



T.C.  
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ

**NÖROLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN  
BİRİNCİ BASAMAKTA YÖNETİLEBİLİRLİĞİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

AYŞENUR TEMEL  
UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Dr. Öğr. Üyesi MUHAMMET RAŞİT AYDIN

2024-SAKARYA



T.C.  
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ

**NÖROLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN  
BİRİNCİ BASAMAKTA YÖNETİLEBİLİRLİĞİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

AYŞENUR TEMEL

UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi MUHAMMET RAŞİT AYDIN

2024-SAKARYA

**ONAY**



## BEYAN

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

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 24/05/2024 tarihinde onay alınarak hazırlanmıştır.

20/11/2024

Dr. Ayşenur Temel

## TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakóltesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimim boyunca bilgi, fikir ve tecrübelerinden yararlanma fırsatı bulduğum kıymetli hocam Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Aydın'a,

Uzmanlık eğitimim süresince hekimlik ve hayata dair çok şey öğrendiğim, hoşgörü ve nezaketini bizden hiçbir zaman esirgemeyen, tez sürecimde de her konuda yanımda olan çok değerli hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Muhammet Raşit Aydın'a,

Bilgi ve deneyimleriyle yolumu aydınlatan değerli Uzm. Dr. Erkut Etçioğlu'na,

Hayatım boyunca bana güç veren, destek olup yolumu aydınlatan sevgili annem, patroniçem Sakine Kadioğlu'na, akademik yolculuğum boyunca bana ilham veren ve desteklerini esirgemeyen kıymetli babam Prof. Dr. İzzet Kadioğlu'na ve daima yanımda olan kardeşlerime,

Koşulsuz sevgisi, sabrı ve fedakarlığıyla her zaman yanımda olan en büyük desteğim canım eşim Ali Mete Temel'e ve hayatıma neşe, umut ve mutluluk getiren kıymetlim, biricik kızım Aylin Ece Temel'e,

Tüm kalbimle teşekkür ederim.

**Dr. Ayşenur Temel**

# İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ .....	v
TABLO LİSTESİ.....	vi
ŞEKİL LİSTESİ.....	viii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Yönetimi .....	3
2.1.1. Koruyucu sağlık hizmetleri .....	3
2.1.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri .....	5
2.1.3. Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri.....	6
2.2. Aile Hekimliği.....	7
2.2.1. Aile hekimliği tanımı .....	7
2.2.2. Aile hekimliği disiplini.....	8
2.2.3. Aile hekimliği görev, yetki ve sorumlulukları .....	11
2.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı .....	12
2.3.1. Sağlıkta dönüşüm programı ve aile hekimliği uygulaması .....	12
2.3.2. Sağlıkta dönüşüm programı ve etkili, kademeli sevk zinciri .....	13
2.4. Birinci Basamakta Nöroloji.....	14
2.4.1. Baş ağrıları .....	15
2.4.2. Baş dönmesi .....	16
2.4.3. Demans.....	16

2.4.4. Serebrovasküler hastalıklar .....	17
2.4.5. Hareket bozuklukları .....	18
2.4.6. Epilepsi.....	19
2.4.7. Periferik sinir hastalıkları .....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	20
3.1. Araştırmanın Tipi .....	20
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	20
3.4. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi.....	20
3.5. Verilerin Analizi.....	21
3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları .....	21
3.7. Araştırmanın Etik Yönü .....	22
4. BULGULAR .....	23
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	40
6. KAYNAKLAR.....	48
7. EKLER .....	52
7.1. EK-1: Etik kurul kararı.....	52
7.2. EK-2: Danışman hoca değişikliği kararı .....	53
7.3. EK-3: Anket formu.....	54
ÖZGEÇMİŞ .....	<b>Hata! Yer işareti tanımlanmamış.</b>

## KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

- ASM: Aile Sağlığı Merkezi  
BT: Bilgisayarlı Tomografi  
BTX-A: Botulinum Toksin Tip A  
DSÖ/WHO: Dünya Sağlık Örgütü/World Health Organization  
EEG: Elektroensefalografi  
EKG: Elektrokardiyografi  
EMG: Elektromyografi  
ET: Esansiyel Tremor  
GDÖ: Geriatrik Depresyon Ölçeği  
GTBA: Gerilim Tipi Baş Ağrısı  
MRG: Manyetik Rezonans Görüntüleme  
MS: Multipl Skleroz  
PH: Parkinson Hastalığı  
SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı  
SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu  
SMMT: Standart Mini Mental Test  
TAHUD: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği  
TSM: Toplum Sağlığı Merkezi  
WONCA: Dünya Aile Hekimleri Organizasyonu

## TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 4.1.</b> Nöroloji polikliniğine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri..	23
<b>Tablo 4.2.</b> Katılımcıların kronik hastalık durumlarının dağılımı.....	24
<b>Tablo 4.3.</b> Katılımcıların ilk başvuruyu yaptıkları kurumların dağılımı.....	24
<b>Tablo 4.4.</b> Katılımcıların geliş şikayetlerine dair bazı özelliklerin dağılımı.....	25
<b>Tablo 4.5.</b> Nöroloji polikliniğine başvuran hastaların başvuru şikayetlerinin özellikleri.....	26
<b>Tablo 4.6.</b> Nöroloji polikliniğine başvuran hastaların aile hekimlerine dair bazı özellikleri.....	26
<b>Tablo 4.7.</b> Nöroloji polikliniğine başvurmadan önce aile hekimine başvuran hastaların ASM’de aldığı sağlık hizmetinin özellikleri ve yönlendirmelerin dağılımı.....	27
<b>Tablo 4.8.</b> Nöroloji polikliniği öncesi aile hekimine başvurmamayan hastaların aile hekimine başvurmama sebepleri.....	28
<b>Tablo 4.9.</b> Katılımcıların kendi aile hekimlerinden memnuniyet durumlarına göre dağılımı.....	28
<b>Tablo 4.10.</b> Nöroloji polikliniğinde koyulan tanıların dağılımı.....	29
<b>Tablo 4.11.</b> Nöroloji polikliniğine başvuran katılımcılara ait bazı özelliklerin dağılımı.....	29
<b>Tablo 4.12.</b> Nöroloji polikliniğinde hastaları değerlendiren nöroloji uzmanının hastaların birinci basamakta yönetimi hakkındaki görüşleri.....	30
<b>Tablo 4.13.</b> Nöroloji polikliniğine gelmeden önce aile hekimine başvuran ve aile hekiminin nöroloji polikliniğine sevk ettiği hastaların aile hekimlerinin ünvan dağılımı.....	31
<b>Tablo 4.14.</b> ASM tarafından nöroloji polikliniğine sevk edilen hastaların nöroloji uzmanının görüşlerine göre birinci basamak yönetilebilirliğinin dağılımı.....	31
<b>Tablo 4.15.</b> Katılımcıların aile hekimine başvurmama sebeplerine göre birinci basamakta yönetilebilme durumları.....	32
<b>Tablo 4.16.</b> Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile ilk başvurdukları sağlık kurumu arasındaki ilişki.....	34

<b>Tablo 4.17.</b> Araştırmaya katılanların birinci basamakta yönetilme durumuna etki eden faktörlerin dağılımı.....	36
<b>Tablo 4.18.</b> Katılımcıların yaş ortalamalarına göre şikayetleri için ilk başvurdukları kurumun dağılımı.....	36
<b>Tablo 4.19.</b> Katılımcıların yaş ortalamalarına göre birinci basamakta yönetilme durumunun dağılımı.....	37
<b>Tablo 4.20.</b> Katılımcıların aile hekimi ünvanı ile herhangi bir sağlık sorunları olduğunda ilk başvurdukları sağlık kurumu arasındaki ilişki.....	37
<b>Tablo 4.21.</b> Katılımcıların aile hekimi ünvanı ile nöroloji polikliniğine başvuru öncesi aile hekimine başvurma durumu arasındaki ilişki.....	38
<b>Tablo 4.22.</b> Nöroloji polikliniğine başvuran hastaların, polikliniğe başvuru şekli ile birinci basamakta yönetilebilme durumları arasındaki ilişki.....	39

## ŞEKİL LİSTESİ

**Şekil 2.1.** Avrupa Aile Hekimliği Tanımı: Çekirdek Yeterlilikler ve Özellikler.....10



## ÖZET

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Aile hekimliği, bireylerin sağlık sistemine ilk giriş noktası olarak değerlendirilmelidir ve üst basamakla belli bir uyum içinde çalışmalıdır. Bu çalışmada, nöroloji polikliniğine başvuran hastaların başvuru nedenleri ve aile hekimine başvuru geçmişleri incelenerek, sevk zinciri eksikliğinin üçüncü basamaktaki iş yüküne etkisi ve başvuruların birinci basamakta yönetilebilirliği değerlendirilmiştir.

**YÖNTEM:** Araştırmamız, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi nöroloji polikliniğine başvuran 18 yaş ve üzeri 502 hasta ile tek merkezde yürütülen tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır. 1 Temmuz - 31 Aralık 2024 arasında yürütülen çalışmada veriler, yüz yüze görüşme ile 25 soruluk anket yöntemiyle toplanmış; analizler SPSS 29.0 kullanılarak yapılmış ve istatistiksel anlamlılık sınırı  $p<0,05$  olarak belirlenmiştir.

**BULGULAR:** Araştırmamızda, nöroloji polikliniğine başvuran hastaların %20,9'unun birinci basamakta yönetilebilir olduğu bulunmuştur. Yönetilebilirlik üzerinde kronik hastalık varlığı, ekonomik durum, çalışma durumu, laboratuvar ve görüntüleme gereksinimi, başvuru şekli ve yaş gibi değişkenlerde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılıklar görülmüştür ( $p<0,05$ ). Kronik hastalığı olan hastaların %86,8'i ve görüntüleme/girişimsel işlem gereksinimi olanların tamamı birinci basamakta yönetilemez olarak değerlendirilmiştir. Laboratuvar gereksinimi olmayanlarda yönetilebilirlik oranı %31,8 iken, laboratuvar gereksinimi olanlarda bu oran %15,0'dır. Yaş arttıkça yönetilebilirlik oranı azaldığı görülürken; düşük ekonomik düzeydeki bireylerin aile sağlığı merkezini daha fazla tercih ettikleri görüldü. Aile Sağlığı Merkezinden memnuniyet oranı %90,8 olmasına rağmen, hastaların üçte ikisi doğrudan nöroloji uzmanına başvurduğu görülmüştür.

**SONUÇ:** Aile Sağlığı Merkezlerinde donanımların ve hizmetlerin güçlendirilmesi, sevk sisteminin getirilmesi ve birinci basamakta tanı konulan hastalıkların reçetelendirilen ilaçlarının sağlık sigortaları tarafından karşılanması durumunda, ikinci ve üçüncü basamaklarda hasta yükünün azalacağına inanmaktayız. Bireylere Aile Sağlığı Merkezlerinde verilen hizmetler hakkında bilgilendirmelerin yapılmasının birinci basamağın etkili bir şekilde kullanılmasına katkı sağlayacağını öngörmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Aile hekimliği, nöroloji, sağlık hizmetleri araştırması, sevk zinciri

## ABSTRACT

### **Evaluation of the manageability of patients visiting the neurology outpatient clinic in primary care**

**INTRODUCTION AND AIM:** Family medicine should be considered the first point of entry into the healthcare system and should function in coordination with higher levels of care. This study examines the reasons for neurology outpatient clinic visits and patients' prior visits to family physicians, evaluating the impact of the lack of a referral system on the workload of tertiary care and the manageability of these visits in primary care.

**MATERIALS AND METHODS:** Our research is a descriptive cross-sectional study conducted at a single center with 502 patients aged 18 and over who visited the neurology outpatient clinic at Sakarya Training and Research Hospital. Data were collected between July 1 and December 31, 2024, through face-to-face interviews using a 25-question survey. Analyses were performed using SPSS 29.0, with the threshold for statistical significance set at  $p < 0.05$ .

**RESULTS:** In our study, 20.9% of patients visiting the neurology outpatient clinic were found to be manageable in primary care. Significant differences were observed in variables such as chronic disease, economic status, employment, laboratory/imaging needs, admission method, and age ( $p < 0.05$ ). Patients with chronic diseases (86.8%) and those requiring imaging or interventional procedures were deemed unmanageable in primary care. The manageability rate was 31.8% without laboratory needs but dropped to 15.0% with such needs. Manageability decreased with age, while individuals with lower economic status preferred family health centers more. Despite a 90.8% satisfaction rate with family health centers, two-thirds of patients directly consulted a neurologist.

**CONCLUSION:** We believe that strengthening the equipment and services at Family Health Centers, implementing a referral system, and ensuring insurance coverage for medications prescribed for conditions diagnosed in primary care will reduce the patient load on secondary and tertiary levels. We anticipate that informing individuals about the services provided at Family Health Centers will contribute to the effective use of primary care.

**Keywords:** Family practice, health services research, neurology, referral chain

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık sisteminin temel taşını oluşturur ve bireylerin, ailelerin ve toplumların sağlık ihtiyaçlarının büyük bir kısmını karşılayacak şekilde organize edilmelidir (World Health Organization [WHO], 2008). Bu yaklaşım, sağlık hizmetlerine erişimi artırır, tedavi başarılarını olumlu yönde etkiler ve sağlık eşitsizliklerini azaltır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, özellikle kronik hastalıkların yönetiminde ve önlenmesinde kritik bir rol oynar ve bu nedenle sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği için esastır (Starfield, 1998).

Aile hekimliğinde bütüncül yaklaşım, hastayı yalnızca biyolojik değil, psikolojik, sosyal ve çevresel yönleriyle birlikte ele alır. Bu model, hastalıkların yalnızca semptomlarına değil, bireylerin genel sağlığına odaklanarak daha kapsamlı bir iyileşme sağlamayı hedefler. Bütüncül bakım, modern tıbbın parçalı bakışına karşı bir alternatif olarak ortaya çıkmıştır (Jonas, 2020).

Aile hekimliği uygulaması, Alma Ata Bildirisi'nde vurgulanan temel sağlık hizmetleri çerçevesinde, Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli sunumunda sevk zinciri, bu sistemin kritik bir bileşeni olarak işlev görür. Birinci basamakta sunulan hizmetler, hastaların doğru zamanda uygun sağlık hizmetine ulaşmalarını hedefler. Alma Ata Bildirisi'nde belirtilen hedeflerle uyumlu olarak, sevk zinciri, kaynakların doğru kullanılmasını ve ikinci ile üçüncü basamakta yığılmaların önlenmesini amaçlar. Bu sayede sağlık hizmetleri bütüncül bir yapıda koordine edilir ve topluma yaygın bir erişim sağlanır (www.tahud.org.tr, Erişim tarihi:10 Eylül 2024).

Türkiye'de sağlık reformu 1980'lerde tartışılmaya başlanmış, ancak farklı sigorta türleri ve sağlık personelinin orantısız dağılımı gibi sorunlar nedeniyle uygulamada güçlükler yaşanmıştır. 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) bünyesinde, genel sağlık sigortası ve aile hekimliği sistemine geçiş gibi önemli düzenlemeler hayata geçirilmiştir. Bu reformlar, sağlık hizmetlerine erişimi artırmayı

ve sağlık sistemini daha etkin bir hale getirmeyi amaçlamıştır (Altındağ ve Yıldız, 2020).

Sevk sistemi, hastaların buldukları bölgede sağlık hizmetlerine rahatça ulaşmalarına imkan tanırken, bununla birlikte ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden verimli şekilde faydalanmalarını sağlayan stratejik bir yapı sunar. Acil durumlar hariç, hastaların hastane hizmetlerine erişim için öncelikli olarak birinci basamak hekime başvurmaları gerekmektedir. Dünya genelinde, sevk sistemlerinin yapısı ve işleyişi konusunda çeşitli modeller geliştirilmiş olup, ülkeler bu sistemlerin iyileştirilmesi için sürekli olarak çaba göstermektedir. Türkiye'de de sevk sistemi üzerine çeşitli çalışmalar yapılmış olmasına rağmen, hem sağlık sistemindeki yapısal sorunlar hem de toplumsal faktörler nedeniyle uygulamada istenilen başarı henüz sağlanamamıştır (Bulut ve Uğurluoğlu, 2020).

İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında iş yükü her geçen yıl artmaktadır. Bu artış, hizmet kalitesinin düşmesine neden olduğu gibi kamu kaynaklarında gereksiz harcamalara da yol açmaktadır. Bu çalışmadaki amacımız, üçüncü basamak nöroloji polikliniğine başvuran hastaların başvuru nedenleri tespit edilerek, tanı ve tedavi süreçlerinin birinci basamakta ne kadar yönetilebileceğinin nöroloji uzmanının görüşü alınarak araştırmaktır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Yönetimi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1948'de yapılan ve hala geçerliliğini sürdüren tanıma göre, sağlık; sadece hastalık veya sakatlık olmaması değil, aynı zamanda fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumudur. (<https://www.who.int/about/governance/constitution>, Erişim tarihi: 10 Eylül 2024).

Sağlık sistemi, bir toplumun sağlık hizmetlerini organize eden, sunan ve yöneten kapsamlı bir yapıdır. Sağlık sistemlerinin temel amacı, toplumun sağlığını iyileştirmek ve sağlık hizmetlerine erişimi adil olarak sağlamaktır. Bu sistemler, bireylerin sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını karşılamak için koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler sunar. Sağlık sistemlerinin temel fonksiyonları arasında, hizmetlerin finansmanı, kaynakların yönetimi, sağlık hizmetlerinin sunumu ve eşitsizliklerin azaltılması yer alır. Bu fonksiyonlar, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini sağlamak için kritik önemdedir (Sungur, 2021).

#### 2.1.1. Koruyucu sağlık hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, ileride ortaya çıkabilecek hastalık ve sakatlıkların önlenmesine yönelik hem bireysel hem de çevresel tedbirleri içerir. Bu hizmetler, hastalık belirtileri henüz ortaya çıkmadan önce erken teşhis ve tedavi fırsatları sunarak bireylerin sağlığını korumayı amaçlar. Aşılama, erken tanı, sağlık eğitimi ve kişisel hijyen gibi uygulamalar bireysel koruma önlemlerine dahildir. Çevresel koruyucu hizmetler ise temiz içme suyu sağlanması, atıkların kontrolü, hava kirliliğiyle mücadele ve vektör kontrolü gibi toplum sağlığını güvence altına alan önemli faaliyetleri kapsar. Bu hizmetler, toplumun genel sağlık seviyesini artırırken, sağlıkla ilgili riskleri en aza indirerek yaşam kalitesini yükseltir (<https://sekadh.saglik.gov.tr/TR,236309/koruyucu-saglik-hizmetleri.html>, Erişim tarihi: 10 Eylül 2024).

Sağlık Bakanlığı, koruyucu sağlık hizmetlerini aile sağlığı merkezleri (ASM), toplum sağlığı merkezleri (TSM), ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri ile verem savaş dispanserleri gibi kurumlar aracılığıyla sunmaktadır (Başol, 2015).

Primordiyal koruma, topluma yönelik sosyal ve çevresel koşulların iyileştirilmesine odaklanan en yeni önleyici stratejidir. Bu yaklaşım, risk faktörlerini azaltmak amacıyla yasalar ve ulusal politikalarla desteklenir. Özellikle çocuklar üzerinde yoğunlaşarak, hastalık oluşumunu tetikleyen sosyal koşulları hedefler. Örneğin, güvenli yürüyüş yollarının sağlanması fiziksel aktiviteyi artırır ve böylece obezite, kardiyovasküler hastalıklar ve tip 2 diyabet gibi sağlık sorunlarının riskini azaltır (Kisling ve Das, 2023).

Birincil koruma, mevcut risk faktörlerine rağmen hastalığın ortaya çıkmasını veya şiddetini azaltmayı hedefleyen bir yaklaşımdır. Bu koruma düzeyi, sağlıklı bireyleri hedef alarak hastalık riskini en aza indirmeyi amaçlar. Primer korumanın temel unsurları, sağlığın geliştirilmesi, sağlık eğitimi, yaşam tarzı değişiklikleri, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin yanı sıra çevresel risk faktörlerinin kontrolü, bağışıklama, meslek hastalıkları ve iş kazalarına yönelik tedbirler, tütün ve madde kullanımını önleme, aile planlaması ve genetik danışmanlıktır (Sarı, 2024).

İkincil koruma, hastalıkların asemptomatik dönemde erken teşhis edilerek ilerlemesinin önlenmesini hedefler. Subklinik patolojik değişikliklerin, semptomlar ortaya çıkmadan tarama testleriyle tespit edilmesi esas alınır. Erken teşhis ve tedavi, hastalığın prognozunu iyileştirir ve ikincil vakaların ortaya çıkmasını engeller. Kanseri, osteoporoz, diyabet ve hipertansiyon gibi hastalıklar için yapılan taramalar ile kardiyovasküler risk taşıyan bireylerde elektrokardiyografi (EKG), risk puanlaması ve düşük doz aspirin, statin kullanımı bu koruma stratejisine örnek teşkil eder (Sarı, 2024).

Üçüncül koruma, hastalık ortaya çıktıktan sonra hastalığın etkilediği bireylerin işlevselliğini ve yaşam kalitesini korumayı, aynı zamanda yaşam süresini uzatmayı hedefler. Bu koruma düzeyi, mevcut tedavi ve rehabilitasyon süreçleriyle hastalığın ilerlemesini yavaşlatmayı ve gelecekte ortaya çıkabilecek komplikasyonları en aza indirmeyi amaçlar (Akdeniz ve Kavukçu, 2017).

Dördüncül koruma, tıbbi müdahalelerin yol açabileceği potansiyel zararları en aza indirmeyi hedefleyen bir yaklaşımdır. Bu koruma türü, özellikle gereksiz teşhis ve

tedavi uygulamalarının önüne geçerek, aşırı tedavi riskine karşı hastaların korunmasını sağlar. Modern tıbbın aşırı medikalizasyon eğilimini dengelemek adına, doktorların daha eleştirel bir bakış açısıyla tedavi seçeneklerini değerlendirmesi, gereksiz müdahalelerden kaçınması önem taşır. Bu strateji, biyomedikal fazlalıklardan sakınarak hastaların genel sağlık durumlarını ve yaşam kalitelerini iyileştirmeyi amaçlar (Martins ve ark., 2018).

### **2.1.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri**

Tedavi edici sağlık hizmetleri, var olan bir hastalığı iyileştirmek veya semptomları hafifletmek amacıyla uygulanan tıbbi müdahaleleri içerir. Bu hizmetler genellikle cerrahi müdahaleler, ilaç tedavisi ve rehabilitasyon gibi yöntemlerle gerçekleştirilir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin amacı, hastalığın ilerlemesini durdurmak veya tamamen ortadan kaldırmaktır. Bu tür hizmetlerin yönetimi, hastanın klinik durumuna uygun tedavi yöntemlerinin belirlenmesi ve uygulanmasını içerir. Tedavi edici müdahaleler, hastalığın temel biyolojik mekanizmalarını hedef almakta ve hastaların yaşam kalitesini iyileştirmek için kritik bir rol oynamaktadır (Fuller, 2022).

Tedavi edici sağlık hizmetleri, genellikle üç basamaktan oluşur: birinci, ikinci ve üçüncü basamak. Bu basamaklar, hastalığın tanısından tedavisine kadar geçen süreci içerir ve her bir basamak farklı seviyelerde tıbbi bakım sağlar. Birinci basamak, temel sağlık hizmetlerini içerirken, ikinci basamak uzman hekimler tarafından verilen daha ileri düzey hizmetleri kapsar. Üçüncü basamak ise daha karmaşık ve ileri teknolojiler gerektiren tedavi süreçlerini içerir (<https://www.verywellhealth.com/primary-secondary-tertiary-and-quaternary-care-2615354>, Erişim tarihi: 18 Eylül 2024).

Birinci basamak sağlık hizmetleri; sağlığın korunması, teşviki, tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin topluca sunulduğu, bireylerin kolayca erişebileceği, düşük maliyetli, etkili ve geniş kapsamlı bir hizmet sunumunu mümkün kılan sağlık sisteminin başlangıç düzeyidir. 2003 yılında başlatılan SDP çerçevesinde aile hekimliği, birinci basamak hizmetlerin modern bir uygulaması olarak öne çıkmaktadır. 2010'dan itibaren ülke çapında uygulanmakta olan bu sistemde,

ASM'lerde aile hekimi ve aile sağlığı çalışanları vasıtasıyla bireye yönelik koruyucu, tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri sunulmaktadır. Buna ek olarak, TSM ve bağlı birimleri, bölgedeki sağlık risklerini belirleyerek bunların önlenmesi ve iyileştirilmesi amacıyla çalışmalar yürütmektedir. TSM'ler, birinci basamak koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamakta ve bölgesindeki diğer sağlık kurumlarıyla iş birliği yapmaktadır. Ayrıca, ulaşımı g ve kırsal bölgelerde gezici sağlık hizmetleri ile aile hekimleri ve sağlık çalışanları periyodik olarak hizmet sunmakta olup bu faaliyetler mobil eczane uygulamaları ile desteklenmektedir. Entegre ilçe hastaneleri ve entegre sağlık merkezleri ise devlet hastanesi bulunmayan bölgelerde birinci basamak sağlık hizmetlerinin yoğun olarak sunulması için kurulmuş ve 7/24 hizmet sağlamaktadır (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bbsh.html>, Erişim tarihi: 18 Eylül 2024).

İkinci basamak sağlık hizmetleri, birinci basamaktan yönlendirilen ve daha karmaşık sağlık sorunlarına odaklanan uzmanlık gerektiren hizmetlerdir. Bu hizmetler genellikle hastanelerde sunulur ve ileri düzeyde tıbbi bakım gerektiren vakalar için sağlanır. Bu basamakta hastalara, daha ileri teşhis yöntemleri ve tedavi seçenekleri sunulmaktadır (Shi, 2012).

nc basamak sağlık hizmeti veren kurumlar, ileri düzey tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıkların tedavisine yönelik, yüksek teknolojiye sahip olup eğitim ve araştırma faaliyetlerini de kapsayan st düzey hastanelerdir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ile devlet ve vakıf üniversitelerinin hastaneleri doğrudan üçüncü basamak olarak değerlendirilmektedir. Kamuya veya özel sektöre ait hastaneler ise belirli yasal gereklilikleri ve standartları karşıladıklarında üçüncü basamak sağlık hizmet sağlayıcısı olarak değerlendirilmektedir (T.C. Resmî Gazete, 10 şubat 2022, sayı: 31746).

### **2.1.3. Rehabilite edici sağlık hizmetleri**

Rehabilite edici sağlık hizmetleri, bireylerin bir hastalık, yaralanma veya doğuştan gelen bir rahatsızlık nedeniyle kaybettikleri fiziksel, zihinsel ve sosyal işlevlerini geri kazanmalarını amaçlayan kapsamlı bir hizmettir. Rehabilitasyonun temel amacı, bireylerin bağımsızlıklarını artırarak yaşam kalitelerini iyileştirmek ve topluma

yeniden entegrasyonlarını sağlamaktır. Rehabilitasyon hizmetleri, teşhis, tedavi, cerrahi müdahaleler, yardımcı cihazlar ve terapi gibi çeşitli unsurları içerir. Özellikle düşük ve orta gelir grubundaki ülkeler, bu hizmetlere erişim oldukça sınırlıdır ve bu durum, engelli bireylerin sosyal ve ekonomik hayata tam katılımını zorlaştırır. DSÖ'nün tahminlerine göre, düşük ve orta gelir grubundaki ülkelerde ihtiyaç duyan bireylerin sadece %5 ila %15'i rehabilitasyon hizmetlerine erişebilmektedir. Bu eksiklik, bireylerin yaşam kalitesini ve işlevselliğini ciddi şekilde etkileyen bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Bright ve ark., 2018).

## **2.2. Aile Hekimliği**

### **2.2.1. Aile hekimliği tanımı**

Aile hekimliği, 1974 yılında Leeuwenhorst'ta yapılan tanımla modern tıbbın temel taşlarından biri haline gelmiş ve güçlü bir disiplin olarak şekillenmiştir. Bu konferansta, aile hekimliği “yaş, cinsiyet ya da hastalık türüne bakılmaksızın bireylere, ailelere ve topluma sürekli, kişisel, birinci basamak sağlık hizmeti sunan lisanslı tıp mezunu” olarak tanımlandı. Bu tanım, aile hekimliğinin, bireylerin sağlık bakımında süreklilik ve kapsamlılık sağlama görevini vurgulamaktadır. Aile hekimleri, yalnızca bir hastalığın tedavisi ile değil, hastaların biyomedikal, psikolojik ve sosyal yönlerini bir araya getirerek bakım sunma sorumluluğuna sahiptir. Genel pratisyenler, hastalarını bir bütün olarak görür ve bireylerin aile, toplum ve kültürel bağlarını da dikkate alarak kararlar alır. Bu tanım, aile hekimliğinin temel işlevlerini ve sorumluluklarını açıkça ortaya koymakta ve disiplinin eğitim, araştırma ve gelişimi için bir çerçeve sunmaktadır (Olesen ve ark., 2000).

Aile hekimliği, toplumun sağlık ihtiyaçlarına duyarlılık göstererek, mevcut sağlık altyapısını adapte eden ve yerel gereksinimlere göre gelişen bir disiplindir. Her yaşta bireye kapsamlı bakım sunar, kronik ve enfeksiyon hastalıklarının yönetiminden, acil ve uzun vadeli bakıma kadar geniş bir alanda hizmet verir. Aile hekimliği, topluma karşı sosyal bir sorumluluğu temsil eder ve hastalarla kurulan uzun süreli ilişkiler üzerine inşa edilir. Bu bağlamda, yerel sağlık sistemlerinin merkezi bir bileşenidir (Gibson ve ark., 2016).

Aile hekimliği araştırma alanı, geniş kapsamı ve çeşitli perspektiflerden incelenebilirliğiyle dikkat çeker. Bu alan, sağlık hizmetlerinin ekolojisinden, hastalıkların nedenlerine ve bireylerin iç ve dış gerçekliklerine odaklanmaya kadar birçok farklı araştırma boyutu içerir. Aile hekimliği, her tür sağlık sorununun ilk temas noktası olarak işlev görür ve hastaların sosyal bağlarını dikkate alarak kararlar alır. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin bütüncül yönetimi, teknolojik gelişim ve pratikte edinilen deneyimlerden elde edilen bilgi döngüsünü içeren bir araştırma yaklaşımına dayanır (Green, 2004).

Türkiye’de aile hekimliği, Tababet Uzmanlık Tüzüğü’ne 1983 yılında dahil edilerek bir tıp disiplini olarak tanımlanmıştır. 2010 yılına dek aile hekimliği ihtisas programı, yalnızca hastanelerde yapılan klinik rotasyonları içeren 3 yıllık bir eğitim sürecinden ibaretti. Ancak 2010 yılında Tıpta Uzmanlık Kurulu, rotasyon sürelerini yeniden düzenleyerek hastane klinik rotasyonlarını 36 aydan 18 aya indirmiş, böylece saha rotasyonlarına da yer açılmıştır. Sağlık ocağı yapılanmasından aile hekimliği sistemine geçiş ise 2005-2010 yılları arasında Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında tamamlanmıştır (Keten ve ark., 2014).

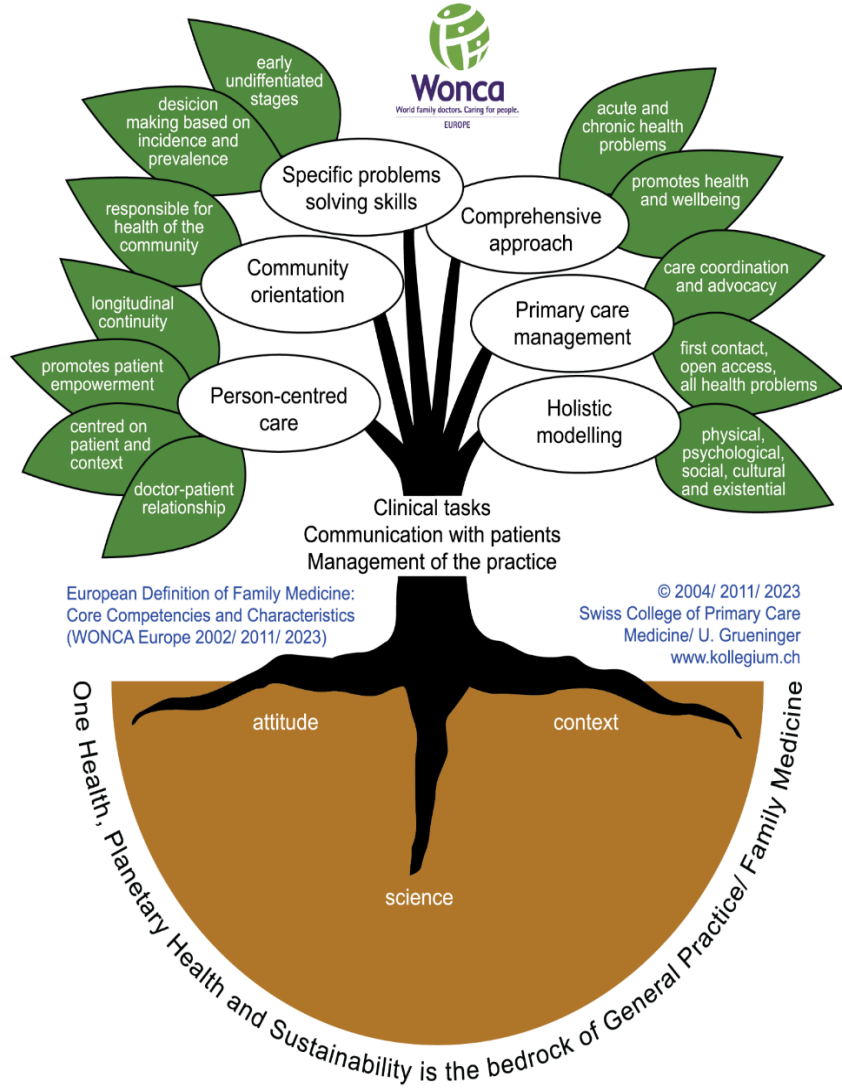
### **2.2.2. Aile hekimliği disiplini**

Aile hekimliği/genel pratisyenlik, birinci basamak sağlık hizmetlerine odaklanan klinik bir uzmanlık alanı olup, kendi eğitim programı, araştırmaları, kanıt temelli uygulamaları ve klinik faaliyetleri bulunan akademik ve bilimsel bir disiplindir. Genel pratisyenler ve aile hekimleri, disiplinin temel ilkelerine uygun eğitim almış, bireylerin yaş, cinsiyet veya hastalık durumu gözetilmeksizin onlara kapsamlı ve kesintisiz bakım sağlayan uzmanlardır. Hastalıkların önlenmesi, sağlığın teşviki ve hasta güçlendirilmesi alanlarında önemli bir role sahiptirler. Ayrıca, bireylerin sağlık durumlarını aile, topluluk ve çevre bağlamında ele alarak, hasta güvenliği ve memnuniyetini artırmak için bakım süreçlerini sürekli olarak izleme ve iyileştirme sorumluluğunu taşırlar (WONCA Europe, 2023).

WONCA’ya göre aile hekimliği disiplininin temel özellikleri şunlardır:

- a) Genellikle sağlık sisteminde hastaların ilk başvuru noktasıdır ve bireylere yaş, cinsiyet veya herhangi bir farklılığa bakılmaksızın sağlık hizmetine erişim sağlar.

- b) Sağlık hizmetlerinin koordinasyonunda etkin rol oynar, birinci basamak sağlık profesyonelleri ve diğer uzmanlık dallarıyla iş birliği yaparak kaynakları verimli kullanır.
- c) Kişi merkezli bir yaklaşımı benimser, hastanın ailesi ve toplumu ile ilişkisini göz önünde bulundurur.
- d) Hastaların kendi sağlık yönetiminde aktif rol oynamalarını teşvik eder.
- e) Doktor ile hasta arasında güvene dayalı, uzun vadeli bir ilişki kurar ve bunu etkili iletişim yoluyla sağlar.
- f) Hastaların sağlık ihtiyaçlarına göre sürekli bakım sunmakla yükümlüdür.
- g) Karar verme süreci, toplumdaki hastalıkların görülme sıklığına ve yaygınlığına göre şekillenir.
- h) Hem akut hem de kronik sağlık sorunlarını eşzamanlı olarak yönetebilme yetkinliğine sahiptir.
- i) Belirginleşmemiş ve erken aşamada ortaya çıkan hastalıkları yönetir ve acil müdahale gerektiğinde hızlı bir şekilde karar alır.
- j) Hastaların ve içinde buldukları ekosistemin sağlığını ve refahını korumaya yönelik önleyici ve iyileştirici hizmetler sunar.
- k) Toplumun ve çevrenin genel sağlık durumuna katkı sağlar ve bu sorumluluğu üstlenir.
- l) Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, sosyal, kültürel ve çevresel açılardan ele alarak kapsamlı bir değerlendirme yapar (Şekil 2.1)(WONCA Europe, 2023).



**Şekil 2.1.** Avrupa Aile Hekimliği Tanımı: Çekirdek Yeterlilikler ve Özellikler (WONCA, 2002-2011-2023)

Disiplini tanımlayan on iki temel özellik, aile hekimlerinin sahip olması gereken becerilere karşılık gelir. Bu yetkinlikler, altı ana başlık altında toplanabilir:

- 1- Birinci basamak yönetimi
- 2- Kişi merkezli bakım
- 3- Özgül problem çözme becerileri
- 4- Kapsamlı yaklaşım
- 5- Toplum yönelimi
- 6- Bütüncül modelleme

Aile hekimliği, kişi merkezli bir bilimsel disiplin olduğundan, çekirdek yetkinliklerin uygulanmasında göz önünde bulundurulması gereken üç temel ek özellik şunlardır:

a. Bağlamsal: Hekimlerin çalıştıkları ortam ve koşulları anlamaları gereklidir. Bu bağlamda, iş koşulları, topluluk, kültür, mali ve düzenleyici çerçeveler dikkate alınmalıdır.

b. Tutumsal: Hekimlerin mesleki yetkinlikleri, etik değerleri ve tutumları, hasta bakımını doğrudan etkiler.

c. Bilimsel: Uygulamada eleştirel bir bakış açısı benimsemek, kanıta dayalı uygulamaları takip etmek ve bunu sürekli öğrenme ve kalite iyileştirme süreçleriyle sürdürmek esastır (WONCA Europe, 2023).

### **2.2.3. Aile hekimliği görev, yetki ve sorumlulukları**

Aile hekimi, ASM'nin yönetiminden sorumlu olup, ekibini denetler ve hizmet içi eğitimlerini sağlar. Ayrıca, Bakanlık ve Kurum tarafından yürütölen sağlık programları kapsamında kişiye yönelik sağlık hizmetlerini sunar. Aile hekimi, kayıtlı bireylerin sağlık ihtiyaçlarını bütüncöl bir yaklaşımla değerlendirir ve koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini ekip çalışmasıyla sağlar. Kurum tarafından belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde, aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir:

- Bölgesindeki TSM ile sağlık hizmetlerini planlamak için işbirliği yapar.
- Toplum sağlığını ilgilendiren konuları, ilgili TSM'ye iletir.
- Kayıtlı bireylerin ilk değerlendirmesini altı ay içinde gerçekleştirir, bu amaçla ev ziyaretleri gerçekleştirir veya iletişim kurar.
- Kişilere yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık sağlar.
- Sağlık rehberliği yaparak, sağlığı geliştiren ve koruyan hizmetler sunar; ayrıca ana çocuk ve üreme sağlığı hizmetleri verir.
- Düzenli sağlık muayenelerini gerçekleştirir.
- Kayıtlı kişilerin yaş ve cinsiyetlerine göre kanser, kronik hastalıklar gibi taramaları yapar.
- Evde bakıma ihtiyaç duyan engelli, yaşlı veya yatalak kişilere evde sağlık hizmeti sunar.

- ASM’de tedavi edilemeyen hastaları sevk eder ve sevk edilen hastaların geri bildirimlerini değerlendirir.
- Tetkik hizmetlerini sağlar veya yönetir.
- Sunulan hizmetlere ilişkin sağlık kayıtlarını düzenler ve gerekli bildirimleri gerçekleştirir.
- Kayıtlı bireylerin sağlık bilgilerini yılda en az bir kez günceller.
- Gerekli durumlarda hastayı gözlem altına alır ve tetkik ile tedavisini yapar
- Entegre sağlık merkezlerinde hastaları gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavi yapar.
- Gerekli sağlık raporlarını, sevk belgelerini ve reçeteleri düzenler.
- Kurumun düzenlediği hizmet içi eğitimlere dahil olur.
- Kurum ve mevzuat tarafından tanımlanan diğer sorumlulukları üstlenir (T.C. Resmî Gazete, 25 Ocak 2013, sayı: 28539).

### **2.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı**

#### **2.3.1. Sağlıkta dönüşüm programı ve aile hekimliği uygulaması**

Aile hekimliği, Türkiye sağlık sistemine ilk olarak 1983 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde tıp eğitimi alanı olarak girmiştir. 1985 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir’deki eğitim hastanelerinde uzmanlık eğitimi başlatılmış, 1993’te ise tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dalları kurulmuştur. 1990’lı yıllardan itibaren aile hekimliği, birinci basamak temel tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerini sunan önemli bir birim olarak sağlık politikalarında ön plana çıkmıştır. Kalkınma Planları ve hükümet programlarında yer alan bu model, 2003’teki SDP ile yasal altyapısı tamamlanarak aşamalı olarak uygulanmaya başlanmış ve 2010 yılı itibarıyla Türkiye genelinde yaygın bir şekilde uygulanmaya başlamıştır (Top, 2016’dan aktaran Yayın ve Alper, 2023).

Türkiye’nin sağlık hizmetleri 2003-2013 yılları arasında SDP ile güçlenmiştir. Aile hekimliği sistemi ile birinci basamak sağlık hizmetlerine erişim kolaylaşmış, kamu hastanelerinin entegrasyonu sağlanarak hizmetler daha bireysel ve erişilebilir hale getirilmiştir. Evrensel sağlık sigortasıyla tüm vatandaşlara aynı hizmet sunulmuş ve

TSM'ler aracılığıyla koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmiştir. Bu reformlar, sağlık hizmetlerinin kullanımını ve genel sağlık sonuçlarını olumlu yönde etkilemiştir (<https://www.worldbank.org/en/results/2018/04/02/turkish-health-transformation-program-and-beyond>, Erişim tarihi: 19 Eylül 2024).

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kanunu, 24 Kasım 2004 tarihinde kabul edilip aynı yıl yürürlüğe girerek birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, bireylerin ihtiyaçlarına göre koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının düzenli tutulması ve sağlık hizmetlerine eşit erişimin sağlanması gibi hedefler belirlemiştir. Bu düzenlemeyle aile hekimliği dönemi başlamış olup, 2010 yılından itibaren tüm Türkiye'de yasal bir çerçeveye oturtularak halkın sağlık hizmetlerine erişimini güçlendiren bir sistem olarak hayata geçirilmiştir (Seçtim, 2019).

### **2.3.2. Sağlıkta dönüşüm programı ve etkili, kademeli sevk zinciri**

Sevk zincirinin temelinde aile hekimliği sistemi yer almakta olup, bu sistemin etkinliği hastaların aile hekimine duyduğu güvene dayanmaktadır. Güvenin sağlanmasında aile hekimliğinin sunduğu hizmetlerin kalitesi büyük önem taşımaktadır. İşlevsel bir sevk zinciri için hasta memnuniyeti esastır. Ancak, Türkiye'de hastaneler, birinci basamakta çözülebilecek vakalarla dolup taşmakta, bu da maliyetleri artırmakta ve hizmet kalitesini düşürmektedir. Sevk zinciri sadece üst basamağa yönlendirmeyi değil, tedavi sonrası hastaların alt basamağa geri yönlendirilmesini de içermelidir. Türkiye'de bu sistemin zorunlu olmayışı, doğrudan üst basamağa başvuruları artırmaktadır (Akman ve Tarım, 2020).

Birinci basamakta etkili sağlık hizmeti sunulabilmesi için sevk sistemi gerekli bir uygulama olarak kabul edilir. Bu sistem, hastanın doğru bir uzman ya da kuruma yönlendirilmesi sürecini kapsar. Ayrıca, sevk süreci, birinci basamak hekiminin teşhis ve tedavi kararlarını bir ya da daha fazla uzmanla paylaşmasını ve sorumlulukları ortaklaşa yürütmesini sağlar. Sevkler, hastanın ihtiyaçlarına göre dönemsel, eş zamanlı veya tamamen devredici olabilir. Dönemsel sevk, hastanın ameliyat amacıyla hastaneye yatırılmasını; eş zamanlı sevk, belirli sağlık sorunları

için yardım alınmasını; aktarma sevk ise hastanın tüm sorumluluğunun başka bir hekime devredilmesini ifade eder (Bulut ve Uğurluoğlu, 2020).

Sevk zinciri, aile hekimliği sistemlerinin önemli bir bileşeni olarak farklı ülkelerde maliyetleri düşürmek ve sağlık göstergelerini iyileştirmek için uygulanmaktadır. Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde de sevk zinciri, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak ve maliyetleri azaltmak açısından kritik öneme sahiptir. Uygulamanın başarılı olabilmesi için Türkiye'nin şartlarına uygun yöntemlerin belirlenmesi ve halkın bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Uzmanlık eğitimi almış aile hekimlerinin sayısının artması, sevk zincirinin verimliliğini destekleyecektir (Bektemur ve ark., 2018).

#### **2.4. Birinci Basamakta Nöroloji**

Nöroloji, sinir sistemiyle ilgili hastalıkların tanısı, tedavisi ve yönetimiyle ilgilenen tıbbi bir disiplindir. Sinir sistemi, beyin, omurilik, periferik sinirler ve kasları içerir. Nörolojik hastalıklar, bu yapıların herhangi birinde meydana gelen bozukluklar sonucu ortaya çıkar ve geniş bir yelpazeye yayılmıştır. Sık görülen nörolojik hastalıklar arasında baş ağrıları, inme, epilepsi, Parkinson hastalığı, Alzheimer hastalığı, multipl skleroz (MS) ve periferik nöropatiler yer alır (<https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/neurological-disorders>, Erişim tarihi: 25 Eylül 2024).

Nörolojik hastalıkların dünya genelinde önemli bir sağlık yükü oluşturduğu bilinmektedir. DSÖ'nün raporuna göre, 2021 yılında dünya genelinde 3 milyardan fazla insanın nörolojik bir hastalıkla yaşadığı tahmin edilmektedir. Nörolojik hastalıklar, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde büyük bir sağlık kaybına neden olmaktadır ve bu durum, tedaviye erişimde ciddi eşitsizliklerle sonuçlanmaktadır (WHO, 2024).

Dünya Sağlık Örgütü'nün Neurological Disorders: Public Health Challenges adlı raporunda, nörolojik bozuklukların küresel sağlık üzerindeki önemli etkisi ve bu hastalıkların yönetiminde birinci basamak sağlık hizmetlerinin kritik rolü vurgulanmaktadır. Rapora göre, birinci basamak sağlık hizmetleri, nörolojik

hastalıkların erken tanı ve yönetiminde ön planda yer alarak, hastalıkların ilerlemesini önleyebilir ve komplikasyonları azaltabilir. Özellikle düşük gelirli ve kaynakların sınırlı olduğu bölgelerde, aile hekimleri ve birinci basamak sağlık çalışanlarının eğitilmesi, nörolojik bozuklukların yönetiminde sağlık sistemini destekleyici bir unsur olarak değerlendirilmektedir. Bu, sağlık sisteminin genel verimliliğini artırırken, aynı zamanda hasta sonuçlarını da iyileştirir (WHO, 2006).

Birinci basamakta en sık görülen nörolojik hastalıklar şunlardır:

#### **2.4.1. Baş ağrıları**

Migren ve gerilim tipi baş ağrısı (GTBA), dünya genelinde en sık görülen baş ağrısı türlerindedir. Migren genellikle başın bir tarafında zonklayıcı ağrılarla kendini gösterir ve ışık, ses gibi duyuşal uyarılara karşı aşırı hassasiyet ve bulantı gibi semptomlarla birlikte seyrederek. Bazı hastalarda "aura" olarak bilinen görsel ve duyuşal belirtiler migren atağından önce ortaya çıkar ve görme bozuklukları veya uyuşma gibi semptomlarla kendini gösterir. Migren, hem iş gücü kaybına hem de sosyal yaşamda kısıtlamalara yol açarak bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Tedavi genellikle ağrı yönetimi ve önleyici ilaçlardan oluşur. GTBA ise başın her iki tarafında baskı veya sıkışma hissi yaratır ve daha hafif şiddette olmakla birlikte stres, kas gerginliği gibi faktörlerle tetiklenir. Migren kadar şiddetli olmasa da, bu baş ağrısı tipi kronikleşebilir ve iş gücü kaybına neden olabilir. Araştırmalar, migrenin daha yüksek ekonomik maliyetlere yol açtığını, ancak gerilim tipi baş ağrılarının daha yaygın olduğunu göstermektedir (Onan ve ark., 2023).

Dünya genelinde yetişkinlerin yaklaşık %15'ini etkileyen migren, kadınlarda daha yaygın olarak görülen ciddi bir baş ağrısı bozukluğudur. Ayda en az 15 gün baş ağrısı yaşanmasıyla tanımlanan kronik migren, ilaç aşırı kullanımına bağlı baş ağrılarıyla da bağlantılı olabilir. Botulinum toksin tip A (BTX-A), özellikle kronik migren tedavisinde etkili bir yöntem olarak kabul edilmiştir. BTX-A, sinir-kas iletimini engelleyerek ağrıyı hafifletir. Baş ve boyun çevresinde belirli noktalara intramüsküler enjeksiyon yoluyla uygulanır ve düzenli olarak tekrarlanması gerekmektedir. Yapılan kapsamlı klinik çalışmalar, botulinum toksininin migren

ataklarının sıklığını ve şiddetini azalttığını ortaya koymuştur, bu da migren hastalarının yaşam kalitesini önemli ölçüde iyileştirmektedir (Herd ve ark., 2018).

#### **2.4.2. Baş dönmesi**

Merkezi vertigo, genellikle beyin sapı, beyincik veya beyin korteksindeki vestibüler yolları etkileyen lezyonlar nedeniyle ortaya çıkar. Bu tür vertigo, ataksi, dizartri ve çok yönlü nistagmus gibi belirtilerle birlikte görülür. Merkezi vertigonun en yaygın nedenleri arasında inme, multipl skleroz, migren, beyin tümörleri ve diğer nörolojik bozukluklar yer alır. Merkezi vertigonun ayırt edici özellikleri, baş hareketlerine duyarlılığın az olması ve nörolojik defisitlerin mevcut olmasıdır. Periferik vertigodan farklı olarak, merkezi vertigo genellikle daha karmaşık bir klinik tablo sunar ve tanı için nörolojik muayene ve görüntüleme yöntemleri gereklidir (Karataş, 2008).

Vertigo şikayeti ile başvuran hastalarda, öncelikle “dizziness” (baş dönmesi, sersemlik hissi) ile vertigo ayrımı yapılmalıdır. Hastanın vital bulguları dikkatle değerlendirilmelidir. Hipotansiyon saptandığında, hipovolemik şok ve miyokard enfarktüsü olasılıkları göz önünde bulundurulmalı; hastada soğuk terleme ve bilinç bulanıklığı mevcutsa kan şekeri ölçümü yapılmalı ve EKG çekilerek bradikardi veya taşikardi gibi ritim bozuklukları ekarte edilmelidir. Ateş ve bilinç bulanıklığı varlığında ise sepsis, menenjit, ensefalit ve subaraknoid kanama gibi acil durumlar düşünülmelidir. Ayrıca, hastada ortostatik hipotansiyon değerlendirilerek, senkop veya presenkop geçirmiş olabileceği sorgulanmalıdır. Ek olarak, solunum sayısı ve oksijen saturasyonu da değerlendirilerek, hipoperfüzyon bulguları araştırılmalıdır. Vertigo nedenleri genellikle vital bulgularda belirgin bir anormallik yaratmaz; bu nedenle, anormal vital bulgu tespit edildiğinde daha dikkatli bir yaklaşım benimsenmelidir (Koçer ve ark., 2017).

#### **2.4.3. Demans**

Demans terimi, günlük yaşamda bunama olarak adlandırılır ve Latince “mens” kelimesinden türemiştir. 65 yaş ve üzerindeki bireylerde Alzheimer hastalığı (AH) prevalansı yaşla birlikte artmakta ve bu yaş grubu, DSÖ tarafından “yaşlı” olarak tanımlanmaktadır. Yaşlanmaya bağlı bilişsel yeteneklerdeki düşüş, kronik hastalıklar ve malnütrisyon gibi sağlık sorunlarıyla birleştiğinde bireylerde ölüm riski

artmaktadır. Demans, bireyin kazanılmış zihinsel ve sosyal yeteneklerinin ilerleyici olarak kaybolmasına neden olan bir nörodejeneratif hastalıktır. Yaşlanmanın doğal bir süreci olarak görülen unutkanlık, bu hastalığın erken teşhisini güçleştirebilir. Bu nedenle, Standart Mini Mental Test (SMMT) ve Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) gibi testler, demans ve depresyonun ayırıcı tanısında kullanılmalıdır (Taser ve ark., 2021).

Alzheimer hastalığı, dünya genelinde en yaygın demans türüdür ve beyin hücrelerinin ölümüne yol açan bir hastalıktır. Alzheimer'ın fizyopatolojisi, beyin dokusunda beta-amiloid plaklarının ve tau proteini içeren nörofibril yumaklarının birikimi ile karakterize edilir. Bu protein birikimleri, sinir hücrelerinin normal işlevini bozarak bilişsel bozukluklara ve hafıza kaybına neden olur. Alzheimer hastalığının gelişimi sırasında beyinde yaygın nöroinflamasyon, oksidatif stres ve mitokondriyal disfonksiyon gibi süreçler de gözlemlenmektedir. Araştırmalar, bu patolojik süreçlerin bilişsel yetersizlik ve davranışsal değişikliklere yol açan sinir hücresi kaybına katkıda bulunduğunu göstermektedir. Alzheimer'ın ilerlemesi, bireylerde günlük yaşam aktivitelerinin kaybı ve bağımsızlıklarının azalmasıyla sonuçlanır. Tedavi yaklaşımları semptomları hafifletmeyi hedeflerken, hastalığın ilerlemesini durduracak kesin bir tedavi henüz bulunamamıştır (Breijyeh ve Karaman, 2020).

#### **2.4.4. Serebrovasküler hastalıklar**

Serebrovasküler hastalıklar, beyne kan akışının bozulmasına yol açan ve çeşitli nörolojik bozukluklara neden olan patolojik durumlardır. İnme, serebral anevrizmalar, arteriovenöz malformasyonlar gibi çeşitli beyin damar hastalıkları, bu kategoride yer alır ve dünya çapında mortalite ve morbidite oranları yüksektir. Yapılan araştırmalar, bu hastalıkların patofizyolojisinde beyindeki damar yapılarının ve kan akışındaki değişikliklerinin rol oynadığını ortaya koymaktadır. Gelişmiş nörogörüntüleme teknikleri, bu hastalıkların tanı ve tedavisinde kritik öneme sahiptir. Örneğin, iskemik inme gibi akut vakalarda, hızlı teşhis ve tedavi yöntemleri, özellikle bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) gibi araçlar kullanılarak uygulanmaktadır. Bu sayede, hastaların hızlı bir şekilde

müdahale edilmesi, iyileşme sürecinde önemli bir fark yaratmaktadır (Jin ve ark., 2023).

Yeni inme vakalarının önlenmesi için kan basıncı, kan şekeri ve lipid seviyelerinin düzenli izlenmesi, fiziksel aktivitenin artırılması, sağlıklı beslenme alışkanlıklarının benimsenmesi, antiagregan veya antikoagülan tedavilerin uygun şekilde kullanılması ve bu tedavilerin yakından takibi kritik bir önem taşımaktadır. Sekonder inme tedavisi gören bir hastada yeni bir inme ortaya çıktığında, hastanın ilaçları düzenli kullanıp kullanmadığı ve yaşam tarzı değişikliklerine ne ölçüde uyum sağladığı dikkatlice gözden geçirilmelidir. İlaç uyumunda bir sorun varsa, bu uyumsuzluğa neden olan faktörler araştırılmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır (Apaydın Kaya ve Akgül, 2024, s. 37).

#### **2.4.5. Hareket bozuklukları**

Parkinson hastalığı (PH), merkezi sinir sisteminde dopamin üreten nöronların kaybıyla karakterize edilen ilerleyici bir nörodejeneratif hastalıktır. PH, genellikle 60 yaş üstü bireylerde ortaya çıkar ve yaşlanmayla ilişkilidir. Hastalığın motor belirtileri arasında bradikinezi, rijidite ve tremor bulunurken, motor dışı belirtiler arasında uyku bozuklukları, depresyon ve koku kaybı yer alır. Levodopa gibi dopamin seviyelerini artıran ilaçlar, hastalığın semptomlarını hafifletmek için yaygın olarak kullanılmakta, ancak bu ilaçların etkinliği zamanla azalabilmektedir (Davie, 2008).

Tremor, istemsiz, ritmik ve salınımlı bir motor hareket olarak çeşitli nörolojik hastalıklarla ilişkilendirilmektedir. Esansiyel tremor (ET), üç yıldan uzun süredir devam eden iki taraflı üst ekstremite aksiyon tremoru olarak tanımlanırken, ET plus, bu tabloya ek olarak hafif nörolojik belirtilerin (örneğin distoni, ataksi) eşlik ettiği bir alt türdür. Tremorlar genellikle dinlenme ve aksiyon tremoru olmak üzere iki gruba ayrılır ve aksiyon tremoru postüral, kinetik ve izometrik formlarda gözlemlenebilir. ET'nin patogenezi tam olarak anlaşılamamış olmakla birlikte, cerebello-talamik-kortikal devredeki anormalliklerin rol oynadığı düşünülmektedir. Ayrıca, ET'nin genetik bir temele sahip olduğu ve aile öyküsünün önemli bir risk unsuru olduğu bilinmektedir; fakat bu genetik ilişkiyi tam olarak açıklayan spesifik faktörler halen araştırılmaktadır (Lenka ve Jankovic, 2021).

#### **2.4.6. Epilepsi**

Epilepsi, beyindeki sinir hücrelerinde meydana gelen anormal elektriksel faaliyetler sonucu ortaya çıkan kronik bir nörolojik rahatsızlıktır. Epilepsi, en az iki kendiliğinden nöbetin ortaya çıkmasıyla karakterize edilir ve tanı koymak için nöbetlerin belirli aralıklarla tekrarlanması gerekmektedir. Epilepsinin klinik belirtileri arasında bilinç kaybı, istemsiz kas kasılmaları ve duyuşal değişiklikler bulunabilir. Tanı sürecinde klinik gözlemler ve elektroensefalografi (EEG) gibi nörolojik testler önemli bir rol oynar. Doğru tanı, tedavi seçeneklerinin belirlenmesinde önemli bir rol üstlenir. Genellikle antiepileptik ilaçlar tedavinin temelini oluşturur; ancak bazı hastalarda ilaç tedavisine direnç gelişebilir ve bu durumda cerrahi müdahale gibi alternatif tedavi seçenekleri düşünülebilir (Fisher ve ark., 2014).

#### **2.4.7. Periferik sinir hastalıkları**

Periferik sinir hastalıkları, periferik sinirlerde hasar sonucu motor, duyu ve otonom fonksiyonlarda bozulmaya yol açar. Bu hastalıklar, sinir yaralanmaları, enfeksiyonlar, metabolik bozukluklar (örneğin diyabet) veya genetik nedenli olabilir. Periferik nöropati, sinirlerin elektriksel iletimini kaybetmesiyle kas güçsüzlüğü, duyu kaybı, ağrı ve karıncalanma gibi semptomlar gösterir. Duyu sinirlerinin hasarı ellerde ve ayaklarda uyuşma, motor sinirlerin hasarı ise kas güçsüzlüğü ve kramplar ile ortaya çıkabilir. Teşhis, tıbbi öykü, nörolojik muayene, elektromyografi (EMG) ve sinir iletim çalışmaları ile yapılır. Tedavi, altta yatan nedeni düzeltmeye odaklanır. Özellikle diyabetik nöropati gibi hastalıklarda, kan şekeri kontrolünün sağlanması birinci önceliktir. Bunun yanı sıra, semptomların yönetimi ve fizik tedavi uygulamaları, hastanın fonksiyonel kapasitesini korumak ve ilerleyebilecek hasarları önlemek açısından önemlidir. Ağrı yönetimi, hastaların yaşam kalitesini artırmada belirleyici bir rol oynar ve bu amaçla farmakolojik tedavilerle desteklenir. Daha şiddetli vakalarda, periferik sinir hasarına cerrahi müdahaleler gerekebilir (<https://www.neurosurgery.columbia.edu/patient-care/conditions/peripheral-nerve-disorders>, Erişim tarihi: 25 Eylül 2024).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu çalışmamız, nöroloji polikliniğine başvuran hastaların başvuru nedenlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerinde yönetilme durumunu incelemek amacıyla yapılan kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Çalışmamız, 1 Temmuz 2024 - 31 Aralık 2024 tarihleri arasında Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji polikliniğine başvuran hastalarla gerçekleştirilmiştir.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmamızın evrenini, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran nöroloji polikliniği hastaları oluşturmaktadır. Bu çalışma kapsamında, spesifik bir örneklem yöntemi tercih edilmemiş olup, polikliniğe başvuran ve katılmaya gönüllü olan hastalar değerlendirilmiştir. Çalışmaya, nöroloji polikliniğine başvuran 18 yaş ve üzeri toplamda 502 gönüllü hasta dahil edilmiştir.

#### **3.4. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi**

Araştırmacı tarafından hazırlanan toplamda 25 sorudan oluşan anket formu bulunmaktadır. Üç uzman hekim tarafından incelenmiş ve gerekli düzeltmeler yapılarak revize edilmiş olan anket, SEAH nöroloji polikliniğinde pilot uygulama olarak gerçekleştirilmiştir. Anketin anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliği ile ilgili sorunlar giderildikten sonra nihai versiyonu oluşturulmuştur. Veriler, yüz yüze görüşme yöntemiyle ve soruların araştırmacı tarafından doğrudan sorulmasıyla toplanmıştır.

Anket formu toplamda beş ana bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde, katılımcıların sosyodemografik bilgilerine yer verilmiştir. İkinci bölümde, bireyin aile hekimliği konusundaki bilgi seviyesi ile sağlık hizmetlerine başvurma alışkanlıkları sorgulanmaktadır. Üçüncü bölümde, nöroloji polikliniğine başvuran hastaların şikayetleri, bu şikayetlerin ne kadar süredir devam ettiği ve polikliniğe başvuru

yöntemleri detaylı olarak ele alınmıştır. Dördüncü bölümde, nöroloji polikliniğine başvurmadan önce aile hekimine gitmiş olan hastaların, aile hekimi tarafından yürütülen yönetim süreçleri incelenmiş, aile hekimine gitmeyi tercih etmeyen hastaların ise başvurmama nedenleri sorgulanmıştır. Beşinci bölümde, nöroloji polikliniğinde hastalara uygulanan tedaviler, yapılan laboratuvar testleri, görüntüleme yöntemleri ve girişimsel müdahaleler gibi yönetim aşamaları ele alınmaktadır. Anket, hastanın muayenesinin ardından çalışmacı ve nöroloji uzmanın görüşü alınarak yöneltilen değerlendirme sorusu ile sona ermiştir (Ek-2: Anket formu).

### **3.5. Verilerin Analizi**

Tanımlayıcı istatistiklerde, kategorik değişkenler için yüzde (%) ve sayı (n), sayısal değişkenler için ortanca (minimum; maksimum) ve ortalama  $\pm$  standart sapma değerleri kullanıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu, Shapiro-Wilkinson testi, Kolmogorov-Smirnov testi, olasılık grafikleri ve histogram ile değerlendirildi. Sayısal veriler içeren bağımlı değişkenlerin analizinde Student T-Testi uygulandı. İki farklı kategorik değişken arasındaki ilişki ki-kare testleri ile incelendi. Dört gözlü (2x2) tablolarda, en küçük beklenen değer  $<5$  olduğunda Fisher'in kesin testi,  $\geq 5$  ve  $\leq 25$  olduğunda Yate's düzeltmeli ki-kare testi,  $>25$  olduğunda Pearson ki-kare testi kullanıldı. Rxc tablolarda, beklenen değeri 5'in altında olan göz sayısının toplam göz sayısının %20'sinden az olduğu durumlarda Pearson ki-kare testi uygulanırken, bu oranın fazla olduğu durumlarda gruplarda birleştirme yapıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak belirlendi. Analizler, SPSS 29.0 paket programı kullanılarak gerçekleştirildi.

### **3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları**

Araştırmanın tek merkezli ve kesitsel-tanımlayıcı nitelikte olması nedeniyle elde edilen sonuçlar, tüm Türkiye'de genellenemez. Çalışmanın üçüncü basamak sağlık kurumunda gerçekleştirilmiş olması nedeniyle, ikinci basamak sağlık hizmetine başvuran hastaların birinci basamakta yönetilme durumu incelenememiştir. Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı'na bağlı yan dal poliklinikleri mevcuttur. Bu çalışma, nöroloji polikliniğine başvuran 18 yaş ve üstü hastalarla yapılan anket aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Ayrıca, anket yöntemiyle yapılan

alışmalar, genellikle belirli sınırlamaları da içermekte olup, bu tür çalışmaların sonuçları bazı durumlarda kısıtlayıcı olabilir.

### **3.7. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırma, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 24 Mayıs 2024 tarihli ve 364006-141 numaralı onayı ile gerçekleştirilmiştir (Ek-1: Etik kurul onay formu). Çalışmaya katılacak bireylere, çalışmanın amacı, verilerin nasıl kullanılacağı ve yanıtlarının gizliliği hakkında bilgi verilmiş; sözlü onayları alınarak araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.



## 4. BULGULAR

Araştırmaya katılan 502 katılımcının %70,7'si (n=355) kadındır. Katılımcıların yaş ortalaması 52,60±18,57 yıl, yaş ortancası ise 54,00 [38,00-69,00] yıldır. Katılımcılar arasında saptanan en küçük yaş 18, en büyük yaş ise 97'dir. Medeni durumlarına göre, katılımcıların %70,3'ü (n=353) evli, %29,7'si (n=149) bekar. İkamet yerlerine bakıldığında, %20,7'si (n=104) köyde, %39,8'i (n=200) ilçe merkezinde ve %39,5'i (n=198) il merkezinde yaşıyordu. Eğitim durumlarına göre, katılımcıların %48,8'i (n=245) ilköğretim mezunu, %20,1'i (n=101) lise mezunu ve %13,0'ı (n=65) lisans ve üzeri olarak bildirilmiştir. Çalışma durumlarına göre, katılımcıların %21,1'i (n=106) çalışıyor, %56'sı (n=281) çalışmıyor ve %22,9'u (n=115) emekli. Ekonomik durum değerlendirmesine göre, katılımcıların %32,5'i (n=163) ekonomik durumlarını düşük, %63,9'u (n=321) orta ve %3,6'sı (n=18) yüksek olarak değerlendirmiştir. Konuyla ilgili bilgi Tablo 4.1.'de verilmiştir.

**Tablo 4.1.** Nöroloji polikliniğine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri

Değişkenler		Sayı (n=502)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	355	70,7
	Erkek	147	29,3
Medeni Durum	Evli	353	70,3
	Bekar	149	29,7
İkamet Yeri	Köy	104	20,7
	İlçe merkezi	200	39,8
	İl merkezi	198	39,5
Eğitim	Okur-yazar değil	42	8,3
	İlköğretim	245	48,8
	Ortaöğretim	49	9,8
	Lise	101	20,1
	Lisans ve üzeri	65	13,0
Çalışma Durumu	Çalışıyorum	106	21,1
	Çalışmıyorum	281	56
	Emekliyim	115	22,9
Ekonomik Durum Algısı	Düşük	163	32,5
	Orta	321	63,9
	Yüksek	18	3,6

Katılımcıların %58,8'inin en az bir kronik hastalığa sahip olduğu tespit edildi. En çok görülen üç kronik hastalık sırasıyla; %35,1 ile Hipertansiyon, %20,9 ile Diabetes Mellitus, %16,7 ile Serebro vasküler olay olmuştur. Tablo 4.2.'de detaylı bilgi verilmiştir.

**Tablo 4.2.** Katılımcıların kronik hastalık durumlarının dağılımı

Değişkenler	Sayı (n=502)	Yüzde (%)
<b>Kronik Hastalık Durumu</b>		
Var	295	58,8
Yok	207	41,2
<b>Kronik Hastalıklar*</b>		
Hipertansiyon	176	35,1
Diabetes mellitus	105	20,9
Serebro vasküler olay	84	16,7
Koroner arter hastalığı	73	14,5
Hiperlipidemi	67	13,3
Kronik böbrek yetmezliği	22	4,4
Kronik obstruktif akciğer hastalığı	22	4,4
Obezite	7	1,4
Diğer	78	15,5

\*Katılımcılar birden fazla işaretleme yapabilmişlerdir.

Şikayetleri için katılımcıların en sık başvurduğu kurumlar sırasıyla; %42,6 ASM, %37,5 Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve %18,1 İlçe Devlet Hastanesi'dir. Tablo 4.3.'te konuyla ilgili bilgi verilmiştir.

**Tablo 4.3.** Katılımcıların ilk başvuruyu yaptıkları kurumların dağılımı

İlk Başvurduğu Yer	Sayı (n=502)	Yüzde (%)
ASM	214	42,6
İlçe Devlet Hastanesi	91	18,1
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	188	37,5
Özel Hastane	9	1,8

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

Araştırmaya katılanların %36,1'inde (n=181) baş ağrısı, %22,9'unda (n=115) ellerde ve ayaklarda uyuşma/his kaybı, %21,5'inde (n=108) baş dönmesi şikayetleri nöroloji polikliniğine en sık başvuru şikayetlerinden üçüdür. Konuyla ilgili detaylı bilgi Tablo 4.4.'te verilmiştir.

**Tablo 4.4.** Katılımcıların geliş şikayetlerine dair bazı özelliklerin dağılımı

Başvuru Şikayeti*	Sayı (n)	Yüzde (%)
Baş ağrısı	181	36,1
Ellerde ve ayaklarda uyuşma/his kaybı	115	22,9
Baş dönmesi	108	21,5
Unutkanlık	65	12,9
Güç kaybı	55	11,0
Bilinç kaybı	53	10,6
Denge kaybı	53	10,6
Titreme	53	10,6
Konuşma bozukluğu	51	10,2
Bulantı/Kusma	46	9,2
Görme bozukluğu	32	6,4
Bel, boyun ve sinir kaynaklı ağrılar	30	6,0
Uyku bozukluğu	24	4,8
İdrar/gaita kaçırma	7	1,4

\*Katılımcılar birden fazla işaretleme yapabilmişlerdir.

Araştırmaya katılanların %8,2'sinin (n=41) nöroloji polikliniğine başvuru şikayetinin süresi 2 haftadan kısa, %10,2'sinin (n=51) 2-6 hafta arası, %81,6'sının (n=410) 6 haftadan fazladır.

Araştırmaya katılanların %24,3'ü (n=122) aynı şikayet için daha önce aile hekimine başvurmuştur. Katılımcıların %58,8'i (n=295) kendisi randevu alarak doğrudan nöroloji polikliniğine, %14,5'i (n=73) aile hekiminin yönlendirmesiyle, %26,7'si (n=134) başka branştan bir hekimin yönlendirmesiyle başvurmuştur. Nöroloji polikliniğine başvuran hastaların başvuru şikayetlerinin özellikleri Tablo 4.5.'te verilmiştir.

**Tablo 4.5.** Nöroloji polikliniğine başvuran hastaların başvuru şikayetlerinin özellikleri

Değişkenler		Sayı (n=502)	Yüzde (%)
Şikayet süresi	2 haftadan kısa	41	8,2
	2-6 hafta arası	51	10,2
	6 haftadan fazla	410	81,6
Aynı şikayet için daha önce aile hekimine başvurdu mu?	Evet	122	24,3
	Hayır	380	75,7
Nöroloji polikliniğine başvuru şekli	Kendisi randevu alanlar	295	58,8
	Aile hekiminden yönlendirme	73	14,5
	Başka bir branştan hekim tarafından yönlendirme	134	26,7

Araştırmaya katılanların %37,1'i (n=186) aile hekiminin uzman hekim olduğunu, %22,1'i (n=111) pratisyen hekim olduğunu bilmektedir. Katılımcıların %45,8'i (n=230) yılda birkaç kez, %40,4'ü (n=203) ayda 1 kez, %5,8'i (n=29) haftada 1 kez aile hekimine başvurmaktadır. Katılımcıların %8'i (n=40) aile hekimine hiç gitmemektedir.

Konuyla ilgili bilgi Tablo 4.6.'da verilmiştir.

**Tablo 4.6.** Nöroloji polikliniğine başvuran hastaların aile hekimlerine dair bazı özellikleri

Değişkenler		Sayı (n=502)	Yüzde (%)
Aile hekimi uzman mı?	Evet	186	37,1
	Hayır	111	22,1
	Bilinmiyor	205	40,8
Aile hekimine başvuru sıklığı	Hiç gitmiyor	40	8,0
	Haftada 1 kez	29	5,8
	Ayda 1 kez	203	40,4
	Yılda birkaç kez	230	45,8

Nöroloji polikliniğine başvurmadan önce aile hekimine başvuran hastaların %71,3'üne (n=87) aile hekimi tarafından muayene yapılmıştır. Bu hastaların %32,8'ine (n=40) aile hekimi tarafından tahlil yapılmıştır.

Aile hekimine başvuran hastaların %45,1'ine (n=55) aile hekimi tarafından tedavi verilmiş, %0,8'in (n=1) ise mevcut tedavisi düzenlenmiştir.

Aile hekimi tarafından hastaların %15,6'sına (n=19) yaşam tarzı değişiklikleri ile ilgili önerilerde bulunulmuştur. Hastaların %59,8'i (n=73) aile hekimi tarafından nöroloji polikliniğine sevk edilmiştir. Tablo 4.7.'de konu ile ilgili bilgi verilmiştir.

**Tablo 4.7.** Nöroloji polikliniğine başvurmadan önce aile hekimine başvuran hastaların ASM'de aldığı sağlık hizmetinin özellikleri ve yönlendirmelerin dağılımı

Değişkenler		Sayı (n=122)	Yüzde (%)
Aile hekiminin muayene yapma durumu	Evet	87	71,3
	Hayır	35	28,7
Aile hekiminin tahlil yapma durumu	Evet	40	32,8
	Hayır	82	67,2
Aile hekiminin tedavi verme durumu	Evet	55	45,1
	Hayır	67	54,9
Aile hekiminin tedaviyi düzenleme durumu	Evet	1	0,8
	Hayır	121	99,2
Aile hekiminin yaşam tarzı değişiklikleri ile ilgili öneride bulunma durumu	Evet	19	15,6
	Hayır	103	84,4
Aile hekiminin nöroloji polikliniğine sevk etme durumu	Evet	73	59,8
	Hayır	49	40,2

Nöroloji polikliniği öncesi aile hekimine başvurmayan hastaların aile hekimine başvurmama nedeni olarak en sık ifade ettikleri üç sebep sırasıyla; %67,9'u (n=258) nöroloji uzmanına muayene olmak istediği için, %16,1'i (n=61) yıllardır aynı doktora muayene olduğu için, %11,8'i (n=45) aile hekiminin yetersiz kalacağını düşündüğü için aile hekimine başvurmamıştır. Konuyla ilgili bilgi Tablo 4.8.'de verilmiştir.

**Tablo 4.8.** Nöroloji polikliniği öncesi aile hekimine başvurmayan hastaların aile hekimine başvurmama sebepleri

Sebepler*	Sayı (n)	Yüzde (%)
Nöroloji uzmanına muayene olmak isteme	258	67,9
Yıllardır aynı doktora muayene olması	61	16,1
Aile hekiminin yetersiz kalacağını düşünme	45	11,8
Aile hekimini tanımıyor	25	6,8
Tetik ve görüntüleme yöntemlerini yetersiz bulma	19	5,0
ASM'nin konumunun hastaneden uzak olması	18	4,7
ASM'ye randevu bulamama	5	1,3

\*Katılımcılar birden fazla işaretleme yapabilmişlerdir. ASM: Aile Sağlığı Merkezi

Katılımcıların kendi aile hekimlerinden memnuniyet durumlarına göre dağılımı şu şekildedir: Katılımcıların %90,8'i (n=456) aile hekiminden memnun olduğunu belirtirken, %4,2'si (n=21) memnun olmadığını, %5,0'ı (n=25) ise aile hekimini tanımadığını ifade etmiştir.

Tablo 4.9'da, katılımcıların kendi aile hekimlerinden memnuniyet durumlarına göre dağılımı gösterilmiştir.

**Tablo 4.9.** Katılımcıların kendi aile hekimlerinden memnuniyet durumlarına göre dağılımı

Değişkenler	Sayı (n=502)	Yüzde (%)
<b>Aile hekiminden</b>		
Evet, memnunum	456	90,8
<b>memnuniyet durumu</b>		
Hayır, memnun değilim	21	4,2
Tanımıyorum	25	5,0

Nöroloji polikliniğinde en sık koyulan tanıları sırasıyla; %29,1 ile baş ağrıları, %19,7 ile serebrovasküler hastalıklar, %13,1 ile hareket bozuklukları olmuştur.

Tablo 4.10.'da detaylı bilgi verilmiştir.

**Tablo 4.10.** Nöroloji polikliniğinde koyulan tanıların dağılımı

Tanılar*	Sayı (n)	Yüzde (%)
Baş ağrıları	146	29,1
Serebrovasküler hastalıklar	99	19,7
Hareket bozuklukları	66	13,1
Periferik sinir hastalıkları	59	11,8
Demans sendromları	44	8,8
Vertigo	40	8,0
Epilepsi	18	3,6
Disk hernisi	8	1,6
Paraliziler	5	1,0
Demyelinizan hastalıklar	5	1,0
Kas hastalıkları	4	0,8
Uyku bozuklukları	2	0,4
Tanı konulamadı	2	0,4
Psikoz	1	0,2

\*Bazı hastalar başka brana sevk edildiği için (n) sayısı ile hasta sayısı korele değildir.

Nöroloji polikliniğinde işlem gören katılımcıların %64,9'una tahlil/tetkik yöntemlerine ihtiyaç duyulmuş, %56,2'sine görüntüleme/girişimsel işlem yapılmış, %61,8'ine tedavi verilmiştir. Katılımcıların %9,2'si nöroloji uzmanı tarafından başka bir brana sevk edilmiştir. Tablo 4.11.'de nöroloji polikliniğine başvuran katılımcılara ait bazı özelliklerin dağılımı sunulmuştur.

**Tablo 4.11.** Nöroloji polikliniğine başvuran katılımcılara ait bazı özelliklerin dağılımı

Değişkenler		Sayı (n=502)	Yüzde (%)
<b>Nöroloji uzmanının tahlil/tetkik gerek görme durumu</b>	Evet	326	64,9
	Hayır	176	35,1
<b>Nöroloji uzmanının görüntüleme/girişimsel işlem gerek görme durumu</b>	Evet	282	56,2
	Hayır	220	43,8
<b>Nöroloji uzmanının tedavi verme durumu</b>	Evet	310	61,8
	Hayır	192	38,2
<b>Nöroloji uzmanının nörolojik hastalık düşünmeyip başka brana sevk etme durumu</b>	Evet	46	9,2
	Hayır	456	90,8

Nöroloji uzmanı tarafından araştırmaya katılanların %20,9'u (n=105) birinci basamakta tanısı konulup yönetilebilir olarak, %21,1'i (n=106) birinci basamakta yönetilemez çünkü görüntüleme imkanı yetersiz olarak, %34,3'ü (n=172) birinci basamakta yönetilemez çünkü uzmanlık bilgisi gerektiriyor olarak, değerlendirilmiştir.

Tablo 4.12.'de hastaların birinci basamakta yönetimi hakkında nöroloji uzmanlarının görüşleri sunulmuştur.

**Tablo 4.12.** Nöroloji polikliniğinde hastaları değerlendiren nöroloji uzmanının hastaların birinci basamakta yönetimi hakkındaki görüşleri

Görüşler	Sayı (n=502)	Yüzde (%)
Birinci basamakta tanısı konulup yönetilebilir	105	20,9
Birinci basamakta tanısı konulup yönetilebilirdi ancak reçete edilen ilaçlar SGK kapsamında olmadığı için yönetilemeyebilir	60	12,0
Birinci basamakta yönetilemez çünkü laboratuvar\test imkanı yetersiz	52	10,3
Birinci basamakta yönetilemez çünkü görüntüleme imkanı yetersiz	106	21,1
Birinci basamakta yönetilemez çünkü girişimsel işlem gerektiriyor	7	1,4
Birinci basamakta yönetilemez çünkü uzmanlık bilgisi gerektiriyor	172	34,3
Toplam	502	100,0

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

Nöroloji polikliniğine gelmeden önce aile hekimine başvuran ve nöroloji polikliniğine sevk edilen hastaların %34,2'sinin (n=25) aile hekimi uzman hekim, %27,4'ünün (n=20) pratisyen hekimdir. Hastaların %38,4'ünün (n=28) aile hekiminin ünvanını bilmemektedir.

Tablo 4.13.'de aile hekimliğinden nöroloji polikliniğine sevk edilen hastaların aile hekimlerinin ünvan dağılımı verilmiştir.

**Tablo 4.13.** Aile hekimine başvuran ve aile hekiminin nöroloji polikliniğine sevk ettiği hastaların aile hekimlerinin ünvan dağılımı

Değişkenler	Sayı (n=73)	Yüzde (%)
Sevk edilen hastaların aile hekiminin ünvanı		
Uzman hekim	25	34,2
Pratisyen hekim	20	27,4
Bilgisi yok	28	38,4

Aile hekimi tarafından nöroloji polikliniğine sevk edilen hastalar nöroloji uzmanı tarafından değerlendirildiğinde, %13,7'sinin (n=10) birinci basamakta tanı konulup yönetilebileceği, %15,1'inin (n=11) birinci basamakta yönetilebilir olduğu ancak SGK kapsamına girmeyen ilaç reçeteleri nedeniyle yönetilemediği, %11'inin (n=8) laboratuvar veya test imkanlarının yetersiz olması nedeniyle birinci basamakta yönetilemeyeceği, %21,9'unun (n=16) görüntüleme imkanlarının yetersiz olması nedeniyle birinci basamakta yönetilemeyeceği ve %35,6'sının (n=26) uzmanlık bilgisi gerektirdiği için birinci basamakta yönetilemez olarak değerlendirildiği tespit edilmiştir. Verilerin bilgisi tablo 4.14.'de sunulmuştur.

**Tablo 4.14.** Aile hekimi tarafından nöroloji polikliniğine sevk edilen hastaların nöroloji uzmanının görüşlerine göre birinci basamak yönetilebilirliğinin dağılımı

Görüşler	Sayı (n=73)	Yüzde (%)
Birinci basamakta tanısı konulup yönetilebilir	10	13,7
Birinci basamakta tanısı konulup yönetilebilirdi ancak reçete edilen ilaçlar SGK kapsamında olmadığı için yönetilemeyebilir	11	15,1
Birinci basamakta yönetilemez çünkü laboratuvar\test imkanı yetersiz	8	11
Birinci basamakta yönetilemez çünkü görüntüleme imkanı yetersiz	16	21,9
Birinci basamakta yönetilemez çünkü girişimsel işlem gerektiriyor	2	2,7
Birinci basamakta yönetilemez çünkü uzmanlık bilgisi gerektiriyor	26	35,6
Toplam	73	100

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

Aile hekimine başvurmama sebebi; nöroloji uzmanına muayene olmayı isteme olanların %15,5'i (n=40), aile hekiminin yetersiz kalacağını düşünme olanların %46,7'si (n=21), aile hekimini tanımıyor olanların %23,1'i (n=6), tetkik ve görüntüleme yöntemlerinin yetersiz bulma olanların %31,6'sı (n=6) birinci basamakta yönetilebilirdi. ASM'ye randevu bulamama sorunu yaşayanların ise tamamı %100,0'ü (n=5) birinci basamakta yönetilemezdi. Verilerin detaylı bilgisi tablo 4.15.'de sunulmuştur.

**Tablo 4.15.** Katılımcıların aile hekimine başvurmama sebeplerine göre birinci basamakta yönetilebilme durumları

Sebepler*	Birinci basamakta yönetilebilme	
	Yönetilebilir n (%)	Yönetilemezdi n (%)
Nöroloji uzmanına muayene olmak isteme (n=258)	40 (15,5)	218 (84,5)
Yıllardır aynı doktora muayene olması (n=61)	1 (1,6)	60 (98,4)
Aile hekiminin yetersiz kalacağını düşünme (n=45)	21 (46,7)	24 (53,3)
Aile hekimini tanımıyor (n=26)	6 (23,1)	20 (76,9)
Tetkik ve görüntüleme yöntemlerini yetersiz bulma (n=19)	6 (31,6)	13 (68,4)
ASM'nin konumu hastaneden uzak olması (n=18)	4 (22,2)	14 (77,8)
ASM'ye randevu bulamama (n=5)	-	5 (100,0)

\*Katılımcılar birden fazla işaretleme yapabilmışlerdir, ASM: Aile Sağlığı Merkezi

Araştırmaya katılan kadınların, %55,5'i (n=197) hastaneyi ilk başvuracakları kurum olarak ifade ederken, erkeklerin %61,9'u (n=91) hastaneyi tercih etmiştir.

Cinsiyet ile ilk başvuru yapılan sağlık kurumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,186).

Eğitim durumuna göre yapılan incelemede, okur-yazar olmayanların %59,5'i (n=25) hastaneyi ilk başvuracakları kurum olarak ifade etmiştir. İlköğretim mezunlarının %51,4'ü (n=126) hastaneyi tercih etmiştir. Ortaöğretim mezunlarının %61,2'si (n=30) hastaneyi tercih ederken, lise mezunlarında bu oran hastane için %63,4 (n=64) olarak bulunmuştur. Lisans ve üzeri eğitim durumuna sahip katılımcıların arasında hastaneyi tercih edenlerin oranı %66,2 (n=43) olmuştur. Eğitim durumu ile

ilk başvuru olan sağlık kurumu arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p=0,114$ ).

Medeni duruma göre incelendiğinde, evli olanların %55,2'si ( $n=195$ ) hastaneyi ilk başvuracakları kurum olarak belirtirken, bekar olanların %62,4'ü ( $n=93$ ) hastaneyi tercih etmiştir. Medeni durum ile ilk başvuru olan sağlık kurumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p=0,138$ ).

İkamet yerine göre, köyde yaşayanların %50,0'si ( $n=52$ ) ASM'yi, %50,0'si ( $n=52$ ) hastaneyi tercih etmiştir. İlçe merkezinde ikamet edenlerin %62,0'ı ( $n=124$ ) hastaneyi tercih ederken, il merkezinde ikamet edenlerin %56,6'sı ( $n=112$ ) hastaneyi tercih etmiştir. İkamet yeri ile ilk başvuru olan sağlık kurumu tercihi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p=0,128$ ).

Ekonomik duruma göre yapılan incelemede, düşük ekonomik duruma sahip katılımcıların %50,3'ü ( $n=82$ ) ASM'yi ilk başvurdukları kurum olarak belirtmiştir. Orta ekonomik duruma sahip katılımcılarda hastaneyi tercih edenlerin oranı %61,7 ( $n=198$ ) olarak bulunmuştur. Yüksek ekonomik duruma sahip katılımcıların %50,0'ı ( $n=9$ ) ASM'yi, %50,0'ı ( $n=9$ ) hastaneyi tercih etmiştir. Ekonomik durum ile ilk başvuru olan sağlık kurumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0,034$ ). Buna göre ekonomik durum düşükten ortaya doğru gittikçe katılımcıların ilk başvurdukları kurumun ASM olma sıklığının azaldığı görülmüştür.

Çalışma durumu açısından incelendiğinde, çalışanların %71,7'si ( $n=76$ ), çalışmayanların %54,1'i ( $n=152$ ), emekli olanların %52,2'si ( $n=60$ ) hastaneyi tercih etmiştir. Çalışma durumu ile ilk başvuru olan sağlık kurumu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,003$ ). Buna göre çalışanların çalışmayan ve emeklilere göre ilk başvurdukları kurumun ASM olma sıklığı daha azdır.

Kronik hastalık durumu açısından yapılan incelemede, kronik hastalığı olanların %57,0'ı ( $n=118$ ), kronik hastalığı olmayanların %57,6'sı ( $n=170$ ) hastaneyi tercih etmiştir. Kronik hastalık durumu ile ilk başvuru olan sağlık kurumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p=0,890$ ).

Tablo 4.16.'da katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile ilk başvurdukları sağlık kurumu arasındaki ilişki detaylı olarak sunulmuştur.

**Tablo 4.16.** Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile ilk başvurdukları sağlık kurumu arasındaki ilişki

Değişkenler		İlk başvuru yapılan sağlık kurumu( n=502)		p*
		ASM n (%)	Hastane n (%)	
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	158 (44,5)	197 (55,5)	0,186
	Erkek	56 (38,1)	91 (61,9)	
<b>Eğitim Durumu</b>	Okur-yazar değil	17 (40,5)	25 (59,5)	0,114
	İlköğretim	119 (48,6)	126 (51,4)	
	Ortaöğretim	19 (38,8)	30 (61,2)	
	Lise	37 (36,6)	64 (63,4)	
	Lisans ve üzeri	22 (33,8)	43 (66,2)	
<b>Medeni Durum</b>	Evli	158 (44,8)	195 (55,2)	0,138
	Bekar	56 (37,6)	93 (62,4)	
<b>İkamet Yeri</b>	Köy	52 (50,0)	52 (50,0)	0,128
	İlçe merkezi	76 (38,0)	124 (62,0)	
	İl merkezi	86 (43,4)	112 (56,6)	
<b>Ekonomik Durum</b>	Düşük	82 (50,3)	81 (49,7)	<b>0,034</b>
	Orta	123 (38,3)	198 (61,7)	
	Yüksek	9 (50,0)	9 (50,0)	
<b>Çalışma Durumu</b>	Çalışıyor	30 (28,3)	76 (71,7)	<b>0,003</b>
	Çalışmıyor	129 (45,9)	152 (54,1)	
	Emekli	55 (47,8)	60 (52,2)	
<b>Kronik Hastalık Durumu</b>	Var	89 (43,0)	118 (57,0)	0,890
	Yok	125 (42,4)	170 (57,6)	

Satır yüzdesi sunulmuştur \*Pearson ki-kare analizi yapılmıştır, ASM: Aile Sağlığı Merkezi

Araştırmaya katılan kadınların %78,3'ü (n=278) yönetilemezdi. Erkeklerde bu oran %81,0 (n=119) yönetilemez şeklindedir. İki grup arasında kayda değer bir farklılık saptanmamıştır (p=0,508).

Kronik hastalığı olmayanların %68,1'i (n=141) yönetilemezdi. Kronik hastalığı olanların ise %86,8'i (n=256) yönetilemezdi. Kronik hastalık durumu ve birinci basamakta yönetilebilme durumu arasında kayda değer bir farklılık saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Kronik hastalığı olan hastaların birinci basamakta yönetilemez olma sıklığı, kronik hastalığı olmayanlara göre önemli derecede daha yüksektir.

Nöroloji polikliniği öncesi aile hekimine başvuranların %76,2'si (n=93) yönetilemezdi. Aile hekimine başvurmayanların ise %80,0'ı (n=304) yönetilemezdi. Bu gruplar arasında kayda değer bir farklılık saptanmamıştır ( $p=0,373$ ).

İlk başvuru yeri olarak ASM'ye başvuranların %75,2'si (n=161) yönetilemezdi. Hastaneye başvuranların %81,9'u (n=236) yönetilemezdi. İlk başvuru yeri ile yönetilebilme durumu arasında kayda değer bir farklılık saptanmamıştır ( $p=0,068$ ).

Şikayet süresi 2 haftadan kısa olanların %70,7'si (n=29), 2-6 hafta arası olanlarda %72,5'i (n=37), 6 haftadan uzun süren şikayetlerde %80,7'si (n=331) yönetilemezdi. Şikayet süresi ile yönetilebilme durumu arasında kayda değer bir farklılık saptanmamıştır ( $p=0,156$ ).

Laboratuvar ihtiyacı duyulanların %85,0'ı (n=277) yönetilemezdi. Laboratuvar ihtiyacı duyulmayanların ise %68,2'si (n=120) yönetilemezdi. Laboratuvara ihtiyaç duyulma durumu ile yönetilme durumu arasında kayda değer bir farklılık saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Laboratuvar ihtiyacı olmayan hastaların yönetilebilir olma sıklığı, laboratuvar ihtiyacı olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Görüntüleme veya girişimsel işleme ihtiyaç duyulanların %100,0'ı (n=282) yönetilemezdi. Görüntüleme veya girişimsel işleme ihtiyaç duyulmayanların %52,3'ü (n=115) yönetilemezdi. Bu değişken ile yönetilme durumu arasında kayda değer bir farklılık saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Görüntüleme veya girişimsel işleme ihtiyaç duyulan hastaların tamamı birinci basamakta yönetilemezdi ve bu durum anlamlı bir fark yaratmaktadır.

Tablo 4.17.'de konu ile ilgili detaylı bilgi sunulmuştur.

**Tablo 4.17.** Araştırmaya katılanların birinci basamakta yönetilme durumuna etki eden faktörlerin dağılımı

Değişkenler	Birinci basamakta yönetilme durumu( n=502)			p*
	Yönetilebilirdi	Yönetilemezdi		
	n (%)	n (%)		
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	77 (21,7)	278 (78,3)	0,508
	Erkek	28 (19,0)	119 (81,0)	
<b>Kronik Hastalık Durumu</b>	Evet	39 (13,2)	256 (86,8)	<b>&lt; 0,001</b>
	Hayır	66 (31,9)	141 (68,1)	
<b>Nöroloji polikliniği öncesi aile hekimine başvuru durumu</b>	Evet	29 (23,8)	93 (76,2)	0,373
	Hayır	76 (20,0)	304 (80,0)	
<b>İlk Başvuru Yeri</b>	ASM	53 (24,8)	161 (75,2)	0,068
	Hastane	52 (18,1)	236 (81,9)	
<b>Şikayet Süresi</b>	2 haftadan kısa	12 (29,3)	29 (70,7)	0,156
	2-6 hafta arası	14 (27,5)	37 (72,5)	
	6 haftadan fazla	79 (19,3)	331 (80,7)	
<b>Laboratuvara İhtiyaç Duyulma</b>	Evet	49 (15,0)	277 (85,0)	<b>&lt; 0,001</b>
	Hayır	56 (31,8)	120 (68,2)	
<b>Görüntüleme veya girişimsel işleme ihtiyaç duyulma</b>	Evet	0 (0,0)	282 (100,0)	<b>&lt; 0,001</b>
	Hayır	105 (47,7)	115 (52,3)	

Satır yüzdesi sunulmuştur \*Pearson ki-kare testi, ASM: Aile Sağlığı Merkezi

Hastaların yaş ortalamalarına göre şikayetleri için ilk başvurdukları kurum arasında kayda değer bir farklılık saptanmamıştır (p=0,076).

Tablo 4.18.'de konu ile ilgili bilgi sunulmuştur.

**Tablo 4.18.** Katılımcıların yaş ortalamalarına göre şikayetleri için ilk başvurdukları kurumun dağılımı

Değişkenler	İlk başvuru yapılan sağlık kurumu		p*
	ASM	Hastane	
	Ortalama ± Standart Sapma	Ortalama ± Standart Sapma	
<b>Yaş</b>	54,30 ± 17,93	51,33 ± 18,96	0,076

\*Student-t testi yapılmıştır, ASM: Aile Sağlığı Merkezi

Hastaların yaş ortalamalarına göre birinci basamakta yönetilebilme durumları arasında kayda değer bir farklılık saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Birinci basamakta yönetilebilir hastaların yaş ortalaması, yönetilemez hastalara göre anlamlı olarak daha düşüktür.

Konu ile ilgili bilgi Tablo 4.19.'da sunulmuştur.

**Tablo 4.19.** Katılımcıların yaş ortalamalarına göre birinci basamakta yönetilme durumunun dağılımı

Değişkenler	Birinci basamakta yönetilebilme durumu		p*
	Yönetilebilirdi	Yönetilemezdi	
	Ortalama ± Standart Sapma	Ortalama ± Standart Sapma	
Yaş	44,02 ± 16,71	54,87 ± 18,39	< 0,001

\*Student-t testi yapılmıştır.

Aile hekimi ünvanlarına göre inceleme yapıldığında aile hekimi uzman hekim olanların %53,2'si (n=99), pratisyen hekim olanların %64,0'ı (n=71), ünvanını bilmeyenlerin ise %57,6'sı (n=118) hastaneyi tercih etmektedir. Gruplar arasında istatistiksel açıdan kayda değer bir farklılık saptanmamıştır ( $p=0,194$ ).

Konuyla ilgili ayrıntılar Tablo 4.20'de sunulmuştur

**Tablo 4.20.** Katılımcıların aile hekimi ünvanı ile herhangi bir sağlık sorunları olduğunda ilk başvurdukları sağlık kurumu arasındaki ilişki

Değişkenler		İlk başvuru yapılan sağlık kurumu (n=502)		p*
		ASM	Hastane	
		n (%)	n (%)	
Aile hekimi ünvanı	Uzman hekim	87 (46,8)	99 (53,2)	0,194
	Pratisyen hekim	40 (36,0)	71 (64,0)	
	Bilinmiyor	87 (42,4)	118 (57,6)	

Satır yüzdesi sunulmuştur \*Pearson ki-kare testi, ASM: Aile Sağlığı Merkezi

Araştırmaya katılanlardan, aile hekimi ünvanı uzman hekim olanların %24,7'si (n=46), pratisyen hekim olanların %29,7'si (n=33), aile hekiminin ünvanını bilmeyenlerin %21,0'ı (n=43) aile hekimine başvurmuştur. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bir seviyede değildir (p=0,22).

Verilerin bilgisi tablo 4.21.'de sunulmuştur.

**Tablo 4.21.** Katılımcıların aile hekimi ünvanı ile nöroloji polikliniğine başvuru öncesi aile hekimine başvurma durumu arasındaki ilişki

Değişkenler	Aile hekimine başvuru durumu		p*
	Başvurmuş n (%)	Başvurmamış n (%)	
Aile hekimi ünvanı	Uzman hekim 46 (24,7)	140 (75,3)	0,220
	Pratisyen hekim 33 (29,7)	78 (70,3)	
	Bilinmiyor 43 (21,0)	162 (79,0)	

Satır yüzdesi sunulmuştur \*Pearson ki-kare analizi yapılmıştır.

Nöroloji polikliniğine başvuran hastaların başvuru şekline göre birinci basamakta yönetilebilir durumları incelendiğinde, kendisi randevu alan hastaların %25,4'ü (n=75), aile hekiminden yönlendirilen hastaların %13,7'si (n=10), başka bir branş uzmanı tarafından sevk edilen hastaların ise %14,9'u (n=20) nöroloji polikliniğinde hastayı gören uzman tarafından birinci basamakta yönetilebilir olarak değerlendirilmiştir. Gruplar arasında kayda değer bir farklılık saptanmıştır (p=0,012). Kendisi randevu alarak polikliniğe gelen hastaların birinci basamakta yönetilebilir sıklığı, aile hekimi veya başka bir branştan yönlendirme ile polikliniğe gelen hastaların birinci basamakta yönetilebilir sıklığına göre önemli derecede daha yüksektir.

Tablo 4.22.'de konuyla ilgili bilgi gösterilmiştir.

**Tablo 4.22.** Nöroloji polikliniğine başvuran hastaların, polikliniğe başvuru şekli ile birinci basamakta yönetilebilme durumları arasındaki ilişki

Değişkenler		Birinci basamakta yönetilebilme durumu( n=502)		p*
		Yönetilebilirdi n (%)	Yönetilemezdi n (%)	
<b>Nöroloji polikliniğine başvuru şekli</b>	Kendisi randevu alanlar	75 (25,4)	220 (74,6)	<b>0,012</b>
	Aile hekiminden yönlendirme	10 (13,7)	63 (86,3)	
	Başka bir branştan hekim tarafından yönlendirme	20 (14,9)	114 (85,1)	

Satır yüzdesi sunulmuştur \*Pearson ki-kare testi

## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Nörolojik hastalıkların yönetiminde, birinci basamakta etkin bir şekilde takip ve tedavi edilebilen birçok hastalık bulunmaktadır. Örneğin gerilim tipi baş ağrısı, baş dönmesi, tremor ve unutkanlık gibi yakınmalar aile hekimleri tarafından tanı konularak hastalar için uygun tedavi planları oluşturulabilir ve düzenli takibi sağlanabilir. Bu yaklaşım, hastaların gereksiz yere ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmetlerine başvurmalarının önüne geçerek sağlık sisteminin verimliliğini artırır. Nörolojik hastalıkların önlenmesi adına, toplumun bilgilendirilmesi, hastalık gelişimi açısından risk taşıyan bireylerin erken dönemde tespit edilmesi ve uygun önerilerin sunulması, aile hekimlerinin temel sorumlulukları arasında yer almaktadır. Ayrıca, çeşitli nörolojik şikayetlerle başvuran bireylerin değerlendirilmesi, tanısının konulması, gerektiğinde ileri değerlendirme için ilgili uzmanlık alanlarına yönlendirilmesi ve birinci basamak düzeyinde tedavi edilebilecek nörolojik problemlerin uygun bir şekilde yönetilmesi de aile hekimlerinin görevleri arasında bulunmaktadır (Çifçili, 2024, s. 7). Bu nedenle, birinci basamak sağlık hizmetlerinin nörolojik hastalıkların yönetimindeki önemi büyüktür ve sağlık hizmetlerinin bütüncül bir yapıda sunulması için kritik bir rol oynar.

Çalışmamızın bulgularına göre, birinci basamakta yönetilebilirlik oranı %20,9 olup, ekonomik durum algısı, çalışma durumu, kronik hastalık varlığı, laboratuvar ve görüntüleme ihtiyacı, nöroloji polikliniğine başvuru şekli ve yaş gibi faktörler yönetilebilirlik üzerinde anlamlı farklılıklar göstermektedir. Düşük ekonomik durum algısına sahip katılımcıların yarısı ilk başvurdukları sağlık kurum olarak ASM'yi tercih ettiği saptanmıştır. İlk başvurdukları kurumda, çalışan bireylerin ASM'ye başvurma oranlarının daha düşük olduğu ve çoğunlukla hastanelere yönelindikleri görülmüştür. Kronik hastalığı bulunanların büyük çoğunluğunun birinci basamakta yönetilemez olarak değerlendirildiği tespit edilmiştir. Laboratuvar ve görüntüleme ihtiyacı bulunan hastaların neredeyse tamamının üst basamağa sevk edildiği belirlenmiştir. Nöroloji polikliniğine doğrudan başvuran hastaların ise sevk edilenlere kıyasla yönetilebilirlik oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Yaş ilerledikçe birinci basamakta yönetilebilme olasılığının azaldığı gözlemlenmiştir. İstatistiksel açıdan anlamlı olmamakla birlikte yaş ilerledikçe hastaların ilk başvurduğu kurumun hastane yerine ASM olduğu görülmüştür. Birinci basamak sağlık hizmetlerinden genel memnuniyet oranı %90,8 gibi yüksek bir düzeyde olmasına rağmen, hastaların yaklaşık üçte ikisi yine de doğrudan nöroloji uzmanına başvurarak muayene olmayı tercih etmiştir.

Çalışmamızda nöroloji polikliniğine başvuran hastaların birinci basamakta yönetilebilirlik oranının %20,9 olduğu tespit edilmiştir. Özellikle laboratuvar/test veya görüntüleme gerektiren klinik branşlarda da benzer şekilde yönetilebilirlik oranlarının %10 ve %20 arasında değiştiği görülmektedir (Delice ve ark., 2023; Karagöz, 2024). Ankara Şehir Hastanesi nöroloji polikliniğine yalnızca baş ağrısı şikayetiyle gelen hastalar üzerinde gerçekleştirilen bir başka çalışmada, yönetilebilirlik oranının %69,1 gibi oldukça yüksek bir seviyede olduğu tespit edilmiştir (Doğan, 2020). Bu yüksek oranın, çalışmanın yalnızca baş ağrısı şikayetine odaklanmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Baş ağrısı, genellikle birinci basamakta tanı konulabilen ve tedavi edilebilen bir semptom olduğu için, bu oranın yüksek çıkması öngörülebilir bir sonuç olarak görülmektedir. Çalışmamızda her beş hastadan birinin aslında birinci basamakta tanı ve tedavisi yapılabilecekken gereksiz yere hastaneye yönelerek yoğunluk yaratması, kaynakların verimli kullanılmasını önlemekte ve sağlık hizmetlerinin kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu durum, birinci basamak sağlık hizmetlerinin altyapısının güçlendirilmesi ve imkanlarının artırılması ile bu oranların kayda değer bir şekilde artabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda, katılımcıların %12,0'ının aslında birinci basamakta tedavi edilebileceği, ancak reçete edilen ilaçların SGK tarafından karşılanmaması sebebiyle bu hastaların birinci basamakta yönetilemediği belirlenmiştir. Mevcut verilere göre, SGK kısıtlaması olmadan hastaların gerekli ilaç ve rapor düzenlemeleri birinci basamakta yapıldığında, yönetilebilecek hasta oranı %32,9'a çıkmaktadır. Benzer çalışmalarda, %30-40 oranında hastaların gerekli ilaçların geri ödeme kapsamına alınmaması nedeniyle birinci basamakta yönetilemediği saptanmıştır (Canbolat, 2023; Karagöz, 2024). Çalışmamızda nöroloji polikliniğine en sık başvuru şikayeti %36,1 ile baş ağrısıdır. Migren hastalarının, ilaçları raporlu olmasına rağmen

yalnızca ilaç yazdırmak amacıyla hastaneye başvurdukları gözlemlenmiştir. SGK tarafından gerekli düzenlemelerin yapılarak birinci basamak hekimlerin reçete edebilecek ilaç kapsamının genişletilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu düzenleme ile hem hastaların gereksiz şekilde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine başvurmasını engelleyecek hem de sağlık sisteminin genel verimliliğini artırabilecektir.

Araştırmamızda hastaların %31,4'ünün laboratuvar/test ve görüntüleme imkanlarının yetersizliği nedeniyle yönetilemediği saptanmıştır. Dr. Akgüneş'in çalışmasında fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniğine başvuran her on hastanın dokuzuna görüntüleme gerektiği bulunmuş, Dr. Kuru'nun çalışmasında ise her üç hastadan birinin tetkik eksikliği nedeniyle birinci basamakta yönetilemediği tespit edilmiştir (Akgüneş, 2023; Kuru, 2024). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde tanısal araçların yetersizliği, hastaların etkin bir şekilde yönetilmesini güçleştirmektedir. ASM'lerde tetkik imkanlarının artırılması, özellikle nörolojik hastalıklar gibi daha karmaşık tanısal süreçlerin birinci basamakta çözümlenmesine olanak tanıyacaktır. Bu sayede, hastaların üst basamağa gitmesine gerek kalmadan, tedavi süreçleri ASM'lerde daha hızlı ve etkili bir şekilde yönetilebilecektir. Tanısal süreçlerin iyileştirilmesi, yalnızca hastaların teşhis ve tedavi süreçlerinde zaman ve maliyet avantajı sağlamayacak, aynı zamanda gereksiz hastane başvurularının azalmasına katkıda bulunacaktır. Bu durum, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarındaki iş yükünü hafifletecek ve sağlık sisteminin daha verimli bir şekilde işlemlerini sağlayacaktır. Ayrıca, ASM'lerde tanısal imkanların güçlendirilmesi, hasta memnuniyetini artırarak birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltecektir.

Araştırmamızda hastaların yaş ortalaması arttıkça birinci basamakta yönetilebilirliklerinin azaldığı gözlemlenmiştir. Literatürdeki benzer araştırmalar da bu bulguyu desteklemektedir (Doğan, 2020; Yıldız 2016). Bu durumun, yaşlı popülasyonda daha sık görülen ve birden fazla sistemi etkileyen kronik hastalıkların artışı ile yakından ilişkili olduğunu düşünmekteyiz. Bunun yanı sıra, polifarmasi, yani çoklu ilaç kullanımı ve bu ilaçların potansiyel etkileşimleri, yaşlı hastalarda tedavi süreçlerini karmaşık hale getirmektedir. Ayrıca, yaşlı hastaların kompleks bakım ihtiyaçları, birinci basamakta etkin bir şekilde yönetimi zorlaştırmaktadır. Bu

nedenle ilgili alanda uzman bilgisine ihtiyaç duyulmakta olduğundan üst basamak sağlık hizmetlerini gerektirmektedir.

Çalışmamızda kronik hastalık varlığı, hastaların birinci basamakta yönetimini olumsuz yönde etkilemiştir. Benzer şekilde, Dr. Türkmen'in diyabet polikliniğinde yaptığı çalışmada, kronik hastalık sayısının artmasıyla birinci basamakta hasta yönetilebilirliğinin anlamlı derecede azaldığı saptanmıştır (Türkmen, 2023). Ayrıca, başka bir çalışmada kronik hastalığı bulunan hastaların devlet hastanesine başvurmadan önce ASM'ye başvurma oranlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (Gümüş ve Güngörmüş, 2020). Çalışmamızla paralel olarak, kronik hastalığı olan hastaların üst basamak sağlık kuruluşlarını tercih etmelerinin temel nedeni, bu hastaların yönetiminde daha ileri tetkik ve tedavi imkânlarının gerekmesi olabilir. Ayrıca, aile hekimlerinin sınırlı kaynaklarla kronik hastalıkları uzun vadeli izleme ve tedavi etme konusundaki kısıtlılıkları, ASM'lerde yeterli sayıda Aile Hekimliği Uzmanının olmaması hastaları daha kapsamlı hizmet sunabilen üst basamak sağlık kurumlarına yönlendirmeye itmektedir.

Araştırmamızda, ekonomik durum algısı düşükten ortaya doğru gittikçe hastaların ilk başvuru noktası olarak ASM yerine hastaneleri tercih ettikleri gözlemlenmiştir. Benzer bir çalışmada da düşük gelir düzeyine sahip bireylerin devlet hastanesinden önce aile hekimine başvurduğu belirlenmiştir (Gümüş ve Güngörmüş, 2020). Gelir düzeyi arttıkça hastaların hastaneleri tercih etmesinin çeşitli sebepleri olabilir. Daha yüksek gelir seviyesindeki bireyler, özel sağlık sigortası gibi imkanlardan yararlanarak hastane hizmetlerine kolay erişim sağlayabilirler. Ayrıca, hastanelerin prestij ve güvenilirlik algısı, bu kesimdeki bireyler için cazip bir seçenek olabilir. Hastanelerin uzman hekimlere daha hızlı erişim sunması ve daha gelişmiş tanı-tedavi olanaklarına sahip olması, özellikle ileri tetkikler gerektiren durumlarda hastaları doğrudan bu kurumlara yönlendirebilir. Tüm bu etkenler, gelir arttıkça hastaların ASM'ler yerine hastaneleri tercih etme eğilimlerini açıklayabilir.

Araştırmamızda, çalışan hastaların ASM yerine doğrudan hastanelere başvurma oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aynı şekilde, acil servis yetişkin yeşil alanında yapılan bir çalışmada, çalışan bireylerin çalışmayanlara göre anlamlı

derecede daha fazla acil servise başvurduğu bulunmuştur (Çağlayan, 2020). Bu bulguya ilişkin literatürde yeterli sayıda çalışma bulunmadığından, tercih nedenlerinin daha iyi anlaşılabilmesi için daha geniş kapsamlı araştırmalar yapılması gerekmektedir.

Çalışmamızda hastaların %42,6'sının herhangi bir şikayetleri olduğunda ilk başvuru merkezi olarak ASM'yi tercih ettikleri saptanmış olmasına rağmen, nöroloji polikliniğine başvuru öncesinde %75,7'sinin aile hekimine başvurmadıkları görülmektedir. Dr. Kuru'nun çalışmasında da benzer bir tablo gözlenmiştir; hastaların yarıya yakını sağlık hizmeti almak için ASM'yi tercih ettikleri halde, her beş hastadan dördünün kardiyoloji polikliniği öncesinde ASM'ye başvurmadığı belirtilmiştir (Kuru, 2024). Dr. Türkmen'in çalışmasında ise hastaların yarısı ilk başvuru merkezi olarak ASM'yi seçmelerine rağmen, üçte ikisinin branş polikliniği öncesinde ASM'ye başvurmadıkları tespit edilmiştir (Türkmen, 2023). Özellikle nörolojik hastalıkları olan bireylerin, bu hastalıklara ilişkin duydukları kaygı sebebiyle daha kapsamlı tanı ve tedavi imkânlarına erişme arayışında oldukları, bu nedenle de doğrudan hastanelere yönelme eğiliminde bulduklarını düşünmekteyiz. Nörolojik semptomların belirsizliği ve olası ciddi sonuçlara işaret etme potansiyeli, hastaların daha detaylı incelemelerin yapılabileceği bir ortam arayışına girmesine yol açmaktadır. ASM'lerde sunulan temel hizmetler, bu bireylerin beklentilerini karşılamakta yetersiz kalabilirken, hastanelerin sunduğu ileri tetkik ve tedavi imkânları hastaların güven duygusunu artırmakta ve endişelerini gidermeye yönelik bir çözüm olarak görüldüğünü düşünmekteyiz.

Çalışmamızda, kendisi randevu alarak polikliniğe başvuran hastaların, birinci basamakta yönetilebilme sıklığının, aile hekimi veya başka bir branştan yönlendirme ile gelen hastalara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür. Benzer çalışmalarda ise, hastaların yalnızca beşte birinin sevk ile branş polikliniğine başvurduğu saptanmıştır (Canbolat, 2023; Delice ve ark., 2023). Bu bulgu, mevcut sevk zincirinin etkisiz işleyişini ve hastaların birinci basamak hizmetlerine yeterince entegre olamadığını ortaya koymaktadır. Aslında sevk zinciri, birinci basamaktan başlayarak üst basamaklara doğru bir yönlendirme mekanizması sunmalıdır; ancak, hastaların büyük bir kısmı, özellikle randevu alarak doğrudan üst basamaklara

başvurduğunda, bu sistemin dışında kalmaktadırlar. Bu durum, sevk zincirinin işleyişinde ve hastaların sağlık sistemine girişlerinde reform gereksinimini ortaya koymaktadır. Sevk zinciri zorunlu hale getirilmediği sürece, hastalar gereksiz yere üst basamak sağlık hizmetlerine yüklenmekte, bu da hem gereksiz sağlık harcamalarına hem de gereksiz yığılmalara yol açmaktadır. Hastaların birinci basamağa daha güçlü bir şekilde entegre edilmesi, bu sorunları hafifletebilir ve sağlık hizmetlerinin daha verimli kullanılmasını sağlayabilir.

Çalışmamızda hastaların aile hekimine başvurmama nedenleri arasında en yaygın cevap, %67,9 oranında nöroloji uzmanına muayene olma isteği olmuştur. Başka bir çalışmada ise en sık üç neden, kardiyoloji uzmanına muayene olma isteği, ASM'de hastalıkla ilgili yeterli hizmetin sunulamayacağı düşüncesi ve aile hekiminin bu konuda yetersiz olduğu algısıdır (Kuru, 2024). Dr. İnci ve ark.'nın yaptığı bir başka çalışmada da, hastaların ASM olanaklarını yetersiz buldukları için aile hekimine başvurmadıkları en sık karşılaşılan neden olarak belirtilmiştir (İnci ve ark., 2022). ASM'lerin donanımsal olarak güçlendirilmesi, aile hekimliğinde uzman sayısının artırılması ve aile hekimlerinin belirli aralıklarla bilgi güncellemeleri yapmalarının, sunulan sağlık hizmetlerinin verimliliğini artıracakları düşünülmektedir. Ayrıca, bu bulgular, ASM'lerin tercih edilmemesinde bilgi eksikliği, uzman hekim beklentisi ve teknolojik yetersizliklerin önemli rol oynadığını göstermektedir. Hastaların aile hekimliği hizmetleri hakkında daha fazla bilgilendirilmesi, aile hekimlerinin yetkinlikleri ve sunabilecekleri hizmetlerin tanıtılması, birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik farkındalık düzeyini artırarak, ASM'lerin tercih edilme oranını olumlu yönde etkileyebilir.

Araştırmamızda ASM memnuniyeti sorusuna her on hastadan dokuzu olumlu yanıt vermiştir. Benzer şekilde, Dr. İnci'nin çalışmasında da memnuniyet oranı %85,3 olarak bulunmuştur (İnci ve ark., 2022). Bir diğer çalışmada ise bu oran %71,5'tir (Durmuş ve ark., 2018). 2023 yılı Yaşam Memnuniyeti Anketi'ne göre ASM'lerde memnuniyet oranı %67,6 olarak saptanmış, ancak hastaların yarısına yakını ilk başvurdukları sağlık kuruluşu olarak devlet hastanelerini tercih etmiştir (www.data.tuik.gov.tr). Hastaların aile hekimlerinden aldıkları hizmetten memnun olmalarına rağmen ASM'leri yeterince tercih etmemeleri, çeşitli faktörlerle

açıklanabilir. İlk olarak, hastaların sağlık sorunlarını kendi algıladıkları ciddiyet düzeyine göre değerlendirmeleri, başvuru tercihlerinde etkili olmaktadır. Basit ya da rutin sağlık sorunlarında ASM'ler tercih edilse de, daha karmaşık veya acil müdahale gerektiren durumlarda, hastalar üst basamak sağlık kuruluşlarını tercih etme eğilimindedir. Bu durum, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamı ve yetkinliği hakkında hastalar arasında yeterli farkındalık oluşmamasından kaynaklanabilir. Ayrıca, ASM'lerin ileri düzey tetkik ve görüntüleme hizmetleri sağlayamadığına yönelik düşünce, hastaların hastanelere yönelmesine neden olmaktadır. Özellikle daha karmaşık hastalıklar için ASM'lerin yeterli olmayacağı düşüncesi, bu merkezlerin daha az tercih edilmesine yol açmaktadır. Bu bağlamda, ASM'lerin sunduğu hizmetlerin kapsamı ve yeterliliği konusunda toplumda farkındalığın artırılması gereklidir. ASM'lerin doğru yapılandırılması ve yeterli kaynaklarla donatılması, hastaların sağlık sorunlarının büyük bir kısmının birinci basamakta çözülebileceği gerçeğini daha iyi anlamalarına olanak sağlayacaktır. Bu tür bir farkındalık artışı, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerindeki gereksiz yoğunluğun azaltılmasına da katkı sağlayacaktır.

Sonuç olarak, Türkiye'de aile hekimliği uygulaması geç başlamış olmakla birlikte, mevcut sağlık yükünün önemli bir bölümünü üstlenmektedir; ancak sistemin kapasitesi ve etkinliği, hedeflenen düzeye henüz ulaşmış değildir. Hastaların sevk zorunluluğu olmaksızın doğrudan ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine başvurmaları, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında gereksiz yoğunluğa sebep olmakta, nörolojik hastalıklar gibi erken tanı ve hızlı müdahale gerektiren sağlık durumlarında ciddi sorunlar oluşturmaktadır. İlgili branşların hastalıklarının tedavisinde kullanılan ilaçların birinci basamakta reçete edildiğinde ödeme kapsamına alınması; ASM'lerin donanım ve teknik olarak iyileştirilmesi hastaların üst basamaklara başvurularında belirgin azalmalar sağlayacağını düşünmekteyiz. Gerekli düzenlemelerin gerçekleşmesi durumunda ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları yalnızca daha karmaşık vakalar için hizmet sunabilir hale gelecek, böylece ciddi tedavi ihtiyacı olan hastalar için daha fazla zaman ve kaynak ayrılacaktır. ASM'lerin toplum nezdinde tanınırlığının artırılması ve halkın bu merkezlere yönlendirilmesi, aile hekimliğinin birinci basamaktaki işlevini güçlendirirken sağlık ekonomisine de olumlu katkılar sağlayacaktır. Aile hekimliği

uygulamasının desteklenmesi ve sevk sisteminin güçlendirilmesi, birinci basamak hekimlerin belli aralıklarla bilgilerini güncellemesi durumunda Türkiye'nin sağlık sisteminin daha etkin ve verimli olacağını öngörmekteyiz.



## 6. KAYNAKLAR

Akdeniz, M., & Kavukçu, E. (2017). Dördüncül koruma: Önce zarar verme. *Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 21(2).

Akgüneş H. (2023). Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Polikliniğine Başvuran Hastaların Başvuru Sebeplerinin Birinci Basamakta Yönetilebilirliğinin İncelenmesi, Uzmanlık Tezi, Sakarya (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Aydın).

Akman, E., & Tarım, M. (2020). Türkiye ve İngiltere sağlık sistemleri: Birinci basamak sağlık hizmetleri karşılaştırması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(2), 303-316.

Altındağ, Ö. & Yıldız, A. (2020). Türkiye’de sağlık politikalarının dönüşümü. *Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(1), 157-184.

Apaydın Kaya, M. Ç., & Akgül, E. (2024). İnmeli hastanın evde bakımı, hasta ve hasta yakınlarının güçlendirilmesi. In N. Tekin (Ed.), *Aile hekimliğinde nörolojik hastalıklar* (1. baskı, ss. 36-45). Ankara: Türkiye Klinikleri.

Başol, E. (2015). Gelişmekte olan ülkelerde strateji: Sağlık sisteminde sevk zinciri. *BJSS Balk J Social Sciences / Balk Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(8), 128-140.

Bektemur, G., Arıca, S., & Gençer, M. Z. (2018). Türkiye’de aile hekimliğinde sevk zinciri nasıl uygulanmalıdır?. *Ankara Medical Journal*, 18(3), 256-266.

Breijyeh, Z., & Karaman, R. (2020). Comprehensive review on Alzheimer’s disease: causes and treatment. *Molecules*, 25(24), 5789.

Bright, T., Wallace, S., & Kuper, H. (2018). A systematic review of access to rehabilitation for people with disabilities in low- and middle-income countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(10), 2165.

Bulut, S., & Uğurluoğlu, Ö. (2020). Sağlık Hizmetlerinde Sevk Sistemi. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences/Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1).

Canbolat, A. (2023). Dermatoloji Polikliniğine Başvuran Hastaların Birinci Basamakta Yönetilebilirliğinin İncelenmesi, Uzmanlık Tezi, Sakarya (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Aydın).

Çağlayan, Ö. (2020). Acil Servis Yetişkin Yeşil Alan Hastalarının Muayene Olmak İçin Acil Servisi Tercih Etme Nedenlerinin Araştırılması Ve Bu Hasta Grubunun Aile Hekimliğine Bakış Açılarının İncelenmesi, Uzmanlık Tezi, Adana (Danışman: Uzm. Dr. Hüseyin Aksoy).

Çifçili, S.S. (2024). Aile hekimliğinde nörolojik değerlendirme. In N. Tekin (Ed.), *Aile hekimliğinde nörolojik hastalıklar* (1. baskı, ss. 7-12). Ankara: Türkiye Klinikleri.

Davie, C. A. (2008). A review of Parkinson's disease. *British Medical Bulletin*, 86(1), 109-127.

Delice, S., Aydın, M. R., Aydın, A., & Kantar, C. H. (2023). Ortopedi ve travmatoloji polikliniğine başvuran hastaların başvuru sebeplerinin birinci basamakta yönetilebilirliğinin incelenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 13(4), 549-556.

Doğan, E.H. (2020). Ankara Şehir Hastanesi Nöroloji Polikliniğine Baş Ağrısı Şikayeti İle İlk Kez Başvuran Hastaların Aile Hekimleri Tarafından Takip Ve Tedavi Edilebilirliğinin Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Ankara (Danışman: Uzm. Dr. İrfan Şencan).

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

Fisher, R. S., Acevedo, C., Arzimanoglou, A., Bogacz, A., Cross, J. H., Elger, C. E., ... & Wiebe, S. (2014). ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*, 55(4), 475-482.

Fuller, J. (2022). Preventive and curative medical interventions. *Synthese*, 200(2), 61.

Gibson, C., Arya, N., Ponka, D., Rouleau, K., & Woollard, R. (2016). Approaching a global definition of family medicine: The Besroul Papers: a series on the state of family medicine in the world. *Canadian Family Physician*, 62(11), 891-896.

Green, L. A. (2004). The research domain of family medicine. *The Annals of Family Medicine*, 2(suppl 2), S23-S29.

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

Herd, C. P., Tomlinson, C. L., Rick, C., Scotton, W. J., Edwards, J., Ives, N., ... & Sinclair, A. (2018). Botulinum toxins for the prevention of migraine in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).

İnci, H., Çalış, Ş. Ö., Tarakçı, A., Tontak, S., Özkan, A. E., Korkut, B., ... & Adahan, D. (2022). Dahiliye polikliniğine başvuran hastaların aile sağlığı merkezini kullanma durumları. *Unika Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 321-331.

Jin, W., Li, B., Feng, Y., & Tie, Y. (2023). Advanced neuroimage techniques for metabolic and blood flow assessment in cerebrovascular disease. *Frontiers in Neurology*, 14, 1238378.

Jonas, W. B. (2020). A new model of care to return holism to family medicine. *Journal of Family Practice*, 69(10), 493-498.

Karagöz, F. (2024). Göğüs Hastalıkları Polikliniğine Başvuran Hastaların Başvuru Sebeplerinin Birinci Basamakta Yönetilebilirliğinin İncelenmesi, Uzmanlık Tezi, Sakarya (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Aydın).

Karatas, M. (2008). Central vertigo and dizziness: epidemiology, differential diagnosis, and common causes. *The neurologist*, 14(6), 355-364.

Keten, H. S., Ersoy, Ö., Işık, O., Çelik, M., Sucaklı, M. H., & Tiyekli, L. (2014). Birinci Basamakta Çalışan Aile Hekimlerinin Aile Hekimliği Uzmanlık Sürecine Bakışları. *Cukurova Medical Journal*, 39(2), 298-304.

Kisling, L. A., & Das, J. M. (2023). Prevention strategies. In StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.

Koçer, M., Avcı, A., Karakısa, H., Gülen, M., & Çelikdemir, A. (2017). Acil Serviste Vertigoya Yaklaşım. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(1), 63-104.

Kuru, A. (2024). Kardiyoloji Polikliniğine Başvuran Hastaların Birinci Basamakta Yönetilebilirliğinin Araştırılması, Uzmanlık Tezi, Sakarya (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Aydın).

Lenka, A., & Jankovic, J. (2021). Tremor syndromes: an updated review. *Frontiers in Neurology*, 12, 684835.

Martins, C., Godycki-Cwirko, M., Heleno, B., & Brodersen, J. (2018). Quaternary prevention: Reviewing the concept. *European Journal of General Practice*, 24(1), 106-111.

Olesen, F., Dickinson, J., & Hjortdahl, P. (2000). General practice—time for a new definition. *Bmj*, 320(7231), 354-357.

Onan, D., Younis, S., Wellsgatnik, W. D., Farham, F., Andruškevičius, S., Abashidze, A., ... & Ashina, S. (2023). Debate: differences and similarities between tension-type headache and migraine. *The journal of headache and pain*, 24(1), 92.

Sarı, O. (2024). Birinci Basamak Koruyucu Sağlık Hizmetleri. *Turkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*, 15(2), 1-5.

Seçtim, H. (2019). Sağlıkta Dönüşüm Programi Üzerine Bir Değerlendirme. *Management and Political Sciences Review*, 1(1), 117-133.

Shi, L. (2012). The impact of primary care: a focused review. *Scientifica*, 2012(1), 432892.

Starfield, B. (1998). Primary care: Balancing health needs, services, and technology. Oxford University Press.

Sungur, C. (2021). Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması ve Performans Analizi Üzerine Kavramsal Bir İnceleme. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(3), 2174-2201.

T.C. Resmî Gazete. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. 25 Ocak 2013. Sayı: 28539.

T.C. Resmî Gazete. Sağlık Hizmet Sunucularının Basamaklandırılmasına Dair Yönetmelik. 10 Şubat 2022. Sayı: 31746, Cumhurbaşkanlığı İdari İşler Başkanlığı Hukuk ve Mevzuat Genel Müdürlüğü, e - Resmi Gazete.

Taser, S., Kutlu, R., & Karaoglu, N. (2021). Effects of nutrition, depression symptoms and demographic characteristics on dementia in the elderly population. *Marmara Medical Journal*, 34(2), 132-139.

Türkmen, A. T. (2023). Diyabet Polikliniğine Başvuran Hastaların Başvuru Sebeplerinin Birinci Basamakta Yönetilebilirliğinin İncelenmesi, Uzmanlık Tezi, Sakarya (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Aydın).

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

World Health Organization. (2008). Primary health care: Now more than ever. World Health Organization.

World Health Organization. (2006). Neurological disorders: public health challenges. World Health Organization.

World Health Organization. (2024). Over 1 in 3 people affected by neurological conditions, the leading cause of illness and disability worldwide. World Health Organization.

Yayın, E., & Alper, Y. (2023). Türkiye’de aile hekimliği modeline geçiş süreci ve Sosyal Güvenlik Kurumu’nun aile hekimlerinin sosyal sigortalılık statülerine ilişkin uygulaması hakkında bir değerlendirme. *Çalışma Ve Toplum*, 1(76), 121-158.

Yıldız, N. (2016). Ankara’da Üçüncü Basamak Bir Eğitim Araştırma Hastanesinin Kulak Burun Boğaz, Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Ve Dermatoloji Polikliniklerine Başvuran Hastaların Birinci Basamakta Takip Ve Tedavi Edilebilirliğinin Araştırılması, Uzmanlık Tezi, Ankara (Danışman: Uzm. Dr. İrfan Şencan).

## 7. EKLER

### 7.1. EK-1: Etik kurul kararı



## 7.2. EK-2: Danışman hoca değişikliği kararı



### 7.3. EK-3: Anket formu

## Nöroloji Polikliniğine Başvuran Hastaların Birinci Basamakta Yönetilebilirliğinin Değerlendirilmesi Anket Formu

**ADI SOYADI:**

**TC:**

**1-Yaş:**

**2-Cinsiyet:**

Kadın :

Erkek :

**3-Eğitim durumu:**

Okur-yazar değil

İlköğretim

Ortaöğretim

Lise

Üniversite

Yüksek lisans/Doktora

**4-Medeni Hali:**

Evli

Bekar

**5-İkamet yeri:**

Köy

İlçe merkezi

İl merkezi

**6-Çalışma durumu:**

Çalışıyorum

Çalışmıyorum

Emekliyim

**7-Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?**

- Düşük
- Orta
- Yüksek

**8-Herhangi bir sağlık probleminde ilk başvurduğunuz sağlık merkezi neresi?**

- Aile Sağlığı Merkezi
- İlçe Devlet Hastanesi (ikinci basamak)
- Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Özel Hastane

**9- Aile hekimine ne sıklıkla başvuruyorsunuz?**

- Hiç
- Haftada bir kez
- Ayda bir kez
- Yılda birkaç kez

**10- Aile sağlığı merkezine bağlı doktor aile hekimi uzmanı mı?**

- Evet
- Hayır
- Bilgim yok
- Aile hekimimi tanımıyorum

**11-Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?**

- Hayır
- Evet ise;  DM  HT  HL  OBEZİTE  SVO  KAH  KBY  KOAH
- DİĞER.....

**12- Nöroloji polikliniğine başvuru şekli?**

- Kendisi
- Aile hekiminden sevk/yönlendirme
- Başka branştan sevk/yönlendirme

**13-Nöroloji polikliniğine başvuru şikayetiniz nedir?**

- Baş ağrısı
- Baş dönmesi
- Bulantı/Kusma
- Bilinç kaybı
- Güç kaybı

- Konuşma bozukluğu
- Titreme
- Uyku bozukluğu
- Görme bozukluğu
- Ellerde ve ayaklarda uyuşma/his kaybı
- Denge kaybı
- Unutkanlık
- Bel, boyun ve sinir kaynaklı ağrılar
- İdrar/gaita kaçırma
- Diğer.....

**14-Bu şikayetiniz ne kadar süredir var?**

- 2 haftadan kısa
- 2-6 hafta
- 6 haftadan uzun

**15-Bu şikayetiniz için aile hekiminize başvurduğunuz mu?**

- Evet
- Hayır

**16-Aile hekiminize gittiyseniz size önerisi ve yaklaşımı ne oldu? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)**

- Muayene
- Tahlil
- Tedaviye başlamak
- Mevcut tedaviyi düzenlemek
- Yaşam tarzı değişiklikleri(spor, diyet vb) önerileri
- Sevk

**17- Aile hekiminiz tedavi verdiyse ilaçlarınızı düzenli kullandınız mı?**

- Evet
- Kısmen
- Hayır

**18- Aile hekiminize gitmediyseniz neden gitmediniz? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)**

- Aile hekimimi tanımıyorum
- Aile hekimimden randevu bulamadığım için gidemedim

- Aile hekimimim bu konuda yetersiz olduğunu düşünüyorum
- Aile sağlığı merkezinde yapılan tetkiklerin yetersiz olduğunu düşünüyorum
- Nöroloji uzmanına muayene olmak istedim
- Devlet hastanesi aile sağlığı merkezinden konum olarak daha yakın bulunmaktadır
- Yıllardır aynı doktora muayene olmuştum
- Diğer.....

**19-Aile hekiminizden memnun musunuz?**

- Evet
- Hayır
- Aile hekimimi tanımıyorum

**20- Nöroloji uzmanı hangi tanı/öntanıyla koydu?**

- Serebrovasküler hastalıklar(beyin kanamaları, beyin damar tıkanıklıkları, anevrizma vb)
- Demiyelinizan hastalıklar (multiple skleroz, ADEM vb)
- Epilepsi
- Baş ağrıları (migren, gerilim baş ağrıları, nevraljiler vb)
- Vertigo
- Demans sendromları ( alzheimer hastalığı, unutkanlık vb)
- Hareket bozuklukları (parkinson hastalığı, titreme,huzursuz bacak sendromu, distoni vb)
- Uyku bozuklukları (OSAS, narkolepsi, hipersomnia, insomnia vb)
- Periferik sinir hastalıkları (nöropatiler, karpal tünel sendromları vb)
- Kas hastalıkları(SMA,ALS, Myestenia Graves vb)
- Paraliziler (yüz felci vb)
- Diğer.....

**21- Nöroloji uzmanı tahlil/tetkik ihtiyacı duydu mu?**

- Evet
- Hayır

**22- Nöroloji uzmanı görüntüleme/girişimsel işlem istedi mi?**

- Evet
- Hayır

**23- Nöroloji uzmanı tedavi verdi mi?**

Evet

Hayır

**24- Nöroloji uzmanı sizde nörolojik hastalık düşünmeyip başka bransa sevk etti mi?**

Evet

Hayır

**25- Bu hastanın birinci basamakta yönetimi konusunda nöroloji uzmanının görüşü:**

Evet tanısı konulup yönetilebilirdi.

Evet tanısı konulup yönetilebilirdi ancak reçete edilen ilaç SGK kapsamında olmadığı için yönetilemezdi.

Hayır, lab/test imkanı yetersizliğinden kaynaklı yönetilemezdi.

Hayır, görüntüleme yapılamadığından yönetilemezdi.

Hayır, girişimsel işlem gerektirdiği için yönetilemezdi.

Hayır, uzmanlık bilgisi gerektirdiği için yönetilemezdi.