE. The problem oriented medical record. In: Rakel RE, ed. Textbook of Family Practice. 6th ed. WB Saunders., Philadelphia, p. 3-18, 159-209, 253-61, 1587-602.
- 9.Leeuwenhorst. (1974). The general practitioner in Europe: A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice. *The European Conference on the Teaching of General Practice*. Netherlands.

10. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. (2000) General practice—Time for a new definition. *BMJ*, 320(7231):354-357.
11. Boelen C, Haq Cynthia, Hunt V, Rivo M, Shahady E. (2002) Improving Health Systems: The Contribution of Family Medicine. Singapore, WHO-WONCA Publication., p. 1-3.
12. McWhinney IR. (1997) The Origins and Principles of Family Medicine. A Textbook of Family Medicine. 2nd ed, New York, Oxford University Pres., p. 3-28.
13. WONCA. (2011). Avrupa Aile Hekimliği Tanımı: Çekirdek Yeterlilikler ve Özellikler. Çev. Prof. Dr. Zekeriya Aktürk. İsviçre Aile Hekimliği Koleji. <http://www.woncaeurope.org/> (Erişim Tarihi:13.08.2020).
14. Heyrman J. (2005) Educational agenda, European academy of teachers in general practice. *EURACT*, Leuven, p.6-8.
15. Urgan M, Ceyhan G. (2007). Bir tıp disiplini olarak aile hekimliği. *Aile Hekimliği Dergisi*, (1).
16. Algin K, Şahin İ, Top M. (2004). Türkiye'de aile hekimlerinin mesleki sorunları ve çözüm önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7(3):249-275.
17. Söyleyici T. (2010). Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Düzeyi: Denizli Uygulaması. Pamukkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Denizli, (Danışmanlar: Yrd. Doç. Dr. N. Karkın, Yrd. Doç. Dr. SY. Koçak).
18. T.C. Resmî Gazete. Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. 30 Aralık 2010. Sayı: 27801, Ankara.
19. Kantarcı Y. (2015). Aile Hekimliği Uygulamasının Hasta Sağlığı Üzerine Etkisi: Nırdağı Aile Sağlığı Merkezi Örneği. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş, (Danışman: Yrd.Doç.Dr. M. Tan).
20. T.C. Sağlık Bakanlığı TUK (2017). Aile Hekimliği Çekirdek Müfredatı. Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi. Ankara.

21. T. C. Resmi Gazete. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. 25 Ocak 2013. Sayı:28539, Ankara.
22. Zhu N, Zhang D, Wang W, et al. (2020). A novel coronavirus from patients with pneumonia in China. *The New England Journal of Medicine*, 382(8):727-33.
23. Zhou Y, Yang Y, HUang J, Jiang S, Du L. (2019). Advances in MERS-CoV vaccines and therapeutics based on the receptor-binding domain. *National Library Of Medicine*, 11(1):60.
24. Chen H, Guo J, Wang C, et al.. (2020). Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: A retrospective review of medical records. *The Lancet*, 395(10226):809-15.
25. WHO. (2020). Coronavirus Disease (COVID-19) Situation Reports. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200211-sitrep-22-ncov.pdf?sfvrsn=_6d49b12 (Erişim Tarihi:18.04.2020).
26. Gorbalenya AE, Baker SC, Baric RS, et al. (2020). Severe acute respiratory syndrome-related Coronavirus: The species and its viruses- a statement of the Coronavirus Study Group. <https://doi.org/10.1101/2020.02.07.937862> (Erişim Tarihi:20.02.2020).
27. Yin Y, Wunderink RG. (2018). MERS, SARS and other coronaviruses as causes of pneumonia. *Respirology*, 23(2):130-7.
- 28.WHO.(2020). Coronavirus Disease (COVID-19) Situation Reports. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200122-sitrep-2-2019-ncov.pdf> (Erişim Tarihi: 22.01.2021).
29. Wu D, Wu T, Liu Q, Yang Z. (2020). The SARS-CoV-2 outbreak: What we know. *International Journal of Infectious Disease*, 9712(20):30123-5.
- 30.WHO. (2020) <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-cov-d-19-final-report.pdf> (Erişim Tarihi:03.05.2020).
31. Zou L, Ruan F, Huang M, et al. (2020). SARS-CoV-2 viral load in upper respiratory specimens of infected patients. *The New England Journal of Medicine*, 382(12):1177-1179.

32. Liu Y, Yan LM, Wan L, et al.(2020).Viral dynamics in mild and severe cases of COVID-19. *Lancet Infect Disease*, [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30232-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30232-2). (Erişim Tarihi:20.02.2021).
33. Li Q, Guan X, Wu P, et al. (2020). Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel Coronavirus-infected pneumonia. *The New England Journal of Medicine*, 382(13):1199- 207.
- 34.WHO.(2020). Coronavirus Disease (COVID-19) Situation Reports. https://www.who.int/docs/defaultsource/coronaviruse/situationreports/20200219-sitrep-30-covid-19.pdf?sfvrsn=-3346b04f_2 (Erişim Tarihi:05.04.2020).
35. Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, et al. (2020). The incubation period of Coronavirus disease 2019 (COVID-19) from publicly reported confirmed cases: Estimation and application. *ACP Journal*, 172(9):577-582.
- 36.WHO.(2020). Health Topics. Coronavirus. https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1 (Erişim Tarihi:22.06.2020).
37. Zhou F, Yu T, Du R, et al. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: A retrospective cohort study. *Lancet*, 395(10229):1054-62.
38. WHO. (2020). Director-General’s Opening Remarks at the Media Briefing on COVID-19. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---28-february-2020> (Erişim Tarihi:16.03.2020).
39. T.C Sağlık Bakanlığı. (2020). COVID-19 Haftalık Durum Raporu. 19/10/2020-25/10/2020. s:4-6.
40. Wu Z, McGoogan JM. (2020). Characteristics of and important lessons from the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a report of 72 314 cases from the Chinese center for disease control and prevention. *JAMA*, 323(13):1239-1242.
41. Zhao J, Yuan Q, Wang H, et al. (2020). Antibody responses to SARS-CoV-2 in patients of novel coronavirus disease 2019. *Clinical Infectious Disease*, 17(16):2027-2034.

42. Edis EÇ, Dikensoy O, Köktürk N ve ark. (2020). Her Yönüyle COVID-19 Hastalarında Tanı, Tedavi ve İzlem. Türk Toraks Derneği. COVID-19 E-Kitapları Serisi, s:102.

43. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). <https://covid19asi.saglik.gov.tr/TR-77709/covid-19-asisi-uretim-teknolojileri.html> (Erişim Tarihi:01.02.2021).

44. Dikmen AU, Kına M, Özkan S., İlhan M.N. (2020). COVID-19 epidemiyolojisi: Pandemiden ne öğrendik. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 1(Özel Sayı):29-36.

45. T.C. Sağlık Bakanlığı. <https://mhhs.gov.tr/hakkimizda.html> (Erişim Tarihi:13.02.2021)

46. Şensoy N, Başak O, Gemalmaz A. (2009). Umurlu aile hekimliği merkezinde aile hekimliği uygulaması ve hasta profili: Aile hekimliği alan eğitimi gereksinimini ne ölçüde karşılıyor?. *The Medical Journal of Kocatepe*, 10:49-56

47. Oktay G, Tetikçok R, Çeltek Y. N, Ünlü U. (2016). Aile hekimliği hasta profiline retrospektif bir bakış. *Smyrna Tıp Dergisi*, 6(2):9.

48. Fidancı İ, Eren ŞÜ, Arslan İ, Tekin O. (2016). Aile hekimliği poliklinik hastalarının son 3 yıl retrospektif değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 8(3):151-157.

49. <https://www.icisleri.gov.tr/65-yas-ve-ustu-ile-kronik-rahatsızlığı-olanlara-sokaga-cikma-yasagi-genelgesi> (Erişim Tarihi:13.02.2021).

50. <https://www.icisleri.gov.tr/81-il-valiligine-18-yas-alti-ile-65-yas-ve-uzeri-kisilerin-sokaga-cikma-kisitlamasi-genelgesi> (Erişim Tarihi:13.02.2021).

51. Yılmaz M, Mayda AS, Yüksel C, ve ark. (2012). Bir aile hekimliği merkezine başvuran hastalara konulan tanımlar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(3):7-13.

52. Maç EÇ, Öztürk GZ. (2018). Bir eğitim ve araştırma hastanesinin aile hekimliği poliklinikleri ile eğitim aile sağlığı merkezi polikliniklerine başvuran hastaların kayıtlarının karşılaştırılması. *Ankara Medical Journal*, 1(18):14-21.

53. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Kadin-2019-33732> (Erişim Tarihi:14.02.2021)

54. <https://www.sabah.com.tr/karabuk/2020/08/20/ozel-ulkelerine-gidemeyen-yabanci-ogrenciler-bizden-biri-oldu> (Erişim Tarihi:15.02.2021)

55. Ertürk NT, Süt N, Sipahioğlu F. (2004). Cerrahpaşa tıp fakóltesi aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların 3 yıllık profili. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, 35(3): 115-21.



8. EKLER DİZİNİ

EK 1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu

İSİM SOYİSİM:

TC NO:

YABANCI UYRUKLU :

CİNSİYET:

KADIN () ERKEK ()

YAŞ:

MUAYENE TARİHİ:

MEDENİ HALİ

EVLİ () BEKAR () DUL/BOŞANMIŞ ()

RANDEVU ŞEKLİ:

MHRS () DİĞER()

GELİŞ NEDENİ:

MUAYENE () SAĞLIK KURULU ()

MUAYENE GELME

MUAYENE OLAN () MUAYENE OLMAYAN ()

TANI:

EK 2. Etik Kurul Onayı



T.C.
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-77192459-050.99-46328
Konu : 2020/347 Nolu Karar

10.11.2020

Sayın Dr. Öğr.Üyesi Habibe İNCİ

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz "**Covid-19 Pandemi Sürecinde Bir Pandemi Hastanesindeki Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Sosyodemografik Ve Klinik Özelliklerinin Bir Önceki Yılın Aynı Dönemi İle Karşılaştırılması**" başlıklı araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Girişimsel Olmayan Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiştir. Etik açıdan bir sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiş ve uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Orhan ÖNALAN
Kurul Başkanı

EK 3. Özgeçmiş

Fehmi ALİBEKİROĞLU 1988 yılında Osmaniye’de doğdu. İlk ve ortaöğrenimini aynı şehirde tamamladı. Osmaniye Anadolu Lisesi’nden 2006 yılında mezun olduktan sonra 2007 yılında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesine girdi; 2014’te mezun olduktan sonra Kilis 1 no’lu A.S.H.İ’ de pratisyen olarak, 2017 yılında ise Kilis 112 KKM’de Başhekim olarak görev yaptı. Mecburi hizmet sonrası yaklaşık bir yıl kadar da Osmaniye 2 no’lu A.S.H.İ’de görev yaptı. 2018 yılı Mart ayından itibaren Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim dalında araştırma görevlisi olarak görev yapmaktadır.