



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN HASTA
PROFİLİNİN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. CİHAD ŞENCAN

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL, 2024



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN HASTA
PROFİLİNİN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. CİHAD ŞENCAN

Tez Danışmanı

Doç. Dr. HİLAL ÖZKAYA

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL, 2024

TEŞEKKÜR

Aile hekimliği uzmanlık eğitimim süresince her aşamada yanımda olan, bilgi ve becerilerimin ilerlemesinde katkı sağlayan, ilgisini eksik etmeyen, tez çalışmasının planlanması, yürütülmesi ve yazım sürecinde desteklerini esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Hilal ÖZKAYA'ya,

Fedakârlılıklarıyla beni bugünlere getiren, her zaman maddi manevi desteklerini sunan, her koşulda sevgi ve şefkatlerini gösteren anneme, babama ve tez yazım sürecinde bilgi ve deneyimini eksik etmeyen biricik kardeşime,

Her konuda yanımda olan, beni motive eden, desteğini hiç esirgemeyen sevgili eşim Şeymanur ŞENCAN'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Cihad ŞENCAN

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar LİSTESİ.....	iv
ŞEKİLLER LİSTESİ	v
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. AİLE HEKİMLİĞİ.....	2
2.2.1. Aile Hekimliğinin Tanımı.....	2
2.1.2. Aile Hekimliğinin Tarihçesi	3
2.1.3. Aile Hekimliği Disiplini	4
2.1.4. Aile Hekimliğinin Çekirdek Yeterlilikleri.....	5
2.1.5. Aile Hekiminin Görevleri	7
2.1.6. Periyodik Sağlık Muayeneleri	8
3. YÖNTEM VE GEREÇ	11
3.1. ETİK KURUL İZNİ	11
3.2. ÇALIŞMANIN ÖZELLİKLERİ	11
3.3. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ	11
3.4. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ	12
3.5. ÖRNEKLEM HESABI	12
3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	12
3.7. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	12

4. BULGULAR.....	14
5. TARTIşMA	30
6. SONUÇ	43
7. KAYNAKÇA.....	44



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı.....	14
Tablo 2: En Sık Başvuru Nedenleri	17
Tablo 3: Yaş Gruplarına Göre En Sık Başvuru Nedenleri.....	17
Tablo 4: Cinsiyete Göre En Sık Başvuru Nedenleri	18
Tablo 5: En Sık Şikâyetler	18
Tablo 6: Yaş Gruplarına Göre En Sık Şikâyetler.....	19
Tablo 7: Cinsiyete Göre En Sık Şikâyetler	20
Tablo 8: En Sık Konulan Tanılar	21
Tablo 9: Yaş Gruplarına Göre En Sık Konulan Tanılar.....	22
Tablo 10: Cinsiyete Göre En Sık Konulan Tanılar	23
Tablo 11: En Sık Verilen Hizmetler.....	23
Tablo 12: Yaş Gruplarına Göre En Sık Verilen Hizmetler	24
Tablo 13: Cinsiyete Göre En Sık Verilen Hizmetler	25
Tablo 14: En Sık Reçete Edilen İlaç Grupları.....	26
Tablo 15: En Sık İstenen Radyolojik Görüntüleme	27
Tablo 16: Muayeneye Ait Özelliklerin Dağılımı	27

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: T.C. Uyruklular Haricindeki Kişilerin Uyruk Dağılımı	15
Şekil 2: Sağlık Güvencesi Olmayan ve SGK Kapsamı Dışında Sağlık Güvencesi Olan Kişilerin Sağlık Güvencesi Dağılımı.....	16
Şekil 3: Katılımcıların İkamet Adreslerinin Dağılımı.....	16
Şekil 4: Konsültasyon İstenen Bölümlerin Dağılımı	28
Şekil 5: Sevk Edilen Bölümlerin Dağılımı	29

SİMGELER VE KISALTMALAR

AAFP: American Academy of Family Physicians (Amerikan Aile Hekimleri Birliği)

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BKK: Bakanlık Kurulu Kararı

OECD: (Organisation for Economic Co-operation and Development)
(Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü)

PSM: Periyodik sağlık muayenesi

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

USHAŞ: Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi

WONCA: World Organization of Family Doctors (Dünya Aile Hekimleri Örgütü)

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran hasta profilinin retrospektif incelenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma; retrospektif ve tanımlayıcı desende tasarlandı. Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine 15.09.2023-15.10.2023 tarihleri arasında başvuran, dahil edilme kriterlerini karşılayan 1490 kişinin verileri kullanıldı. Verilerin kategorilendirilmesinde Olgu Rapor Formu kullanıldı.

Bulgular: Başvuran kişilerin yaş ortalaması $35,73 \pm 15,17$ yıl olup, en çok 19-39 yaş aralığındaki kişilerin başvurduğu görüldü. 65 yaş ve üzeri başvuru oranı %5 (n=75) ile tüm nüfusa göre düşük olarak değerlendirildi. Başvuranların %65,9'u (n=982) kadındı. Başvuranların %95,6'sı (n=1425) T.C. uyruklu, %50,5'i (n=752) evli, %94,4'ü (n=1407) SGK kapsamında sağlık güvencesine sahip idi. En sık başvuru nedeni: %37,8 (n=563) ile hastalık nedeni ile muayene isteği oldu. En sık şikâyetin %20,1 (n=299) ile ağrı olduğu, sonrasında sırası ile halsizlik, öksürük ve ateş şikâyetleri olduğu görüldü. En çok konulan tanı %46,8 (n=698) ile "Başka yerde sınıflandırılmamış diğer yumuşak doku hastalıkları" (M79) tanısı idi. En sık verilen hizmet %44,0 (n=656) ile tetkik istemi idi. Başvuran kişilerin %25,6'sı (381) randevu alarak başvurmuş, %11,3'üne (n=169) danışmanlık hizmeti verilmiş, %42,3'üne (n=630) laboratuvar tetkiki istenmiş, %22,6'sına (n=336) radyolojik görüntüleme istenmiş ve %5,9'u (n=88) başka branşlara sevk edilmişti.

Sonuç: Yaşlı ve erkek cinsiyet gibi nüfus grupları için sağlık hizmetlerine erişimin geliştirilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin teşvik edilmesi, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, randevu alma oranlarının artırılması, danışmanlık hizmetlerinin sağlanması ve laboratuvar tetkiki taleplerinin azaltılması; birinci basamak hizmetlerinin daha adil, etkin ve verimli kullanılmasını ve toplumsal sağlığın iyileştirilmesini sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, sağlık hizmetleri, nüfus özellikleri, tanı

ABSTRACT

Objective: This study aimed to retrospectively examine the patient profile who applied to Başakşehir Çam and Sakura City Hospital Family Medicine Polyclinics.

Materials and Methods: This study; It was designed in a retrospective and descriptive pattern. Data of 1490 people who applied to Başakşehir Çam and Sakura City Hospital Family Medicine Polyclinics between 15.09.2023 and 15.10.2023 and met the inclusion criteria were used. Case Report Form was used to categorize the data.

Results: The average age of the applicants was 35.73 ± 15.17 years, and it was found that people between the ages of 19-39 applied the most. The application rate for those aged 65 and over was considered low compared to the entire population, at 5% (n = 75). 65.9% (n=982) of the applicants were women. 95.6% of the applicants (n=1425) were from T.C. nationality, 50.5% (n=752) were married, and 94.4% (n=1407) had health insurance within the scope of SGK. The most common reason for admission was a request for examination due to illness, with 37.8% (n=563). The most common complaint was pain with 20.1% (n=299), followed by fatigue, cough and fever, respectively. The most common diagnosis was "Other soft tissue diseases not classified elsewhere" (M79) with 46.8% (n=698). The most frequently provided service was requesting a test with 44.0% (n=656). 25.6% (381) of the applicants applied by making an appointment. Consultancy service was provided to 11.3% (n=169) of the patients, laboratory examination was requested to 42.3% (n=630), radiological imaging was requested to 22.6% (n=336) and 5.9% (n=88) were transferred to other branches.

Conclusion: Improving access to health services for population groups such as the elderly and male gender, promoting preventive health services, improving health literacy, increasing appointment rates, providing consultancy services and reducing laboratory examination requests; It can ensure more equitable, effective and efficient use of primary care services and improve social health.

Key words: Family medicine, health services, population characteristics, diagnosis

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık hizmetleri, bireylerin sağlık ihtiyaçlarını karşılamak ve sağlıklı bir yaşam sürmelerini desteklemek adına önemli bir rol oynamaktadır. Aile hekimliği; birinci basamak sağlık sisteminin temel bileşeni olarak, hastalarına bireysel, kapsamlı, sürekli ve bütüncül hizmeti ile sağlık yönetiminde kritik bir konumda yer almaktadır (1).

Aile hekimliği disiplini, birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturarak toplum sağlığını korumaya (2), hastalıkları erken evrede tanımaya ve tedavi etmeye (3), kronik hastalıkları yönetmeye ve rehabilitasyonları organize etmeye (4) yönelik kapsamlı bir yaklaşım benimser. Bireyin fiziksel, psikososyal ve çevresel risk faktörlerini ele alır (5). Hastalara karşı etik değerler çerçevesinde davranır (6). Tıp alanındaki güncel bilgileri ve araştırmaları temel alarak, kanıta dayalı uygulamaları benimser (7).

Aile hekimlerinin görev ve sorumlulukları içerisinde; koruyucu sağlık hizmetleri sunmak, hastalıkları teşhis ve tedavi etmek, kronik hastalıkların takibini ve rehabilitasyonunu sağlamak, acil durumlara müdahale etmek, sağlık eğitimi vermek, hasta dosyalarının kayıtlarını tutmak ve idareye bildirmek, toplum sağlığına katkıda bulunmak gibi birçok madde yer alır (8).

Aile hekimlerinin; tedavi edici, koruyucu, topluma yönelik ve yönetici hekimlik gibi rolleri bulunmaktadır (9).

Bu retrospektif çalışma, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran hastaların profilini inceleyerek, belirli bir zaman aralığında sağlık hizmetlerine erişen bireylerin demografik özellikleri, başvuru sebepleri, şikâyetleri, aldıkları tanı ve verilen sağlık hizmetleri hakkında bilgi sunmayı amaçlamaktadır. Bulguların, ulusal verilere katkı sağlaması, yapılacak sonraki bilimsel araştırmalara yol göstermesi, aile hekimliği eğitim müfredatına katkıda bulunması, yeterli yetkinlikte ve kalitede aile hekimliği sağlık hizmetinin verilmesi için yol gösterici olması amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. AİLE HEKİMLİĞİ

2.2.1. Aile Hekimliğinin Tanımı

Tıp alanında meydana gelen köklü değişiklikler incelendiğinde; tıp bilimsel, teknolojik ve sosyal gelişmeler sonucunda değişime uğramıştır. Bu gelişmeler sonucunda yeni disiplinler ortaya çıkmıştır. Aile hekimliği de bu yeni disiplinlerden birisidir. Yeni disiplinler üç yol ile oluşur: Eski disiplinlerden dönüşerek, en baştan var olarak veya ana disiplinlerden bölümlere ayrılarak. Aile hekimliği tıp biliminin en eski dalından, genel pratisyen hekimliğinden dönüşmüştür (10).

Aile hekimliği, kayıtlı birey ve ailelere, kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri ve ilk basamak tedavi hizmetlerini, ekip anlayışı içinde ve multidisipliner bir yaklaşımla sunabilen bir sağlık disiplini. Bu alanda faaliyet gösteren aile hekimliği uzmanları; hastalarının yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın bireysel, kapsamlı, sürekli ve bütüncül bir disiplin ile bireylerin tüm sağlık sorunlarına ilk yaklaşımda bulunur, gerekirse diğer uzmanlardan konsültasyon alır. Sağlık değerlendirmelerinde fiziksel, ruhsal ve sosyal faktörleri dikkate alarak hastalığın oluşumunda rol oynayan tüm etkenleri göz önünde bulundurur. Ayrıca, kronik hastalıkların takibi, nüks eden ve terminal dönemdeki hastalıkların rehabilitasyonunu üstlenebilir ve sektörler arası koordinasyon kurarak bireyin sağlık haklarını savunur. Tıp fakültesi sonrası uzmanlık eğitimi almış olan aile hekimliği uzmanları, sağlık hizmetlerinin bütününe kapsayan bir akademik disiplini temsil eder (1,11).

Leuwenhorst, 1974 yılında aile hekimini; bireylere ayırım yapmadan kayıtlı nüfusa kişisel ve sürekli olarak birinci basamak hizmeti sunan tıp fakültesi mezunu hekimi olarak tanımlamıştır (12).

World Organization of Family Doctors (WONCA) (Dünya Aile Hekimleri Örgütü), 2002 yılında yaptığı aile hekimi tanımında; uzmanlık eğitimi almış olmaya vurgu yaparken, aile hekimliği hizmetinin bireyin aile, toplum ve kültürü bağlamında verilmesi gerektiğini savunur (11).

WONCA, 2005 yılında ise aile hekimliği uzmanlığını; diğer tıp uzmanlık alanlarından farklı kendine özgü bir eğitim içeriği, kendine has araştırma yöntemleri, bilimsel kanıt temelli klinik uygulamaları olan bir akademik ve bilimsel disiplin olarak ifade etmiştir (13).

663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı; halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalık risklerinin azaltılması ve önlenmesi, tanı, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi, uluslararası önemli halk sağlığı risklerinin ülkeye girmesinin önlenmesi, sağlık eğitimi ve araştırma faaliyetlerinin geliştirilmesini amaçlayan Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığına bağlı olarak çalışan bakanlıktır (14).

Sağlık Bakanlığı aile hekimliği tanımına; kolay ulaşılabilirlik, tam gün çalışma ve gezici sağlık hizmeti eklemiştir. Sağlık Bakanlığı öngörülen eğitimleri alan hekimleri de aile hekimi olarak kabul etmektedir (1).

2.1.2. Aile Hekimliğinin Tarihçesi

1923 yılında Francis Peabody, tıp bilimlerindeki aşırı uzmanlaşmayı, sağlığı daha kapsamlı şekilde desteklemeyi ihmal ettiği noktasında eleştirmiş ve hastaların genel sağlıklarını bütünsel bir bakış açısıyla ele alacak uzmanlık alanlarının önemini vurgulamıştır (15).

İngiltere'de genel pratisyenlik uygulamaları 1947'de başlamış ve 1979'da zorunlu hale getirilmiştir. 1952'de Royal College of General Practitioners kurulmuştur (16,17). Amerika'da aile hekimliğinin tanınması, Amerikan Tıp Birliğinin 1966 yılında Millis Raporu ve Willard Raporu adı altında iki raporu yayınlamasına dayanmaktadır. 1969'da aile hekimliği; birinci basamakta çalışan yeni

bir uzmanlık dalı olarak tanınmış ve Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (Board of Family Practice) kurulmuştur (18).

Kanada'da 1954 yılında Aile Hekimliği Koleji, 1966'da üniversitelerde aile hekimliği kürsüleri kurulmuştur (19). Almanya'da, Hannover Tıp Fakültesinde 1976 yılında ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuştur (16). Hollanda'da ise 1974 yılında Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi toplantısında, birinci basamak hekimliğinin diğer klinik uzmanlık dallarından farklı bir uzmanlık dalı olduğu vurgulanarak aile hekimliğinin tanımı yapılmıştır (20).

Türkiye'de aile hekimliği ilk olarak 1983 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde yer almış ve ilk anabilim dalı 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde kurulmuştur (21). İlk ulusal aile hekimliği kongresi 1993 yılında İstanbul'da gerçekleştirilmiş (22), 1994 yılında ise ilk uzman akademik kadro ataması yapılmıştır. 1996'da ilk doçent ve 2002'de ilk profesör ataması yapılmıştır (16). 2005 yılında Düzce'de ilk pilot uygulama başlamış ve 2010 yılında Türkiye genelinde aile hekimliği sistemine geçilmiştir (23).

2.1.3. Aile Hekimliği Disiplini

Aile hekimliği disiplini, birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturarak toplum sağlığını korumaya (2), hastalıkları erken evrede tanımaya ve tedavi etmeye (3), kronik hastalıkları yönetmeye ve rehabilitasyonları organize etmeye (4) yönelik kapsamlı bir yaklaşım benimser.

Aile hekimliği disiplininde, bireyin sadece mevcut hastalıkları değil, aynı zamanda genel sağlığı ve fiziksel, psikososyal ve çevresel risk faktörleri de ele alınması; bağlamsallık prensibi ile ifade edilir (5,11). Bağlamsallık prensibi, hasta merkezli bakımın temelini oluşturur. Bireyin kültürel bağlamı, sağlık inançları, uygulamaları ve tercihleri, sosyal durumu, yaşam koşulları, iş hayatı, gelir düzeyi, aile yapısı, sosyal destek sistemleri ve kişisel ilişkileri, yaşadığı çevre veya ev koşulları, yaşam tarzı, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyi gibi birçok

dinamik faktör birey ile ilgili kararlar alırken ve tedavi planlarını oluştururken aile hekimleri tarafından göz önünde bulundurulur (11,24).

Aile hekimliği disiplinde, hekimlerin hastalara karşı sergiledikleri davranışları, tutumları ve etik değerlerin bütünü; tutumsallık prensibi ile ifade edilir. Hastalarının duygusal durumlarını anlamak ve onlara duyarlı bir şekilde yaklaşmak, empatik bir tutum ile güvenilir bir iletişim kurmak, bireysel haklarına saygı göstermek, onların görüşlerini dinlemek, hastaya güven vermek aile hekimliğinde hekim-hasta ilişkisini geliştirir. Hastalıkları, tedavi seçenekleri ve sağlık durumuyla ilgili açık ve anlaşılır bir şekilde bilgi vermek hastanın aktif katılımını teşvik eder ve etkili bir iletişim için gereklidir. Ayrıca aile hekimlerinin mesleki etik kurallara bağlı kalarak, hasta mahremiyetine saygı göstermeleri beklenir (6,11).

Aile hekimliği disiplinde, tıp alanındaki güncel bilgilerin ve araştırmaların temel alınarak, kanıta dayalı uygulamaların benimsenmesi; bilimsellik prensibi ile ifade edilir. Bilimsel prensiplere dayanan bir disiplin, kaliteli sağlık hizmeti sunmanın temelini oluşturur. Aile hekimleri tıbbi kararlarında; güncel araştırmalara, klinik deneyimlere ve kanıta dayalı rehberlere dayanmalıdır. Mesleki gelişim için; sürekli eğitim ile, bilimsel araştırmalara katılarak veya meslektaşlar arasında bilgi paylaşımı ile güncel tıbbi bilgileri takip etmelidir. Güncel bilgiler ışığında hastalarını eğitmelidir (7,11).

2.1.4. Aile Hekimliğinin Çekirdek Yeterlilikleri

WONCA, 2002 yılında aile hekimlerinin ustalaşması gereken yetenekleri ve temel özelliklerini tanımlamıştır (11).

Aile hekimliğinde birinci basamak yönetimi, hekimin hastalarla ilk temasından başlayarak bir dizi önemli sorumluluğu içerir (25). Bu, hastaların tüm sağlık sorunlarıyla başa çıkma yeteneğini ve ayrılmamış sorunları etkili bir şekilde ele alma becerisini içerir (26). Ayrıca, hastanın sağlık sistemi içindeki uygun hizmetlerden en iyi şekilde yararlanmasını sağlamak amacıyla etkili bir rehberlik ve yönlendirme görevini içerir. Bunun yanı sıra, aile hekimi, hastanın savunuculuğunu

yaparak; hastanın haklarını ve çıkarlarını koruma, hastanın ihtiyaçlarına duyarlılık gösterme, tedavi planları hakkında bilgi verme, alternatifleri açıklama ve hastanın tercihlerine saygı gösterme sorumluluğunu da üstlenir (11,16).

Aile hekimliğinde kişi merkezli bakım, hasta ile hekim arasında kurulan etkileşimde hastanın özerkliğine saygı göstermeyi amaçlar (27). Hasta görüşmesi sürecinde, iletişim becerileri kullanılarak sağlıklı bir hasta-hekim ilişkisi oluşturulur ve hastanın öncelikleri belirlenir (28). Bu yaklaşımda, hastanın aktif bir rol üstlenmesi teşvik edilir. Ayrıca, sürekliliğini sağlamak amacıyla, hasta ile bireysel bir bakım planı oluşturulur (11).

Aile hekimliğinde özgün problem çözme becerisi, hastalıkların toplum içindeki prevalans ve insidansına dayalı olarak karar verme yeteneğini, acil müdahaleleri ayırt edebilme ve yönetebilmeyi, ayrışmamış durumlara müdahale edebilmeyi, tanı ve tedavide laboratuvar ve diğer tetkikleri verimli kullanmayı içerir (11,29). Aile hekimleri, hastalıkların sıklığına ve yaygınlığına göre öncelik belirleyerek tedavi planlarını oluşturmalıdır. Ayrıca, acil durumlarda etkili bir şekilde müdahale edebilmelidir. Hastalıkların belirtilerinin henüz belirgin olmadığı veya fark edilemeyen erken aşamalarda müdahale edebilmesi gerekir. Bunun için hastanın öyküsü, genetik faktörleri, yaşam tarzı alışkanlıkları gibi bir dizi bilgiyi değerlendirme, düzenli sağlık kontrolleri ve risk önleyici hizmetleri etkin bir şekilde kullanması gerekmektedir. Laboratuvar incelemelerini basamaklı olarak isteyebilmelidir. Aile hekimlerinin sınırlı kaynakları en iyi şekilde kullanarak hastalarına en iyi sağlık hizmetini sunmaları beklenir (11,30,31).

Aile hekimliğinde kapsamlı yaklaşım, bireyin karşılaştığı çeşitli yakınmaları ve patolojileri değerlendirirken, aynı anda hem akut hem de kronik sağlık sorunlarına etkili bir şekilde müdahale etmeyi hedefler (32). Beraberinde de koruyucu sağlık hizmeti verir. Bu yaklaşım, bireyin genel sağlık durumunu daha bütünlükçü bir perspektifle ele alır. Sadece mevcut hastalıkları tedavi etmekle kalmaz, bireyin sağlığını geliştirmeye ve hastalıkları önlemeye odaklanan stratejileri ve kronik hastalıkların takip ve rehabilitasyonunu da içerir (11,32).

Aile hekimliğinde toplum yönelimli olmak, sağlık profesyonellerinin var olan kaynakları etkili bir şekilde kullanarak hastaların bireysel sağlık gereksinimlerini ve aynı zamanda içinde bulundukları toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılama anlayışını ifade eder (11). Bu yaklaşım, bireyin fiziksel ve psikososyal sağlığını değerlendirmenin yanı sıra, toplumun genel sağlığını iyileştirmeye odaklanır. Aile hekimleri, sadece bireyin tedavisiyle değil, aynı zamanda çevresel etkenleri ve toplumsal faktörleri göz önünde bulundurarak tedavi planlarını oluşturur. Bu, hastalıkların önlenmesi, sağlık eğitimi ve toplumun genel sağlık bilincinin artırılması gibi stratejileri içerir (2,11).

Aile hekimliğinde bütüncül yaklaşım, hastanın sağlığını değerlendirirken sadece biyolojik faktörleri değil, aynı zamanda bireyin duygusal durumunu, sosyal çevresini ve kültürel bağlamını da dikkate alan bir modeli içerir. Aile hekimleri, hastalarıyla birebir etkileşimde bulunarak, hastanın yaşam tarzını, aile yapısını, kültürel inançlarını ve sosyal destek sistemini değerlendirir. Bu sayede, tedavi planları ve sağlık önerileri, hastanın bütünsel sağlığını iyileştirmeye yönelik olarak kişiye özgü ve etkili bir şekilde uygulanabilir (11,30,31).

2.1.5. Aile Hekiminin Görevleri

Aile hekimlerinin görev ve sorumlulukları içerisinde; koruyucu sağlık hizmetleri sunmak, hastalıkları teşhis ve tedavi etmek, kronik hastalıkların takibi ve rehabilitasyonunu sağlamak, acil durumlara müdahale etmek, sağlık eğitimi vermek, hasta dosyalarının kayıtlarını tutmak ve idareye bildirmek, toplum sağlığına katkıda bulunmak gibi birçok madde yer almaktadır (8).

Aile hekimlerinin görev, yetki ve sorumlulukları; Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin ikinci bölümü olan Çalışma Usul ve Esasları Bölümünde belirtilmiştir (9).

Aile hekimleri, tedavi edici rolü ile; kendisine kayıtlı olup başvuran kişiye, birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini aile sağlığı merkezinde (ASM) verir. Tanı için gerekli tetkiklerin yapılmasını sağlar. Gerekli

durumlarda kişiyi gözlem altına alabilir. ASM koşullarında tanısı konulamayan veya tedavisi yapılamayan hastaları, ikinci basamakta uygun branşa sevk eder. Yönlendirilen hastaların muayenelerini, testlerini, tanılarını, tedavilerini ve hastaneye yatışlarıyla ilgili geri bildirimlerini değerlendirir. İkinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleriyle evde sağlık hizmetlerini koordine eder. Engelli, yaşlı, yatağa bağımlı ve benzeri durumda olan bireyler için tedavi edici hekimlik uygulamalarını evde veya gezici/yerinde sağlık birimlerinde verir. Entegre sağlık hizmeti verilen merkezde çalışıyorsa, gerektiği durumlarda hastayı yatırarak tedavisini yapar (9).

Aile hekimleri, koruyucu hekimlik rolü ile; kayıtlı kişilere sağlıkla ilgili danışmanlık sağlar. Periyodik sağlık muayenesi, izlem, aşı ve taramalar gibi sağlığı iyileştiren/korumaya yönelik hizmetler sunar. Aynı zamanda ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı alanında bireylere destek verir. Engelli, yaşlı, yatağa bağımlı ve benzeri durumda olan bireyler için koruyucu hekimlik uygulamalarını evde veya gezici/yerinde sağlık birimlerinde verir (9).

Aile hekimleri, kayıtlı bireyler ile altı ay içinde iletişime geçerek ilk değerlendirmelerini yapar. Sonrasında, bu bireylerin sağlık durumunu yılda en az bir kez değerlendirip sağlık kayıtlarını günceller. Verdiği hizmetlerin kayıtlarını tutar ve ilgili makamlara kendisinden istenen gerekli bildirimleri yapar. Mevzuatlarda belirtilen hükümlere uygun olarak, kendisine kayıtlı bireylere yönelik her türlü sağlık raporu, sevk belgesi, reçete ve benzeri belgeleri hazırlar (9).

Aile hekimleri, topluma yönelik hekimlik rolü ile; sağlık hizmetlerinin planlanmasında, bulunduğu toplum sağlığı merkezi ile iş birliği yapar ve kendi pratiğinde karşılaştığı toplumun ve çevrenin sağlığını ilgilendiren durumları bildirir (9).

Aile hekimleri, birlikte çalıştığı ekibin hizmet içi eğitimlerini sağlar ve idarece belirlenen konulardaki hizmet içi eğitimsel katılır (9).

Aile hekimleri, yönetici rolü olarak; ASM'yi yönetir ve birlikte çalıştığı ekibi denetler (9).

2.1.6. Periyodik Sağlık Muayeneleri

Periyodik sağlık muayeneleri, kişilere koruyucu sağlık hizmetleri konusunda bilgilendirme yapmak ve tavsiyelerde bulunmak ve aynı zamanda sağlık risklerinden korunmalarına yardımcı olmak amacı ile belirli periyotlarda bireylerin sağlık durumu değerlendirilerek yapılan düzenli kontrollerdir. Periyodik sağlık muayeneleri; birinci basamakta koruyucu hekimliğin temelini oluşturur. Amacı; sağlıklı bireylerin riskli davranışlarını belirlemek, varsa riskleri azaltmak, hastalıkları erken teşhis etmek, tedaviyi sağlamak, kronik hastalıkların kalıcı hasarlarını önlemek veya gelişen hasarların rehabilitasyonunu sağlamaktır (33–36). Periyodik sağlık muayenesi (PSM); danışmanlık, izlem, aşı, fizik muayene ve tetkikleri içerir. PSM, sadece bireyi değil toplum ve çevre sağlığının gelişmesine de fayda sağlamaktadır (35). Bu amaçlarla ülkeler kendi sağlık programlarına uygun rehberler ve kılavuzlar yayınlamaktadır.

Türkiye’de “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayenesi ve Tarama Testleri” rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından hazırlanmıştır. Rehberde PSM; bebeklik-çocukluk, erişkinlik ve geriyatrik dönem olarak yaşa göre üç bölüme ayrılmıştır (37).

Bebeklik ve çocukluk dönemi periyodik muayenelerinde; anne sütü, emzirme, diş ve ağız sağlığı, sağlıklı diyet konularında danışmanlık verilmesi, bağışıklama, demir ve D vitamini takviyesi, rutin muayeneler (görme ve işitme muayenesi, inmemiş testis ve gelişimsel kalça displazisi için muayeneler), gelişimsel değerlendirme, topuk kanı alımı (fenilketonüri, konjenital hipotiroidi, biotinidaz eksikliği, konjenital adrenal hiperplazi ve kistik fibrozis taramaları için), obezite ve tansiyon taraması, bağımlılık ve pasif içiciliğin sorgulanması, ihmal ve kötü muamelenin sorgulanması, aile isteği varsa kan yolu ile bulaşan hastalıkların sorgulanması yapılmalıdır (37).

Erişkinlik dönemi periyodik muayenelerinde; kemik sağlığı konusunda danışmanlık verilmesi, bağışıklama, obezite ve tansiyon taraması, bağımlılık ve pasif içiciliğin sorgulanması, alkol ve madde kullanımının sorgulanması, depresyonun sorgulanması, kardiyovasküler olay ve kırık risklerinin değerlendirilmesi, aspirin

kullanımının değerlendirilmesi, lipit, glukoz, tiroit tetkiklerinin istenmesi, meme, kolorektal, serviks ve prostat kanserlerinin taramaları yapılmalıdır (37).

Geriatrik dönem periyodik muayenelerinde, erişkin PSM'ye ek olarak, en az bir kez çok yönlü geriatrik değerlendirme ile, mental durum, depresyon, beslenme durumu, fiziksel performans ve yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi yapılmalıdır (37).

Amerikan Aile Hekimleri Birliği (AAFP: American Academy of Family Physicians)'nin yayınladığı kılavuzda, Türkiye rehberinden farklı olarak; yenidoğanlarda gonokok enfeksiyonuna karşı profilaktik uygulama, 6. aydan itibaren dişlere florür uygulaması, deri kanseri riskinin azaltılması için danışmanlık, 65-75 yaş arası sigara içen erkeklerde abdominal aort anevrizması riski için bir kez ultrasonografik değerlendirme önerilmektedir (38).

3. YÖNTEM VE GEREÇ

3.1. ETİK KURUL İZNİ

Bu çalışma; Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 22.11.2023 tarih ve KAEK/2023-606 sayılı etik kurul onayı ile yapılmıştır.

3.2. ÇALIŞMANIN ÖZELLİKLERİ

Bu çalışma; retrospektif, hasta kayıt sisteminden verilerin elde edilmesi ile yapılan bir çalışma olarak planlandı. Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine 15.09.2023-15.10.2023 tarihleri arasında başvuran hastalardan çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 1490 hasta ile gerçekleştirildi.

Her katılımcının sosyodemografik verileri, başvuru nedenleri, tanıları, yapılan işlem, laboratuvar tetkiki ve/veya radyolojik görüntülemenin istenip istenmediği, konsültasyon istenip istenmediği, acile veya başka bir sağlık kuruluşuna sevk edilip edilmediği ile ilgili bilgilerin hasta kayıt sisteminden elde edilerek tarafımızca hazırlanmış Olgu Rapor Formu ile sorgulandı.

3.3. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

Çalışmaya; Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine 15.09.2023-15.10.2023 tarihleri arasında başvuran hastalar dahil edildi.

3.4. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ

Çalışmada; mükerrer başvuru ve dosya kayıtlarında eksiklik bulunanlar çalışma dışında bırakıldı.

3.5. ÖRNEKLEM HESABI

Etik onay alınmasının ardından çalışmanın 15.09.2023-15.10.2023 tarihleri arasındaki periyotta Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuru yapan hastalar üzerinde yapılması planlandı. Aile Hekimliği kliniğine bağlı olarak 6 adet aile hekimliği polikliniği hizmet vermektedir. Örneklem; 1 aylık periyotta polikliniklere başvuran ve istenen verileri tam olarak kayıtlı olan tüm hastaların alınması ile elde edilecek sayıdır. Bu sayının yaklaşık olarak 1450 kişi olduğu, hasta kayıt sistemine girilen verilerdeki kayıplarla yaklaşık 1300 kişinin ilgili verilerinin analiz edileceği tahmin edildi.

3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma sürecinde, tarafımızca mevcut literatüre dayalı olarak oluşturulan Olgu Rapor Formu kullanıldı.

Literatür taranarak hazırlanan Olgu Rapor Formunda; sosyodemografik verilerle birlikte, başvuru nedenleri, tanıları, yapılan işlem, laboratuvar tetkiki ve/veya radyolojik görüntülemenin istenip istenmediği, konsültasyon istenip istenmediği, acile veya başka bir sağlık kuruluşuna sevk edilip edilmediği ile ilgili bilgilerin hasta kayıt sisteminden elde edilerek sorgulandı.

3.7. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırmada elde edilen veriler retrospektif inceleme yöntemiyle değerlendirildi. Çalışmada kullanılacak verilerin analizi için SPSS 25.0 paket

programı kullanıldı. Katılımcıların sosyodemografik bilgilerine dair tanımlayıcı veriler frekans tabloları şeklinde verildi.

Çalışmanın verileri incelenirken kategorik değişkenlerin karşılaştırılması için Chi-square Test kullanıldı. Asimetrik ve örneklem sayısı yüksek olan tablolarda Monte Carlo Test, asimetrik veya örneklem sayısı düşük olan tablolarda Fisher Exact Test kullanıldı. Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi.



4. BULGULAR

Çalışma 15.09.2023-15.10.2023 tarihleri arasında Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran toplam 1490 kişinin verisi ile yapılmıştır.

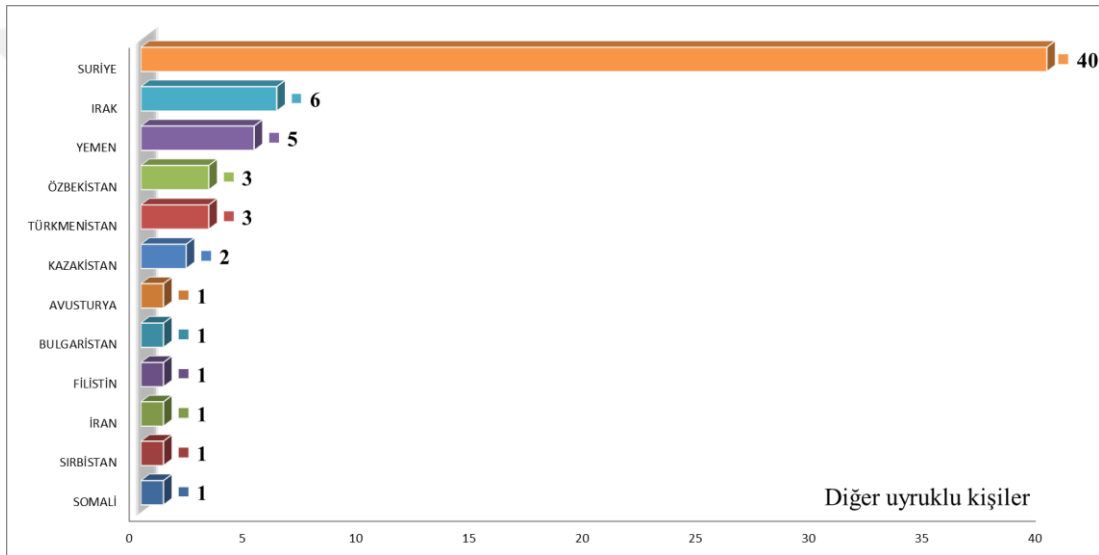
Tablo 1: Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı

		Min-Max	Ort±SS
Yaş		0-89	35,73±15,17
		n	%
Yaş Grupları	0-18	70	4,7
	19-39	874	58,7
	40-64	471	31,6
	65 üstü	75	5,0
Cinsiyet	Erkek	508	34,1
	Kadın	982	65,9
Uyruk	TC	1425	95,6
	Diğer Uyruklular	65	4,4
Medeni Hali	Evli	752	50,5
	Bekar	647	43,4
	Boşanmış	91	6,1
Sağlık Güvencesi	SGK	1407	94,4
	Diğer Güvenceler	83	5,6
Kayıtlı Olduğu Yer	Başakşehir	607	40,7
	Diğer	883	59,3
Sigara Kullanma Durumu	Evet	402	27
	Hayır	1088	73
Alkol Kullanma Durumu	Evet	29	1,9
	Hayır	1461	98,1

Min-Max: Minimum- Maksimum

Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma

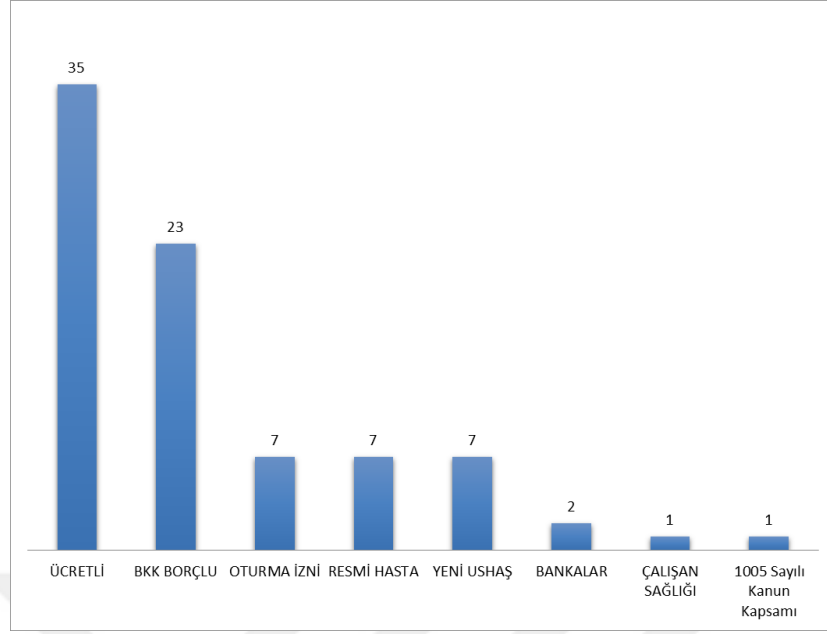
Başvuran kişilerin yaş ortalaması $35,73 \pm 15,17$ 'dir. Kişilerin %65,9'u (n=982) kadın, %95,6'sı (n=1425) T.C uyruklu, %50,5'i (n=752) evli, %94,4'ünün (n=1407) sağlık güvencesi SGK, %40,7'si (n=607) ikamet adresi olarak Başakşehir'de kayıtlı, %73'ü (n=1088) sigara kullanmıyor, %98,1'i (n=1461) alkol kullanmıyordu. Başvuran kişilerin yaşları 0 ile 89 arasında değişmekte olup, en sık başvuran yaş grubu 19-39 yaş arası (%58,7) grup, en az başvuran yaş grubu ise 18 yaş ve altı (%4,7) yaş grubudur. Başvuran kişilerin sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir (Tablo 1).



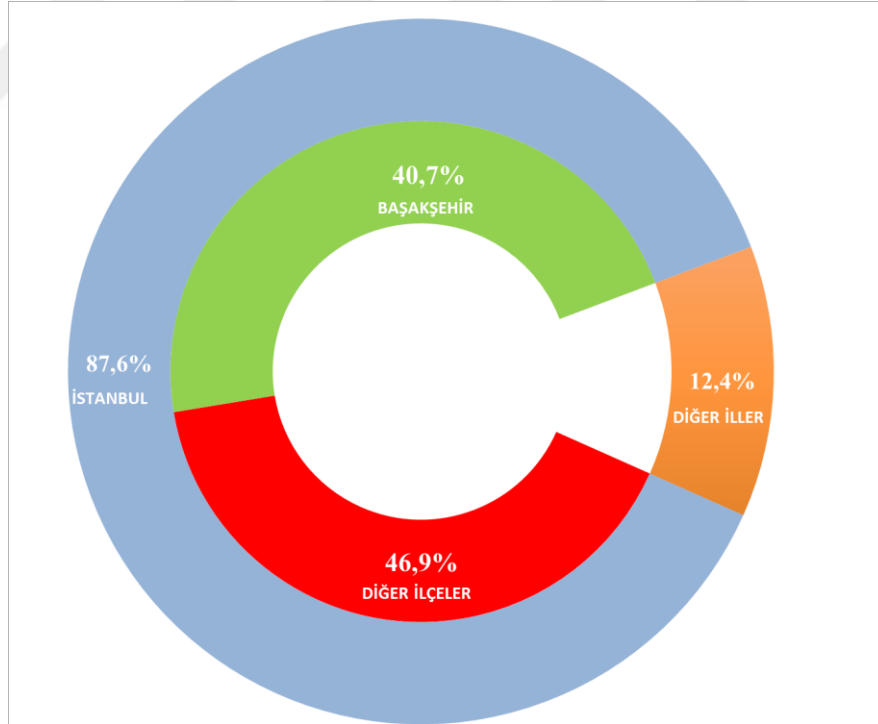
Şekil 1: T.C. Uyruklular Haricindeki Kişilerin Uyruk Dağılımı

T.C. uyruklular haricindeki kişiler en çok sırayla; %61,5 ile Suriye, %9,2 ile Irak, %7,7 ile Yemen, %4,6 ile Özbekistan ve %4,6 ile Türkmenistan uyruklu kişilerden oluşmaktadır.

Sağlık güvencesi olmayan ve SGK kapsamı dışında sağlık güvencesi olan kişiler en çok sırayla; %42,2 ücretli, %27,7 BKK ile borçlu, %8,4 oturma izni, %8,4 resmi hasta, %8,4 yeni Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi (USHAŞ) sağlık güvencesine sahip kişilerden oluşmaktadır.



Şekil 2: Sağlık Güvencesi Olmayan ve SGK Kapsamı Dışında Sağlık Güvencesi Olan Kişilerin Dağılımı



Şekil 3: Katılımcıların İkamet Adreslerinin Dağılımı

Başvuran kişiler ikamet adreslerine göre gruplandırıldıklarında, %87,6'sı İstanbul içinde, %40,7'si de Başakşehir ilçesinde ikamet etmektedir (Şekil 3).

Tablo 2: En Sık Başvuru Nedenleri

	n	%
Hastalık	563	37,8
Sağlık Raporu İstemi	334	22,4
Kontrol Muayene	184	12,3
İlaç Yazdırma	133	8,9
Sonuç Gösterme	132	8,9
Tedavi Sonrası Takip	98	6,6
Tetkik İstem	89	6,0
Yeşil Liste	49	3,3

n: sayı %: yüzde

En sık başvuru nedeni %37,8 ile hastalık içindir. Sonrasında sırasıyla: %22,4 ile sağlık raporu istemi, %12,3 ile kontrol muayene, %8,9 ile ilaç yazdırma ve %8,9 ile sonuç gösterme amaçlı başvuru nedenleri gelmektedir. Başvuran kişilerin en sık başvuru nedenleri Tablo 2'de verilmiştir (Tablo 2).

Tablo 3: Yaş Gruplarına Göre En Sık Başvuru Nedenleri

	Yaş Grupları								
	0-18		19-39		40-64		65 ve üstü		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Hastalık	18	3,2	359	63,77	169	30,02	17	3,02	,001*
Sağlık Raporu	27	8,08	263	78,74	43	12,87	1	0,3	,000*
Kontrol Muayene	8	4,35	98	53,26	69	37,5	9	4,89	0,333
İlaç Yazdırma	5	3,76	37	27,82	65	48,87	26	19,55	,000*
Sonuç Gösterme	3	2,27	62	46,97	64	48,48	3	2,27	,000*
Tedavi Sonrası Takip	5	5,1	43	43,88	44	44,9	6	6,12	,031*
Tetkik İstem	1	1,12	44	49,44	36	40,45	8	8,99	,034*
Yeşil Liste	5	10,2	8	16,33	26	53,06	10	20,41	,000*

n: sayı %: yüzde, p<0,05, ki-kare testi (Monte Carlo Test)

Yaşa göre en sık başvuru nedenlerine (Tablo 3) bakıldığında; 19-39 yaş aralığındaki kişilerin 65 ve üstü yaş aralığındaki kişilere göre hastalık için, 40 yaş altındaki kişilerin sağlık raporu için, 65 ve üstü yaşındaki kişilerin ilaç yazdırma için, 40-64 yaş aralığındaki kişilerin 19-39 yaş aralığındaki kişilere göre sonuç gösterme ve tedavi sonrası takip için başvuru nedenleri anlamlı olarak daha yüksek bulundu. 19-39 yaş aralığındaki kişilerin yeşil liste için başvuru nedenleri anlamlı olarak daha düşük bulundu.

Tablo 4: Cinsiyete Göre En Sık Başvuru Nedenleri

	Erkek		Kadın		p
	n	%	n	%	
Hastalık	176	31,3	387	68,7	0,071
Sağlık Raporu	143	42,8	191	57,2	0,000*
Kontrol Muayene	56	30,4	128	69,6	0,260
İlaç Yazdırma	54	40,6	79	59,4	0,104
Sonuç Gösterme	30	22,7	102	77,3	0,003*
Tedavi Sonrası Takip	29	29,6	69	70,4	0,380
Tetkik İstem	27	30,3	62	69,7	0,486
Yeşil Liste	21	42,9	28	57,1	0,003*

n: sayı %: yüzde, p<0,05, ki-kare testi

Cinsiyete göre en sık başvuru nedenlerine (Tablo 4) bakıldığında; kadınların erkeklere göre sağlık raporu, sonuç gösterme ve yeşil liste için başvuru nedenleri anlamlı olarak daha yüksek bulundu (Tablo 4).

Tablo 5: En Sık Şikâyetler

Şikâyet	n	%	Şikâyet	n	%
Şikâyet yok	823	55,2	Saç Dökülmesi	23	1,5
Ağrı	299	20,1	Kırgınlık	22	1,5
Halsizlik	158	10,6	Vücut Ağrısı	16	1,1
Boğaz Ağrısı	114	7,7	İshal	26	1,7
Öksürük	99	6,6	Yorgunluk	18	1,2
Ateş	56	3,8	Eklem Ağrısı	17	1,1

Tablo 5'in devamı

Burun Akıntısı	43	2,9	Kabızlık	15	1,0
Karın Ağrısı	44	3,0	Bel Ağrısı	13	0,9
Balgam	43	2,9	Nefes Darlığı	13	0,9
Baş Ağrısı	38	2,6	Kızarıklık	13	0,9
Kaşıntı	34	2,3	Kusma	13	0,9
Döküntü	31	2,1	Terleme	10	0,7
Bulantı	30	2,0	Unutkanlık	10	0,7
Dizüri	29	1,9	Uyku Hali	9	0,6

n: sayı %: yüzde

Başvuran kişilerin %55,2'si için herhangi bir şikâyet girişi yapılmamıştır. En çok şikâyet %20,1 ile ağrı şikâyetidir. Ağrı şikâyetinin alt dallarına bakıldığında en çok %7,7 ile boğaz ağrısı şikâyeti, sonrasında ise %3,0 ile karın ağrısı gözükmektedir. Başvuran kişilerin en sık şikâyetleri Tablo 5'te verilmiştir (Tablo 5).

Tablo 6: Yaş Gruplarına Göre En Sık Şikâyetler

	Yaş Grupları								
	0-18		19-39		40-64		65 ve üstü		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Şikâyet yok	48	5,8	463	56,3	259	31,5	53	6,4	,003*
Ağrı	6	2	179	59,9	106	35,5	8	2,7	,008*
Halsizlik	2	1,3	112	70,9	39	24,7	5	3,2	,005*
Boğaz Ağrısı	3	2,6	82	71,9	28	24,6	1	0,9	,012*
Öksürük	4	4	61	61,6	30	30,3	4	4	0,916
Ateş	2	3,6	41	73,2	11	19,6	2	3,6	0,148
Burun Akıntısı	3	7	33	76,7	5	11,6	2	4,7	0,037*
Karın Ağrısı	2	4,5	22	50	20	45,5	0	0	0,119
Balgam	3	7	23	53,5	16	37,2	1	2,3	0,624
Baş Ağrısı	2	5,3	22	57,9	14	36,8	0	0	0,528
Kaşıntı	1	2,9	21	61,8	12	35,3	0	0	0,532
Döküntü	3	9,7	18	58,1	9	29	1	3,2	0,588
Bulantı	0	0	28	93,3	1	3,3	1	3,3	0,005*
Dizüri	1	3,4	19	65,5	8	27,6	1	3,4	0,883
Saç Dökülmesi	0	0	20	87	3	13	0	0	0,057
Kırgınlık	1	4,5	15	68,2	4	18,2	2	9,1	0,496

Tablo 6'nın devamı

Vücut Ağrısı	0	0	9	56,3	6	37,5	1	6,3	0,849
İshal	1	3,8	18	69,2	6	23,1	1	3,8	0,796
Yorgunluk	0	0	13	72,2	5	27,8	0	0	0,454
Eklem Ağrısı	0	0	10	58,8	7	41,2	0	0	0,542
Kabızlık	0	0	8	53,3	6	40	1	6,7	0,754
Bel Ağrısı	0	0	7	53,8	4	30,8	2	15,4	0,35
Nefes Darlığı	0	0	5	38,5	8	61,5	0	0	0,109
Kızarıklık	1	7,7	11	84,6	1	7,7	0	0	0,138
Kusma	0	0	11	84,6	1	7,7	1	7,7	0,154
Terleme	0	0	5	50	5	50	0	0	0,479
Unutkanlık	0	0	4	40	6	60	0	0	0,255
Uyku Hali	0	0	5	55,6	4	44,4	0	0	0,785

n: sayı %: yüzde, $p < 0,05$, ki-kare testi (Monte Carlo Test)

Yaşa göre şikâyetler incelendiğinde (Tablo 6); 40-64 yaş aralığındaki kişilerin 18 yaş altındaki kişilere göre ağrı şikâyeti, 19-39 yaş aralığındaki kişilerin 40-64 yaş aralığındaki kişilere göre burun akıntısı, bulantı ve saç dökülmesi şikâyeti anlamlı olarak daha yüksek bulundu. 40-64 yaş aralığındaki kişilerin 19-39 yaş aralığındaki kişilere göre nefes darlığı şikâyeti anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

Tablo 7: Cinsiyete Göre En Sık Şikâyetler

	Erkek		Kadın		p
	n	%	n	%	
Şikâyet yok	306	37,2	517	62,8	0,006*
Ağrı	100	33,4	199	66,6	0,838
Halsizlik	37	23,4	121	76,6	0,003*
Boğaz Ağrısı	34	29,8	80	70,2	0,355
Öksürük	34	34,3	65	65,7	0,957
Ateş	13	23,2	43	76,8	0,086
Burun Akıntısı	10	23,3	33	76,7	0,144
Karın Ağrısı	19	43,2	25	56,8	0,258
Balgam	19	44,2	24	55,8	0,191
Baş Ağrısı	18	47,4	20	52,6	0,085
Kaşıntı	14	41,2	20	58,8	0,464
Döküntü	12	38,7	19	61,3	0,702
Bulantı	3	10	27	90	0,005*
Dizüri	8	27,6	21	72,4	0,555
Saç Dökülmesi	2	8,7	21	91,3	0,013*

Tablo 7'nin devamı

Kırgınlık	7	31,8	15	68,2	0,828
Vücut Ağrısı	6	37,5	10	62,5	0,794
İshal	8	30,8	18	69,2	0,836
Yorgunluk	6	33,3	12	66,7	0,945
Eklem Ağrısı	3	17,6	14	82,4	0,2
Kabızlık	5	33,3	10	66,7	0,95
Bel Ağrısı	7	53,8	6	46,2	0,148
Nefes Darlığı	8	61,5	5	38,5	0,043*
Kızarıklık	4	30,8	9	69,2	0,799
Kusma	4	30,8	9	69,2	0,799
Terleme	6	60	4	40	0,099
Unutkanlık	2	20	8	80	0,509
Uyku Hali	2	22,2	7	77,8	0,514

n: sayı %: yüzde, $p < 0,05$, ki-kare testi (Fisher's exact test)

Cinsiyete göre şikâyetler incelendiğinde (Tablo 7); halsizlik, bulantı, saç dökülmesi şikâyetlerinin kadınlarda, nefes darlığı şikâyetinin ise erkeklerde anlamlı olarak daha yüksek görüldüğü bulundu.

Tablo 8: En Sık Konulan Tanılar

Tanı Kodu	n	%	Tanı Kodu	n	%
M79	698	46,8	E55	41	2,8
J06	139	9,3	N30	29	1,9
Z02	138	9,3	D50	29	1,9
Z13.1	114	7,7	E03	28	1,9
Z00	58	3,9	R53	25	1,7
E56	54	3,6	D51	23	1,5
Z83.3	53	3,6	J39	21	1,4
I10	46	3,1	D64	20	1,3

n: sayı %: yüzde

En çok konulan tanı %46,8 ile “Başka yerde sınıflandırılmamış diğer yumuşak doku hastalıkları” (M79) tanısıdır. Sonrasında sırası ile %9,3 ile “Üst solunum yollarının birden fazla veya tanımlanmamış lokalizasyonlarda akut enfeksiyonlar” (J06), %9,3 ile “İdari nedenlere bağlı muayene ve konsültasyon” (Z02), %7,7 ile “Diabetes mellitus tetkiki için özel prosesler” (Z13.1), %3,9 ile “Şikâyeti olmayan veya teşhis belirtilen kişilerin genel muayenesi ve netleştirilmesi” (Z00), %3,6 ile “Diğer vitamin eksikliği durumları” (E56), %3,6 ile “Aile anamnezinde diabetes mellitus” (Z83.3), %3,1 ile “Esansiyel (primer) hipertansiyon” (I10), %2,8 ile “D vitamini eksikliği” (E55), %1,9 ile “Sistit” (N30) %1,9 ile “Demir eksikliği anemisi” (D50) tanıları konulmuştur. Başvuran kişilerin en sık aldıkları tanıları Tablo 8’de verilmiştir (Tablo 8).

Tablo 9: Yaş Gruplarına Göre En Sık Konulan Tanılar

	Yaş Grupları								
	0-18		19-39		40-64		65 ve üstü		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
M79	33	4,7	414	59,3	224	32,1	27	3,9	0,291
J06	6	4,3	102	73,4	29	20,9	2	1,4	,002*
Z02	11	8	104	75,4	23	16,7	0	0	,000*
Z13.1	3	2,6	55	48,2	53	46,5	3	2,6	,004*
Z00	2	3,4	39	67,2	15	25,9	2	3,4	0,591
E56	3	5,6	34	63	15	27,8	2	3,7	0,885
Z83.3	0	0	25	47,2	25	47,2	3	5,7	0,046
I10	0	0	3	6,5	31	67,4	12	26,1	0,000*
E55	6	14,6	21	51,2	11	26,8	3	7,3	0,022*
N30	1	3,4	15	51,7	10	34,5	3	10,3	0,561
D50	2	6,9	16	55,2	11	37,9	0	0	0,516
E03	0	0	12	42,9	16	57,1	0	0	0,026*
R53	4	16	18	72	3	12	0	0	0,0014
D51	0	0	10	43,5	11	47,8	2	8,7	0,172
J39	1	4,8	15	71,4	4	19	1	4,8	0,665
D64	0	0	17	85	3	15	0	0	0,089

n: sayı %: yüzde, p<0,05, ki-kare testi (Monte Carlo Test)

Yaş'a göre konulan tanılar incelendiğinde (Tablo 9); 40-64 yaş aralığındaki kişilere kıyasla 19-39 yaş aralığındaki kişilere J06, Z02 tanıları daha yüksek, I10, E03 tanıları daha düşük oranda konuldu.

Tablo 10: Cinsiyete Göre En Sık Konulan Tanılar

	Cinsiyet				
	Erkek		Kadın		p
	n	%	n	%	
M79	234	33,5	464	66,5	0,701
J06	47	33,8	92	66,2	0,941
Z02	62	44,9	76	55,1	0,005*
Z13.1	35	30,7	79	69,3	0,427
Z00	23	39,7	35	60,3	0,362
E56	13	24,1	41	75,9	0,114
Z83.3	15	28,3	38	71,7	0,365
I10	27	58,7	19	41,3	0,000*
E55	18	43,9	23	56,1	0,179
N30	4	13,8	25	86,2	0,020*
D50	1	3,4	28	96,6	0,000*
E03	4	14,3	24	85,7	0,026*
R53	6	24	19	76	0,283
D51	10	43,5	13	56,5	0,339
J39	6	28,6	15	71,4	0,591
D64	1	5	19	95	0,006

n: sayı %: yüzde, p<0,05, ki-kare testi (Fisher's exact test)

Cinsiyete göre tanılar incelendiğinde (Tablo 10); I10 tanısının erkeklere, N30, D50, E03 tanılarının ise kadınlara daha yüksek oranda konulduğu bulundu.

Tablo 11: En Sık Verilen Hizmetler

Verilen Hizmetler		
	n	%
Tetkik istem	656	44,0
Reçete	523	35,1
Rapor	221	14,8
Danışmanlık	182	12,2
Yeşil liste	68	4,6

n: sayı %: yüzde

En sık verilen hizmet %44,0 ile tetkik istemdir. Sonrasında sırası ile %35,1 ile reçete, %14,8 ile rapor, %12,2 ile danışmanlık, %4,6 ile yeşil liste hizmeti verilmiştir. Başvuran kişilerin en sık aldıkları hizmetler Tablo 11’de verilmiştir (Tablo 11).

Tablo 12: Yaş Gruplarına Göre En Sık Verilen Hizmetler

		Yaş Grupları				Toplam	p
		0-18	19-39	40-64	65 ve üstü		
Tetkik istem		33	399	201	23	656	0,072
Tetkik istem içerisindeki	yüzdesi	%5	%60,8	%30,6	%3,5		
Yaş Grubu içerisindeki yüzdesi		%44,5	%41,5	%37,3	%29,5		
Reçete		18	288	184	33	523	,016*
Reçete içerisindeki	yüzdesi	%3,4	%55,1	%35,2	%6,3		
Yaş Grubu içerisindeki yüzdesi		%24,3	%30	%34,2	%42,3		
Rapor		13	175	30	3	221	,000*
Rapor içerisindeki	yüzdesi	%5,9	%79,2	%13,6	%1,4		
Yaş Grubu içerisindeki yüzdesi		%17,5	%18,2	%5,5	%3,8		
Danışmanlık		4	89	82	7	182	,000*
Danışmanlık	içerisindeki yüzdesi	%2,2	%48,9	%45,1	%3,8		
Yaş Grubu içerisindeki yüzdesi		%5,4	%9,2	%15,2	%8,9		
Yeşil liste		6	9	41	12	68	,000*
Yeşil liste içerisindeki	yüzdesi	%8,8	%13,2	%60,3	%17,6		
Yaş Grubu içerisindeki yüzdesi		%8,1	%1	%7,6	%15,4		
Toplam		74	960	538	78	1650	

%, yüzde, $p < 0,05$, ki-kare testi (Monte Carlo Test)

Yaşa göre verilen hizmetler incelendiğinde (Tablo 12); yaş azaldıkça reçete yazma oranının azaldığı bulundu. 40 yaş altındaki kişilere rapor hizmeti daha yüksek oranda verildi. 19-39 yaş aralığına kıyasla 40-64 yaş aralığındaki kişilere danışmanlık hizmeti daha yüksek oranda verildi. 19-39 yaş aralığındaki kişilere yeşil liste hizmetinin daha düşük oranda verildiği bulundu.

Tablo 13: Cinsiyete Göre En Sık Verilen Hizmetler

	Cinsiyet		Toplam	p
	Erkek	Kadın		
Tetkik istem	216	440	656	0,409
Tetkik istem içerisindeki yüzdesi	%32,9	%67,1		
Cinsiyet içerisindeki yüzdesi	%38,7	%40,2		
Reçete	164	359	523	0,109
Reçete içerisindeki yüzdesi	%31,4	%68,6		
Cinsiyet içerisindeki yüzdesi	%29,9	%32,8		
Rapor	82	139	221	0,318
Rapor içerisindeki yüzdesi	%37,1	%62,9		
Cinsiyet içerisindeki yüzdesi	%14,7	%12,7		
Danışmanlık	68	114	182	0,359
Danışmanlık içerisindeki yüzdesi	%37,4	%62,6		
Cinsiyet içerisindeki yüzdesi	%12,2	%10,4		
Yeşil liste	27	41	68	0,359
Yeşil liste içerisindeki yüzdesi	%39,7	%60,3		
Cinsiyet içerisindeki yüzdesi	%4,8	%3,7		
Toplam	557	1093	1650	

%. yüzde, $p < 0,05$, ki-kare testi (Fisher's exact test)

Tablo 13'te görüldüğü gibi cinsiyete göre verilen hizmetler arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p > 0,05$).

Muayenesi sonucunda reçete yazılan 527 kişinin 383'üne (%72,7) daha önce kullanmadığı yeni ilaç reçete edilmiş, 108'ine (%20,5) kendi kullandığı ilaçlar reçete edilmiş, 36'sına (%6,8) hem kendi kullandığı ilaçları hem de yeni ilaçlar reçete edilmiştir.

Tablo 14: En Sık Reçete Edilen İlaç Grupları

	n	%
Antibiyotik/Antiviraller	167	31,7
Vitamin, mineral ve nütrisyonel destek preparatları	167	31,7
Basit analjezikler	136	25,8
Üst solunum yolu enfeksiyonlarının semptomatik tedavisi	85	16,1
NSAİİ (non-steoid anti inflamatuvar ilaçlar)	65	12,3
Dermatolojik hastalıklar için reçete	65	12,3
Peptik ülser/gastroözofageal reflü için reçete	52	9,9
Antihipertansif/antiaritmik	29	5,5
Antidiyabetik	26	4,9
Tiroit hastalıkları için reçete	23	4,4
Gastrointestinal hastalıkların semptomatik tedavisi	21	4,0
Antihistaminik	21	4,0
Obstrüktif akciğer hastalıkları için reçete	18	3,4
Antiagregan/Antikoagülan	16	3,0
Antihiperlipidemik ilaçlar	12	2,3
Antidepresan/Antipsikotik ilaçlar	9	1,7

n: sayı %: yüzde

En çok reçete edilen ilaç grupları sırası ile: %31,7 ile “antibiyotik/antiviraller” ve %31,7 ile “vitamin, mineral ve nütrisyonel destek preparatları” gruplarıdır. Sonrasında sırasıyla: %25,8 “basit analjezikler”, %16,1 “üst solunum yolu enfeksiyonlarının semptomatik tedavisi”, %12,3 non-steroid anti inflamatuvar ilaçlar, %12,3 ile “dermatolojik hastalıklar için reçete” edilen ilaç gruplarıdır (Tablo 14).

Tablo 15: En Sık İstenen Radyolojik Görüntüleme

		n	%
Radyoloji istemi	Direk grafi	209	47,3
	USG	64	14,5
	Odyometri	32	7,2
	SFT	32	7,2
	EKG	29	6,6
	MRG	27	6,1
	Endoskopi	18	4,1
	Kolonoskopi	14	3,2
	BT	9	2,0
	Kemik Dansitometri	5	1,1
	PET	1	0,2
	Üroflowmetri	1	0,2
	VCUG	1	0,2

n: sayı %: yüzde, USG: Ultrasonografi, SFT: Solunum Fonksiyon Testi, EKG: Elektrokardiyografi, MRG: Manyetik Rezonans Görüntüleme, BT: Bilgisayarlı Tomografi, PET: Pozitron Emisyon Tomografisi, VCUG: Voiding Sistoüretrografi

En sık istenen radyolojik görüntüleme %47,3 ile Direk Grafi'dir. Sonrasında sırasıyla: %14,5 ile Ultrasonografi, %7,2 ile Odyometri, %7,2 ile Solunum Fonksiyon Testi, %6,6 ile Elektrokardiyografi'dir (Tablo 15).

Tablo 16: Muayeneye Ait Özelliklerin Dağılımı

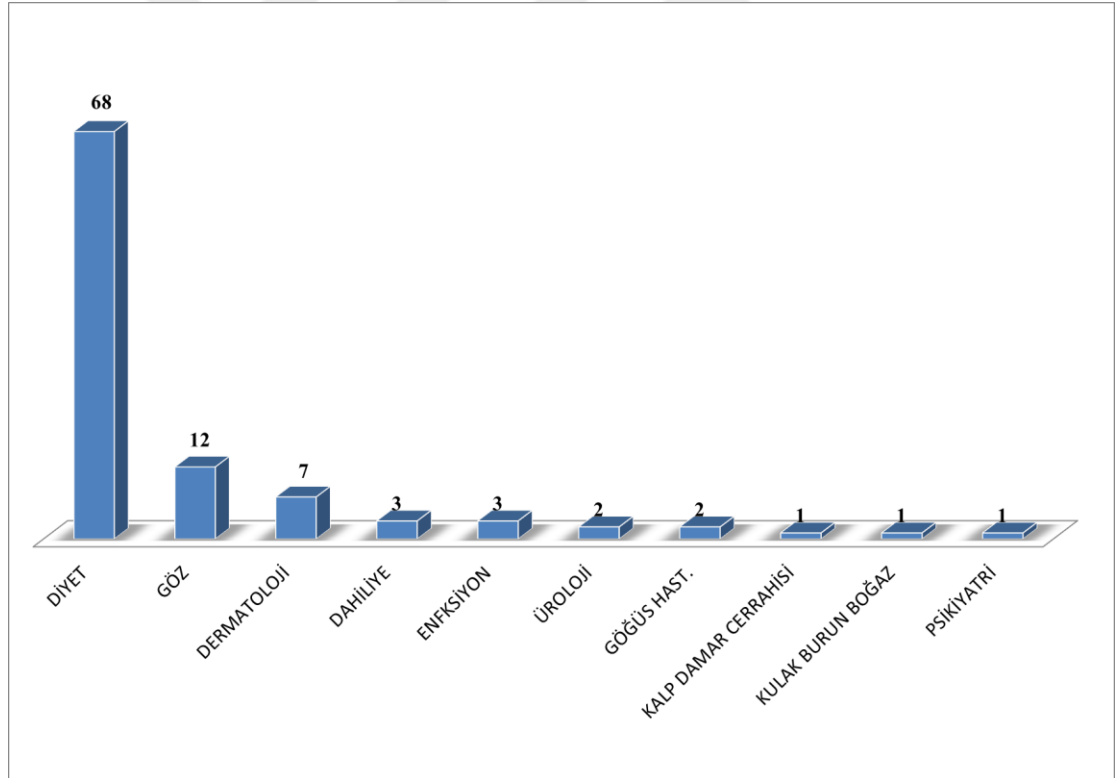
		n	%
Randevulu mu	Evet	381	25,6
	Hayır	1109	74,4
	Kontrol Muayene	236	15,8
	Sonuç Gösterme	20	1,3
Danışmanlık Hizmeti		169	11,3
Laboratuvar Hizmeti		630	42,3
Radyoloji Hizmeti		336	22,6
Konsültasyon İstemi		98	6,5
Sevk Edilme Durumu		88	5,9

n: sayı %: yüzde

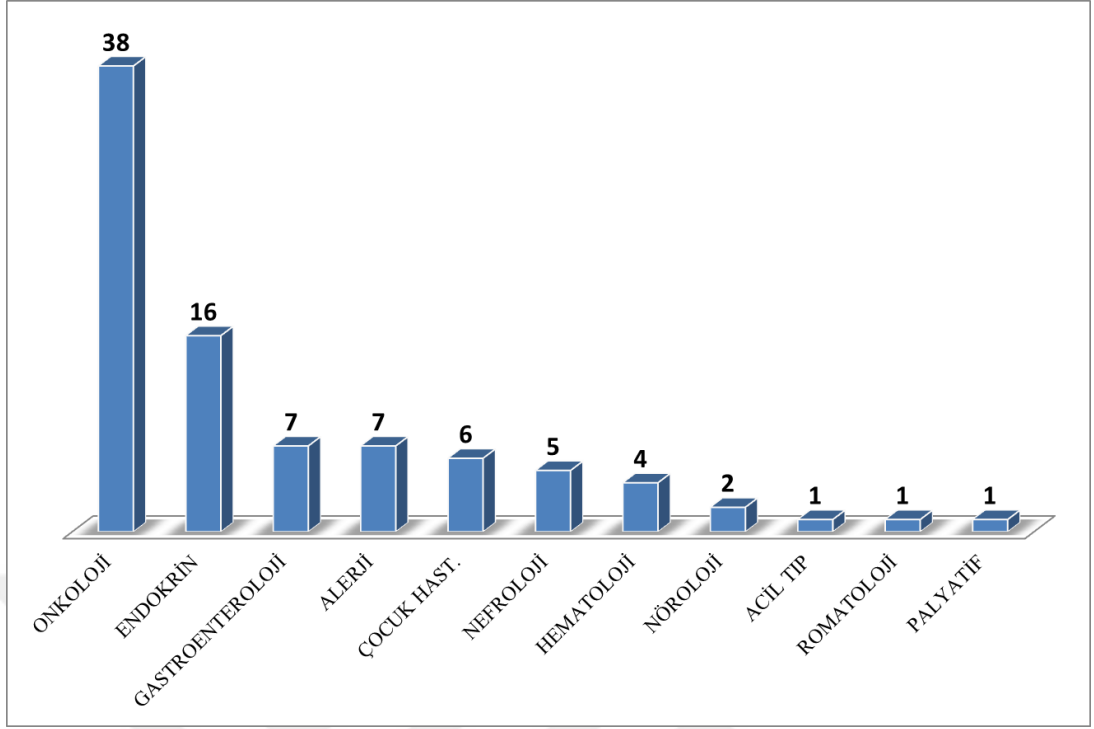
Başvuran kişilerin %25,6'sı randevu alarak başvurmuştur. Randevusuz olarak başvuran kişilerin %15,8'i ise kontrol muayenesi, %1,3'ü sonuç gösterme amaçlı başvurulardır. Muayene sonrasında, başvuran kişilerin %11,3'üne danışmanlık hizmeti verilmiş, %42,3'üne laboratuvar tetkiki istenmiş, %22,6'sına radyolojik görüntüleme istenmiştir. Başvuran kişilerin muayenesi ile ilgili özellikleri Tablo 16'da verilmiştir (Tablo 16).

Başvuran kişilerin %6,5'i için konsültasyon istenmiştir. En çok konsültasyon istenen beş branş %68 ile diyet, %12 ile göz, %7 ile dermatoloji, %3 ile dahiliye ve %3 ile enfeksiyon bölümüdür.

%5,9'i başka branşlara sevk edilmiştir. En çok sevk edilen beş branş %43,1 ile onkoloji, %18,1 ile endokrin, %7,9 ile gastroenteroloji, %7,9 ile alerji ve immünoloji ve %6,8 ile çocuk hastalıkları bölümüdür.



Şekil 4: Konsültasyon İstenen Bölümlerin Dağılımı



Şekil 5: Sevk Edilen Bölümlerin Dağılımı

Çocuk Hastalıkları bölümü içerisinde; Çocuk Kardiyoloji, Çocuk Hematoloji ve Çocuk Endokrinoloji bölümleri dahil edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Aile hekimliği polikliniklerine başvuran hasta profilinin retrospektif değerlendirildiği bu çalışmada, başvuran hastaların yaş ortalaması $35,73 \pm 15,17$ olarak bulundu. Hastaların yaşları kategorize edildiğinde, %58,7 ile en çok 19-39 yaş aralığındaki kişilerin başvurduğu görüldü. Çalışmamızda 65 yaş ve üzeri başvuru oranı (%5 ile) tüm nüfusa göre düşük olarak değerlendirildi.

Sağlık Bakanlığının yayınladığı “Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022” dosyasında; başvuru oranının en yüksek olduğu grup %28,9 ile 40-64 yaş arası kişiler olarak tespit edilmiş ve 65 yaş ve üzeri nüfus oranı %9,9 olarak belirtilmiştir (39).

Başvuran kişilerin yaş ortalaması; Oktay ve ark.’nın, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran kişiler ile yaptıkları çalışmada: $29,44 \pm 13,66$ (40), Olgun ve Kutlu’nun yaptığı çalışmada: $35,1 \pm 10,7$ (41), Yılmaz ve ark.’nın ASM’de yaptıkları çalışmada: $42,8 \pm 0,3$ (42), Erbir’in ASM’lerde yaptığı çalışmada: $42,94 \pm 20,7$ (43), Çakmak’ın yaptığı çalışmada: $44,05 \pm 25,65$ (44), Küçükerdem ve ark.’nın üçüncü basamak bir hastanenin aile hekimliği polikliniğinde yaptıkları çalışmada: $47,11 \pm 16,70$ yıl (45) olarak bulunmuştur.

Maç ve ark.’nın yaptıkları çalışmada, hastaların yaş ortalaması, üçüncü basamak hastanenin aile hekimliği polikliniğine başvurularda $42 \pm 19,79$; eğitim ASM aile hekimliği birimlerine başvurularda $34 \pm 15,56$ olarak bulunmuştur. Çocuk yaş grubundakilerin başvurularının daha çok birinci basamağa olduğu görülmüştür (46).

En çok başvuru yapan yaş grubu; Olgun ve Kutlu’nun yaptıkları çalışmada: 18-40 yaş aralığındaki kişiler (%70) (41), Khatami ve ark.’nın yaptıkları çalışmada: 18- 59 yaş arası kişiler (%56,9) (47), Oktay ve ark.’nın yaptıkları çalışmada: 20-24 yaş aralığındaki kişiler (%50,24) (40), Yıldız ve Şahin’in yaptıkları çalışmada: 25-35 yaş aralığındaki kişiler (%32,8) (48), Fidancı ve ark.’nın Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran 250054 hasta verisi ile yaptıkları çalışmada: 45-55 yaş aralığındaki kişiler (%21,7) (49), Yılmaz ve ark.’nın yaptıkları çalışmada: 45-59 yaş aralığındaki kişiler (22,1) (42), Türker ve ark.’nın yaptıkları

çalışmada: 45-65 yaş arası kişiler (%29,1) (50), Çakmak'ın yaptığı çalışmada: 46-64 yaş arası kişilerdir (27,6) (44).

Yaşlı başvuru oranı; Oktay ve ark.'nın yaptıkları çalışmada: (60 yaş ve üzeri) %4,77 (40), Olgun ve Kutlu'nun yaptığı çalışmada: (65 yaş ve üzeri) %5,7 (41), Yıldız ve Şahin'in yaptıkları çalışmada: (56 yaş ve üzeri) %9,2 (48), Fidancı ve ark.'nın yaptıkları çalışmada: (65 yaş ve üzeri) %11,3 (49), Khatami ve ark.'nın yaptıkları çalışmada: (60 yaş ve üzeri) %13,3 (47), Yılmaz ve ark.'nın yaptıkları çalışmada: (70 yaş ve üzeri) %16,2 (42), Erbir'in yaptığı çalışmada: (65 yaş ve üzeri) %16,3 (43), Çakıt ve Arslan'ın yaptıkları çalışmada: (65 yaş üstü) %18,43 (51), Çakmak'ın yaptığı çalışmada: (65 yaş ve üstü) %24,5 (44), Özdemir'in yaptığı çalışmada: (65 yaş üstü) %26,2 (52) olarak bulunmuştur.

Çalışmalar arasındaki farklılık, sağlık kuruluşunun konumunun ve hedeflediği nüfusun özelliklerinin farklılığına işaret ediyor olabilir.

Yaptığımız çalışmada, başvuranların %65,9'u kadın idi. Literatürde kadınların birinci basamağa başvuru oranlarının erkeklere göre daha fazla olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Başvuranların içerisinde kadınların oranı: Üstün ve Cezlan'ın yaptığı çalışmada: %51,3 (53), Türker ve ark.'nın yaptıkları çalışmada: %53,3 (50), Yılmaz ve ark.'nın yaptıkları çalışmada: %58,3 (42), Khatami ve ark.'nın yaptıkları çalışmada: %59 (47), Ataç ve ark.'nın yaptıkları çalışmada: %59,4 (54), Özdemir'in yaptığı çalışmada: %60,5 (52), Çakmak'ın yaptığı çalışmada: %60,8 (44), Küçükerdem ve ark.'nın yaptıkları çalışmada: %68,2 (45) olarak tespit edilmiştir. Çalışmalarda kadınların toplam başvuru içerisindeki oranları %51,2 (46) ile %68,3 (43) arasında değiştiği tespit edilmiştir.

Maç ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, kadın başvuru oranının hastanedeki aile hekimliği polikliniklerinde %51,2, eğitim ASM'deki aile hekimliği birimlerinde %63,3 olduğu bulunmuştur (46). Kadınların eğitim ASM'yi tercih etme nedenleri yakınlık ve erişilebilirliğin daha kolay olmasından kaynaklı olabilir.

Çalışmamızdan farklı olarak; Oktay ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, kadınların başvuru oranı %34,5 ile erkeklerden çok düşük olarak bulunmuştur. Çalışmada, erkeklerin başvuru oranının yüksek olmasını; iş için sağlık raporu amaçlı

başvurulardan kaynaklı olduğu belirtilmiştir (40). Alibekiroğlu ve ark.'nın yaptıkları çalışmada ise, Covid-19 pandemisi öncesinde %56,5 olan kadın başvuru oranının pandemi döneminde %40,4'e düştüğü görülmüştür (55). Gülseren ve Kuyucu'nun yaptıkları benzer bir çalışmada, pandemi öncesi %60,1 olan kadın başvuru oranının pandemi döneminde %46'ya düştüğünü göstermiştir. Çalışmada, pandemide kadınların sağlık hizmetlerine başvurularının azalması, okulların kapalı olması, çocukların evde olması dolayısıyla çocuk bakımı gibi sorumlulukların kadınların üzerinde daha fazla olmasına bağlanmıştır (56).

Yaptığımız çalışmada, başvuranların çoğunluğu (%95,6; n=1425) T.C. uyruklu idi. T.C. uyruklu kişiler haricindekilerin çoğu (%61,5; n=40) Suriye uyruklu idi. Alibekiroğlu ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, pandemi dönemi öncesinde yabancı uyruklu kişilerin tüm başvurular arasındaki oranı %3,1 iken pandemi döneminde %1,6'ya gerilemiştir (55). Karabiber ve Savaş'ın Hatay'da Aile Sağlığı Birimlerinde (ASB), 18 yaş ve altı bireylerde yaptıkları çalışmada, Suriye uyruklu kişilerin oranı %0,8 olarak belirtilmiştir (57). Korkmaz Daharlı ve Yılmaz'ın Erzurum Verem Savaş Dispanserinde yaptığı çalışmada; 6 yıl boyunca takip edilen tüberküloz hastalarının %2'sinin yabancı uyruklu olduğu belirtilmiştir (58). Özdemir'in 13 yıllık verilerle yaptığı benzer bir çalışmada ise, hastaların %5,1'inin yabancı uyruklu olduğu tespit edilmiştir. Yabancı uyrukluların ise %94,1'inin Suriye uyruklu olduğu belirtilmiştir (59). Kan'ın 2014 yılında yaptığı tez çalışmasında, Alanya'da yaşayan 250 yabancı uyruklunun %22,8'si Alman, %22,4'ü ise Rus uyruklu kişilerdir (60). Saraçoğlu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise, Samsun'da yabancı uyruklulardan en fazla Irak uyruklu kişilerin (%59,1) başvurduğu tespit edilmiştir (61). Farklı sonuçlar, çalışmaların farklı bölgelerde yapılmasından kaynaklı olduğu düşünüldü.

TUİK (Türkiye İstatistik Kurumu) verilerine göre, 2023 yılı sonunda Türkiye'de 1.570.543 yabancı uyruklu kişi vardır. Bu sayıya geçici koruma statüsündeki 3.214.780 Suriye uyruklu kişi dahil edilmemiştir (62). Yine TUİK verilerine göre 2023 yılı sonunda Türkiye 85.372.377 kişi olarak açıklanmıştır. Bu verilere göre Türkiye'de göçmen ve yabancıların nüfusa oranı %5,6 olarak

belirtilmiştir (63). Çalışmamızda başvuran yabancı uyruklu oranı bu verilerle örtüşmektedir.

Çalışmamızda, başvuranların yarısı (%50,5; n=752) evli idi. Alibekiroğlu ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, başvuranların %68,4'ünün evli olduğu ve bu oranın pandemi döneminde anlamlı olarak azaldığı belirtilmiştir (55). Yıldız ve Şahin'in yaptıkları çalışmada ise, aile hekimliğine başvuranların %82,2'sinin evli olduğu ve evli olanların, aile hekimine yönelik olumlu tutumlarının daha yüksek düzeyde olduğu belirtilmiştir (48). Başvuran bireylerin evli olma oranı, Erbir'in yaptığı çalışmada: %59,7 (43), Üstün ve Cezlan'ın yaptığı çalışmada: %63,3 (53), Karadağ'ın yaptığı çalışmada: %64,9 (64), Olgun ve Kutlu'nun yaptıkları çalışmada: %65,2'dir (41). Veriler arasındaki farklılıklar, çalışmaların farklı bölgelerde veya farklı demografik özelliklere sahip katılımcılar üzerinde yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda sağlık güvencesinin olmadığı; Ücretli ve BKK ile borçlu olan kişilerin toplam oranı %3,9'dur. 2006 yılında, 5502 sayılı Kanun'a istinaden, Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur; Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı adı altında birleştirilmiştir (65). Çalışmamızda başvuran kişilerin sağlık güvenceleri içerisinde SGK %94,4 ile en yüksek orana sahip iken, sağlık sigortasının olmadığı ücretli hastalar %2,34 ile ikinci sırada yer almaktadır. Karadağ'ın yaptığı çalışmada, başvuranların sağlık güvencelerinin oranı: SGK %93,3, özel sigorta %4, genel sağlık sigortası %2,7 olarak tespit edilmiştir (64). Çalışmamız Karadağ'ın çalışması ile benzer oranlara sahiptir. Ayrıca On Birinci Kalkınma Planı'nda, 2018 yılında %85,6 olan sosyal sigorta kapsamının 2023 yılında %92'e çıkarılması hedefi yakalanmış gözükmektedir (66).

Fidancı ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, SGK kapsamındaki sağlık güvencelerinden SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı ayrı ayrı olarak değerlendirilmiş ve 2014-2016 arası başvuran kişilerin en sık sağlık güvencesinin %54,1 oranında SSK olduğu belirtilmiştir. SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı sağlık güvenceleri beraber değerlendirildiğinde %82,1 olduğu görülmektedir (49). Öztürk ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, üniversite hastanesi aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların %18,7'sinin sağlık güvencesinin olmadığı bulunmuştur (67).

Sarıyıldız ve ark.'nın ülkelerin sağlık sistemlerini incelediği çalışmada, Çin'de halkın %95'inin sağlık güvencesinin bulunduğu, bunun %45 kadarının özel sağlık güvencesi olduğunu belirtmişlerdir. ABD'de halkın %90, Fransa'da %92'sinin sağlık güvencesi bulunmaktadır (68). Diğer ülkelerde farklı sağlık sistemi yapıları ve sosyoekonomik faktörlerin etkisiyle sağlık güvencesi oranlarının değişkenlik gösterdiği görülmektedir.

Çalışmamızda, başvuranların büyük bir kısmı (%73; n=1088) sigara kullanmıyordu. Sigara içmeyenlerin oranı Erbir'in yaptığı çalışmada %84 olarak belirtilmiştir (43). Türker ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, sigara içme oranı kadınlarda %8,5, erkeklerde ise %27,3 ve çalışmanın tamamında %17,3 olarak bulunmuştur (50). Olgun ve Kutlu'nun yaptığı çalışmada ise, katılımcıların %35,2'sinin aktif sigara içicisi olduğu belirtilmiştir (41).

Sağlık Bakanlığının yayınladığı “Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022” dosyasında, 14 yaş üzerinde sigara kullanan bireylerde, kişi başına düşen ortalama günlük sigara adedinin uluslararası karşılaştırmasında Türkiye; 17,8 adet ile en yüksek rakama sahipken, OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü) ülkelerinin ortalaması olan 12,8 adet (39) üzerindedir. Ayrıca aktif veya pasif tütün kullanımı, bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri içerisinde en yüksek orana sahip risk faktörüdür. Aynı raporda, 14 yaş üzerinde sigara kullanan oranı 2016 yılında %26,5, 2019 yılında %28 ve 2022 yılında %28,3 olup artarak devam etmektedir (39). Çalışmamız Sağlık Bakanlığı'nın verileri ile benzer sonuçlar vermiştir.

Sağlık-Der, 2023 yılında yayınladığı Türkiye Sağlık Raporunda; sigara ve tütün kullanımına yönelik engelleyici yasal düzenlemelerin yapıldığı ve bu tedbirlerin etkili olduğu belirtilmiştir. Öğretmenlerin ve öğrencilerin okul çıkışında sigara içmesi, 18 yaşından küçük kişilere sigara satışının devam ediyor oluşu çalışmaların başarısını azaltan etkenler olarak sunulmuştur (69).

Ergin ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, sigara içen gebelerin %78,1'ine sigara bırakma konusunda danışmanlık verilmediği belirtilmiştir (70). Bozkurt ve ark.'nın

yaptıkları çalışmada, sigara bırakma polikliniğine gelen kişilerin %3,6'sının hekim önerisi ile başvurduğu belirtilmiştir (71).

Çalışmamızda, başvuranların neredeyse tamamı (%98,1; n=1461) alkol kullanmıyordu. Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı "Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022" dosyasında, 14 yaş üstü bireylerde kişi başına düşen mutlak alkol tüketimi 1,6 litre ile OECD ülkelerinin en düşük ortalamasına sahiptir (39). Sağlık-Der'in yayınladığı raporda bu durum, dini ve ahlaki nedenlere bağlanmıştır (69). Olgun ve Kutlu'nun yaptığı çalışmada ise, katılımcıların %2,9'unun alkol kullandığı belirtilmiştir (41).

Çalışmamızda, en sık başvuru nedeninin %37,8 ile hastalık nedeni ile muayene isteği için olduğu tespit edildi. Sonrasında sırası ile sağlık raporu istemi (%22,4), kontrol muayene (%12,3), ilaç yazdırma (%8,9) ve sonuç gösterme (%8,9) amaçlı başvuru gelmektedir.

Türker ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, hastaların çoğunluğu %47 ile ilaç yazdırmak için başvurduğu belirtilmiştir (50). Oktay ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, en sık başvuru nedeni %39,74 ile hastalık olarak bulunmuştur. Sonrasında sırasıyla %11,8 ile genel sağlık muayenesi, %6,9 ile sağlık raporu ve %5,8 ile reçete istemi olarak bulunmuştur (40). Küçükerdem ve ark.'nın yaptıkları çalışmada ise, hastalık için başvuranların oranı %62,6, genel sağlık muayenesi için %19,1, tahlil için %8,9, reçete istemi için %3,9 ve ilaç raporu istemi için %3,2 olarak bulunmuştur (45). Khatami ve ark.'nın İran'da yaptıkları çalışmada, en sık başvuru nedenlerinin; hastalık (%33,6), takip (%24,1), danışma (%18,9), laboratuvar test ve sonuç muayenesi (%18,1) olduğu görülmüştür (47). Alibekiroğlu ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, pandemi döneminde hastaların %64,8'i hastalık için başvurmuş, diğer başvurular %35,2 ile genel muayeneler olarak sınıflandırılmıştır (55).

Gülseren ve Kuyucu'nun yaptıkları çalışmada, pandemi öncesi dönemde, reçete istemi %34 ile en çok başvuru nedeni olmuştur. Sonrasında sırasıyla: %33,2 ile tetkik istemi, %31,1 ile hastalık, %1,7 ile sağlık raporu istemidir. Pandemi döneminde ise reçete istemi (%43,2) artmıştır. Sonrasında sırasıyla: %40,4 ile hastalık, %14,7 ile tetkik istemi, %1,7 ile sağlık raporu istemidir (56). Erbir'in yaptığı çalışmada, başvuranların en sık başvuru nedeni hastalık içindir. Sonrasında

sırasıyla; ilaç yazdırma (%21,9) ve genel kontrol (%12,8) amaçlıdır (43). Ütük'ün yaptığı çalışmada, başvuranların en sık başvuru nedeni %36,1 ile muayene içindir. Sonrasında sırası ile; tetkik (%33,8), reçete yazdırmak (%19,9), kronik hastalık takibi (%14,4), danışma (%6,9), ilaç raporu (%2,3) için başvurmuştur (72).

Çalışmalar değerlendirildiğinde hastalık nedenli başvuruların %31,1 ile %67,5 oranları arasında geniş bir yelpazede değiştiği görülmektedir. Bu farklı sonuçlar yapılan çalışmaların yöntem farklılığından ve çalışmaların farklı sağlık basamaklarında yapılmasından kaynaklı olabilir. Başvuru nedenleri kategorize edilirken bazı çalışmalarda her bir şikâyet ayrı bir başvuru nedeni olarak belirtilmiştir. Bazı çalışmalarda ise rapor istemi, takip ve kontrol muayeneleri; genel muayeneler altında birleştirilmiştir. Çalışmalar arası bu yöntem farklılıkları kıyaslamayı zorlaştırmaktadır.

Yaşa göre başvuru nedenleri değerlendirildiğinde; çalışmamızda 65 yaş ve üstü kişilerin ilaç yazdırma nedeni ile başvuru oranları diğer yaştaki kişilere göre anlamlı olarak yüksek, hastalık için başvuru oranları ise düşük bulunmuştur.

Fidancı'nın geriatrik yaş grubu ile yaptığı çalışma, reçete istemi ile başvuru oranının (%35,2) muayene için başvuru oranından (%25,2) yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca çalışmada, tetkik istenmesi (%32,3) ve rapor (%7,3) başvuruları da belirtilmiştir (73).

Kaya ve Gamsızkan'ın yaptıkları çalışmada, 65 yaş ve üstü bireylerin kronik hastalık sayısı ile orantılı olarak sağlık hizmet taleplerinin arttığı belirtilmiştir (35). Alibekiroğlu ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, pandemide başvuru sayısını en çok azaldığı yaş grubu 65 yaş ve üstü hastaların olduğu grup olduğu belirtilmiştir (55). Bu sonucun nedeni, raporlu ilaçların reçetesiz direk olarak eczaneden alınmasından kaynaklı olabilir. Yine bu sonuç, çalışmamızda; yaşlıların ilaç yazdırma nedeni ile başvuru oranlarının yüksek olması bulgusunu destekler niteliktedir.

Alibekiroğlu ve ark.'nın çalışmasından farklı olarak, Gülseren ve Kuyucu'nun üçüncü basamakta aile hekimliği polikliniğinde yaptıkları çalışmada, 65 yaş ve üstü grubun başvuru oranının pandemi döneminde arttığı gösterilmiştir (56).

Cinsiyete göre başvuru nedenleri değerlendirildiğinde; çalışmamızda kadınların erkeklere göre sağlık raporu, sonuç gösterme ve yeşil liste için başvuru nedenleri anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

Çalışmamızda, en sık şikâyetin ağrı (%20,1) olduğu, sonrasında sırası ile halsizlik, öksürük ve ateş şikâyetlerinin olduğu görüldü.

Ataç ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, en sık yazılan ilk üç semptom tanısı sırasıyla; dorsalji, ağrı ve dispepsi olarak belirlenmiştir (54). Türker ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, en sık bildirilen semptomlar sırasıyla; boğaz ağrısı, öksürük, ateş, halsizlik ve baş ağrısı olarak bildirilmiştir (50).

Oktay ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, en sık şikâyetlerin: boğaz ağrısı, öksürük, halsizlik, burun akıntısı, baş ağrısı, göğüs ağrısı, bel ağrısı olduğu belirtilmiştir (40). Küçükerdem ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, en sık görülen şikâyetler: mideye bağlı şikâyetler, karın ağrısı ve vücut ağrısı olarak sınıflandırılmıştır (45). Erbir'in yaptığı çalışmada ise, başvuranların en sık şikâyetleri: boğaz ağrısı, halsizlik, kaşıntı, öksürük ve ağrı olarak bulunmuştur (43).

Khatami ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, sistemlere göre şikâyetler gruplandırılmıştır. Sindirim şikâyetleri alanında en sık şikâyetler sırasıyla; diş ve diş eti şikâyetleri, karın ağrıları, ishal ve kusma iken, en sık solunum şikâyetleri; öksürük ve boğaz ağrısı olarak bulunmuştur. En sık görülen genel yakınmalar; ateş, ağrı (genel), halsizlik, yorgunluk ve üşüme iken, kas-iskelet sistemi ile ilgili en sık şikâyetler; sırt ağrısı, bacak ve diz ağrıları ve kas ağrısı olmuştur. Endokrin sistem ile ilgili en sık şikâyetler ise; kilo alımı, beslenme sorunu ve kilo kaybı iken, hipertansiyon, çarpıntı, hipotansiyon ve şişmiş ayak bilekleri, kardiyovasküler şikâyetler arasında en sık şikâyetlerdir. Baş ağrısı, baş dönmesi ve uyuşma nörolojik şikâyetlerle başvuruların en sık nedenleri olarak tespit edilmiştir. Cinsel yakınmaların çoğu kadınlarda; vajinal yakınmalar ve akıntı iken, erkeklerde; testis/skrotumda ağrı olmuştur. En sık görülen deri şikâyetleri ise; kaşıntı, deri döküntüsü, deri kuruluğu ve çatlak ayak şikâyetleridir (47).

Derlenen çalışmalar, semptomların geniş bir yelpazeye yayıldığını ve ağrı, halsizlik ve ateş gibi genel yakınmaların diğer şikâyetlere göre daha sıklıkla

tanımlandığını göstermektedir. Aile hekimliğinin birinci basamakta ilk başvuru noktası olması ve ayrışmamış şikâyetlerin en yüksek oranda görüldüğü basamak olması nedeni ile bulgularımız beklenen sonuçlarla uyumludur.

Çalışmamızda, en çok konulan tanı %46,8 ile “Başka yerde sınıflandırılmamış diğer yumuşak doku hastalıkları” (M79) tanısıdır. Sonrasında sırası ile %9,3 ile “Üst solunum yollarının birden fazla veya tanımlanmamış lokalizasyonlarda akut enfeksiyonlar” (J06), %9,3 ile “İdari nedenlere bağlı muayene ve konsültasyon” (Z02), %7,7 ile “Diabetes mellitus tetkiki için özel prosesler” (Z13.1), %3,9 ile “Şikâyeti olmayan veya teşhis belirtilen kişilerin genel muayenesi ve netleştirilmesi” (Z00), %3,6 ile “Diğer vitamin eksikliği durumları” (E56), %3,6 ile “Aile anamnezinde diabetes mellitus” (Z83.3), %3,1 ile “Esansiyel (birincil) hipertansiyon” (I10), %2,8 ile “D vitamini eksikliği” (E55), %1,9 ile “Sistit” (N30) %1,9 ile “Demir eksikliği anemisi” (D50) tanıları konulmuştur.

Fidancı ve ark.’nın yaptıkları çalışmada, en sık konulan tanılar; üst solunum yolu enfeksiyonları (%30), anemi (%9,2), genel tıbbi muayene (%8,7), miyalji (%8,2) olarak bulunmuştur (49). Türker ve ark.’nın yaptıkları çalışmada, hastaların %28,5’inde hipertansiyon (HT), %11,8’inde diabetes mellitus (DM), %3,6’sında hiperlipidemi, %2,1’inde ise romatolojik hastalık olduğu belirtilmiştir (50). Oktay ve ark.’nın yaptıkları çalışmada, en sık konulan tanılar; üst solunum yolu enfeksiyonları, genel sağlık muayenesi, sağlık raporu amacıyla olan başvurular ve anemi olarak belirtilmiştir (40). Yılmaz ve ark.’nın yaptıkları çalışmada, en sık konulan tanılar; akut nazofarenjit-nezle, esansiyel hipertansiyon, dorsalji, baş ağrısı, bronşit, dermatit, ürtiker olduğu görülmüştür (42).

Maç ve ark.’nın yaptıkları çalışmada, üçüncü basamak hastane aile hekimliği polikliniklerinde en sık konulan tanılar sırasıyla; akut üst solunum yolu enfeksiyonları, endokrin bozukluklar, genel tıbbi muayene, hipertansiyon ve işe girme öncesi muayene şeklinde belirtilmiştir. Birinci basamak eğitim ASM aile hekimliği birimlerinde en sık konulan tanılar ise sırasıyla; akut üst solunum yolu enfeksiyonları, hipertansiyon, genel tıbbi muayene, miyalji ve rutin çocuk muayenesi şeklinde belirtilmiştir. Çalışmada, birinci basamakta; akut üst solunum yolu enfeksiyonları, miyalji ve rutin çocuk muayene tanılarının üçüncü basamağa göre

anlamlı olarak daha yüksek konulduğu, üçüncü basamakta endokrin bozukluklar, genel tıbbi muayene ve işe girme öncesi muayene tanılarının birinci basamağa göre daha yüksek konulduğu gösterilmiştir (46).

Çakmak'ın yaptığı çalışmada, en sık konulan tanılar; akut üst solunum yolu enfeksiyonu (%22,1), esansiyel hipertansiyon (%13,4), diabetes mellitus (%6,8), miyalji (%6,3) ve gastroözofageal reflü (%4,7) olarak belirtilmiştir (44). Çakıt ve Arslan'ın yaptıkları çalışmada, en sık tanılar; I10 Esansiyel (Primer) Hipertansiyon ve M79.1 Miyalji olarak belirtilmiştir (51). Özdemir'in yaptığı çalışmada, en sık konulan tanılar; I10 Esansiyel (primer) hipertansiyon (%8,98), Z00 Yakınma veya bilinen teşhisi olmayan kişilerin genel muayene ve incelemesi (%5,19), K21 Gastro-özofajial reflü hastalığı (%5,07), M79 Diğer yumuşak doku bozuklukları, başka yerde sınıflanmamış (%4,74), J02 Akut farenjit (%3,84), J00 Akut nazofarenjit (nezle) (%3,46), J06 Akut üst solunum yolu enfeksiyonları, birden fazla ve tanımlanmamış yerlerin (%2,76), L30 Dermatit, diğer (%2,41), R52 Ağrı, başka yerde sınıflanmamış (%1,96) ve I25 Kronik iskemik kalp hastalığı (%1,86) olarak tespit edilmiştir (52).

Gülseren ve Kuyucu'nun yaptıkları çalışmada, pandemi döneminde en sık konulan tanılar: E55.9 Vitamin D eksikliği, tanımlanmamış (%14,2), J39.9 Üst solunum yolunun hastalığı, tanımlanmamış (%12,4), R68.8 Genel semptom ve belirtiler diğer, tanımlanmamış (%6,7), D64.9 Anemi, tanımlanmamış (%6,6), E53.9 Vitamin B eksikliği, tanımlanmamış (%4,0), I10 Esansiyel hipertansiyon (%3,8) olmuştur. Pandemi sonrası ise en sık konulan tanılar: Z04 Muayene ve gözlem için tanımlanmamış nedenler (%48,5), J39.9 Üst solunum yolunun hastalığı, tanımlanmamış (%9,9), I10 Esansiyel hipertansiyon (%3,6), K29 Gastrit ve duodenit (%2,4) ve K27 Peptik ülser (%2,1) olmuştur (56).

Çalışmalar; aile hekimliği pratiğinde, hem akut ve kronik hastalıklara tanı konulduğunu hem de rutin sağlık muayenesi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin verildiğini göstermektedir.

Çalışmamızda en sık verilen hizmet %44 ile tetkik istemidir. Sonrasında sırası ile %35,1 ile reçete, %14,8 ile rapor, %12,2 ile danışmanlık, %4,6 ile yeşil liste

hizmeti verilmiştir. Çalışmamızda, en çok reçete edilen ilaç grupları sırası ile: %31,7 ile “antibiyotik/antiviraller” ve %31,7 ile “vitamin, mineral ve nütisyonel destek preparatları” olarak bulundu. Sonrasında sırasıyla: %28,5 “basit analjezikler”, %16,1 “üst solunum yolu enfeksiyonlarının semptomatik tedavisi”, %12,3 NSAİİ, %12,3 ile “dermatolojik hastalıklar için reçete” edilen ilaç gruplarıdır.

Bayram ve ark.’nın birinci basamakta 1,5 milyara yakın reçete edilmiş ilaç verisinden elde ettikleri oranlara göre; en çok reçetelenen ilaç grupları: soğuk algınlığı preparatları (%19,2-%19,7), amoksisilin ve beta-laktamaz inhibitörü (%9,9-%10,5) olmuştur. Sonrasında sırası ile: diklofenak, parasetamol, lansoprazol, asetilsistein, deksketoprofen, ibuprofen, tiyokolşikosid, asetilsalisilik asit gelmektedir (74). Çalışmamızda metodolojik yaklaşım kaynaklı farklı sonuçlar elde etmiş olabiliriz. Çalışmamızda antibiyotikler, basit analjezikler genel bir sınıf olarak değerlendirilmekte iken, Bayram ve ark.’nın yaptıkları çalışmada amoksisilin, diklofenak gibi etken ilaç üzerinden kategorize edilmiştir. Çalışmamızda belirtilen: “üst solunum yolu enfeksiyonlarının semptomatik tedavisi (%16,1)” ile Bayram ve ark.’nın yaptıkları çalışmada belirtilen “soğuk algınlığı preparatları (%19,2-%19,7)” (74) benzer oranlarda olup farklılıkların metodolojiden kaynaklandığını destekler niteliktedir.

Çalışmamızda, başvuran kişilerin %25,6’sı randevu alarak başvurmuştur. Randevusuz olarak başvuran kişilerin %15,8’i ise kontrol muayenesi, %1,3’ü sonuç gösterme amaçlı başvurulardır. Çalışmamızda başvuran kişilerin %11,3’üne danışmanlık hizmeti verilmiş, %42,3’üne laboratuvar tetkiki istenmiş, %22,6’sına radyolojik görüntüleme istenmiştir. En sık istenen radyolojik görüntüleme %47,3 ile direk grafidir. Sonrasında sırasıyla: %14,5 ile Ultrasonografi, %7,2 ile Odyometri, %7,2 ile Solunum Fonksiyon Testi, %6,6 ile Elektrokardiyografi’dır. Çakmak’ın yaptığı çalışmada, başvuranların %6,4’ünde laboratuvar hizmeti istenmiştir (44).

Çalışmamızda başvuran kişilerin %6,5’i için konsültasyon istenmiştir. En çok konsültasyon istenen beş branş %68 ile diyet, %12 ile göz, %7 ile dermatoloji, %3 ile dahiliye ve %3 ile enfeksiyon bölümüdür. Fidancı ve ark.’nın yaptıkları çalışmada, en sık konsültasyon istenen bölümler sırasıyla; nöroloji (%14,3), dermatoloji

(%14,1), genel cerrahi (%12,7), fizik tedavi ve rehabilitasyon (%11,8), göğüs hastalıkları (%10,7) olarak bulunmuştur (49).

Çalışmamızda başvuran kişilerin %5,9'u başka branşlara sevk edilmiştir. En çok sevk edilen beş branş %43,1 ile onkoloji, %18,1 ile endokrin, %7,9 ile gastroenteroloji, %7,9 ile alerji ve immünoloji, %6,8 ile çocuk hastalıkları bölümüdür. Çakmak'ın yaptığı çalışmada, başvuruların %0,2'si sevk edilmiştir (44). Kohpeima Jahromi ve ark.'nın yaptıkları çalışmada; sevk oranı %14 olarak bildirilmiştir (75).

Yılmaz ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, konsültasyon ya da sevk edilen bölümler ayrıca çalışılmamış olup başvuran hastalar, tıpta hangi uzmanlık alanında tanı aldıklarına göre kategorize edilmiştir. Hastalara en sık; Kulak burun boğaz, dahiliye, pediatri, fiziksel tıp ve rehabilitasyon ve nöroloji uzmanlık alanlarına giren tanımlar konulmuştur (42). Kanada'daki birinci basamak kliniklerinde yapılan bir araştırmada, en sık sevk edilen beş bölüm sırasıyla; genel cerrahi (%10), dermatoloji (%9,3), gastroenteroloji (%8,4), jinekoloji (%8,1) ve kulak burun boğaz (%7,9) olmuştur (76). Brezilya'da birinci basamak sevk oranlarının incelendiği bir çalışmada, en sık sevk edilen beş bölüm; oftalmoloji (%29,41), ortopedi (%6,99), jinekoloji (%6,54), kardiyoloji (%5,85), kulak burun boğaz (%4,66) olmuştur (77).

Amerika'da yapılan bir çalışmada, aile hekimlerinin sevk oranları %14,1 ile %19,4 arasında değişmektedir (78). 1.310.420 hasta ziyareti inceleyen başka bir çalışmada ise aylık ortalama sevk oranı %20,3'tür. Bu çalışmada en sık sevk edilen beş bölüm: gastroenteroloji (%20,1), fiziksel tıp ve rehabilitasyon (%15,6), cerrahi (%13), oftalmoloji (%12,2), kadın hastalıkları ve doğum (%12,1) olmuştur (79). Amerika'da birinci basamaktaki 24 birim ile yapılan bir çalışmada ise, sevk oranlarının %7 ile %31 arasında ve medyanın %25 olduğu tespit edilmiştir (80).

Çalışmamızda en sık sevk edilen branşın onkolojisi olması; hastanenin palyatif bakım servislerinin bulunması ve terminal dönem malignite hastalarının palyatif servis yatış endikasyonu nedeniyle başvurmasından kaynaklı olabilir.

Scaoli ve ark.'nın yaptıkları çalışmaya göre; 34 ülke arasında, Türkiye %1,3 oranı ile sevk geri bildiriminin en düşük olduğu ülkedir (81). Geri bildirimin düşük

olması ve düzenlenmiş bir sevk zinciri sisteminin olmayışı; sevk oranları ve sevk edilen bölümlerin belirlenmesini zorlaştırmaktadır. Sevk edilen bölümlerin belirlenmesi, aile hekimliğinde eksik kalan yönlerin belirlenmesine ve ihtiyaç duyulan eğitimin desteklenmesine, neticesinde ise sağlanan bakımın maliyetinin ve kalitesinin optimize edilmesine kapı açacaktır.

Çalışmamızda kısıtlılıklarımız;

- Örneklemenin Sınırlılığı: Çalışmamız, yalnızca Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesine başvuran hastaları içermektedir. Diğer hastanelerden hastaların dahil edilmemesi, sonuçların evrensel geçerliliğini azaltmaktadır. Bulgular diğer hastane ve ortamlardaki katılımcılara genellenirken dikkatli olunmalıdır. Ayrıca, çalışma tasarımı, değişkenler arasında nedensel ilişkiler kurmamıza izin vermez. Örneğin, çalışma sosyoekonomik seviyesi farklı olan bir bölgedeki hastanede yapılmış olsa idi, farklı bulgulara ulaşabilirdik.
- Zaman Kısıtlılığı: Çalışma, yalnızca 15 Eylül 2023 ile 15 Ekim 2023 tarihleri arasında başvuran hastaların verilerini içermektedir. Bu zaman aralığından önce veya sonra başvuran hastaların bilgileri dikkate alınmamıştır. Dolayısıyla, belirlenen; başvuru nedenleri, şikâyet ve tanı gibi bulgularımız mevsimsel faktörlerden etkilenmiş olabilir. Örneğin, solunum yolu enfeksiyonları kış aylarında daha yaygın olabilirken, alerjik reaksiyonlar bahar aylarında daha sık görülebilir.

6. SONUÇ

1. Bu çalışmada, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran hastaların profilinin retrospektif incelenmesi amaçlandı.
2. Genç ve kadın hastaların daha fazla başvuruda bulunduğu görüldü. Bu bulgular, yaşlı ve erkek hastaların sağlık hizmetlerine erişiminde belirli zorluklar olduğunu göstermekte, sağlık hizmetlerinin daha kapsayıcı ve eşitlikçi hale getirilmesi gerekliliğini vurgulamaktadır. Bu zorlukların belirlenmesi ve çözümü için kök neden analizine yönelik araştırmalar yapılabilir.
3. Hastaların çoğunluğunun hastalık nedeniyle muayene talebiyle başvurduğu ve en sık şikâyetlerinin ağrı, halsizlik, öksürük ve ateş olduğu belirlendi. Bu durum, sağlık hizmetlerinin koruyucu sağlıktan çok tedavi edici sağlık talebinin olduğunu göstermekte, sağlık politikalarında koruyucu sağlık hizmetlerini teşvik etmenin ve sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinin önemini göstermektedir.
4. Tanılar arasında en sık "Başka yerde sınıflandırılmamış diğer yumuşak doku hastalıkları"nın konulması, hastalık tanı süreçlerinin gözden geçirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.
5. Düşük randevu oranları, verilen danışmanlık hizmetinin azlığı ve yüksek tetkik istemi talebi sağlık kaynaklarının rasyonel kullanılmadığını, birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha adil, etkin ve verimli kullanılmasını teşvik edecek politika ve uygulamaların eksikliğini göstermektedir.

7. KAYNAKÇA

1. Aile Hekiminin Tanımı [İnternet]. [a.yer 18 Nisan 2024]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/aile-hekimi-tanimi.html>
2. Özdemir M. Aile Hekimliğinin Toplumsal Hizmet Kapsamı ve Ağı [İnternet]. [a.yer 28 Nisan 2024]; Erişim adresi: https://www.researchgate.net/profile/Mikail-Oezdemir/publication/343968342_Aile_Hekimliginin_Toplumsal_Hizmet_Kapsami_ve_Agi/links/5f4a5a9a92851c6cfd9aef3/Aile-Hekimliginin-Toplumsal-Hizmet-Kapsami-ve-Agi.pdf
3. Dişçigil G, Ayan FS. Approach to early stage dementia patients and their families. Turkish Journal of Family Practice. 2019;23(3):128-35.
4. Deniz Safak E. The Family Physician of the Future in Management of Chronic Diseases. Eurasian Journal of Family Medicine. 30 Eylül 2020;9(3):117-22.
5. Kaya ÇA, Çelik Ö. Epilepsi ve Aile Hekimliği. The Journal of Turkish Family Physician. 2023;14(2):64-81.
6. Uzdil E. Hekim ve hekim adaylarının profesyonellik, mesleki değer algısı, umutsuzluk düzeyleri ile aralarındaki ilişkinin araştırılması [İnternet]. 2021 [a.yer 20 Nisan 2024]; Erişim adresi: <https://acikerisim.erbakan.edu.tr/items/5331cf97-bc5f-48b8-bd8c-cd1b23917862>
7. Büyükokudan U, Kadriye A. dördüncül koruma ve aşırı medikalizasyon. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2023;17(4):572-81.
8. Dikici M, Kartal M, Alptekin S, Cubukcu M, Ayanoğlu AS, Yariş F. Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi [İnternet]. 2007 [a.yer 20 Nisan 2024]; Erişim adresi: <https://www.semanticscholar.org/paper/Aile-Hekimli%C4%9Finde-Kavramlar%2C-G%C3%B6rev-Tan%C4%B1m%C4%B1-ve-Dikici-Kartal/cfd5d3d27310e120aa3d6d8da29e2e5bbd616e44>

9. Mevzuat Bilgi Sistemi [İnternet]. 2013. [a.yer 20 Nisan 2024]; Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17051&MevzuatTur=7&MevzuatTer tip=5>
10. McWhinney IR. A Textbook of Family Medicine. Oxford University Press; 1997. 468 s.
11. Europe W. The European definition of general practice/family medicine. Barcelona: WONCA Europe [İnternet]. 2002. [a.yer 28 Nisan 2024]; Erişim adresi: <http://www.aile.net/sunum/dersnot/fame/module1/pres1/pres1europeandef.pdf>
12. Party LW. The general practitioner in Europe: A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice. Leeuwenhorst, the Netherlands. 1974.
13. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definition of general practice/family medicine (short version). European Academy of Teachers in General Practice (Network organisation within WONCA Region Europe). 2005.
14. Görev ve Yetkiler [İnternet]. [a.yer 20 Nisan 2024]. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR-11464/gorev-ve-yetkiler.html>
15. Etçioğlu E, Aydın A, Ekerbiçer H, Feride Ö, Aydın Mr, Elif K, vd. Aile Hekimlerinin Çalışma Şartlarının Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Araştırma. Sakarya Tıp Dergisi. 2021;11(4):757-64.
16. Ünlüoğlu İ. Aile Hekimliği Disiplininde Örgütlülük ve Kazanımlar. Ülkemizde Aile Hekimliğinin Sağlığın Geliştirilmesine Katkısı. Türkiye Klinikleri, 2020. s.20-4
17. Özçelik E. İngiltere’de Sağlık Sistemi. Sciences. 2022;6(28):1152-84.
18. Göktaş O. The Göktaş definition of family medicine/general practice. Atencion primaria. 2022;54(10):102468.
19. Pisco L, Pinto LF. From Alma-Ata to Astana: the path of primary health care in Portugal, 1978-2018 and the genesis of family medicine. Ciência & Saúde Coletiva. 2020;25(4):1197-204.
20. Kaya MV, Orhan M, Sayar B. Aile hekimliği uygulamasının tercih edilmeme sebepleri: Şanlıurfa ili örneği. Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2020;9(2):412-9.

21. Erdem Ö, Yosunkaya A, Erdem A. Türkiye’de Otuzuncu Yılında Aile Hekimliği Anabilim Dalları ve Akademik Kadroların Nicel İncelenmesi. Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care. 2023;17(3):436-43.
22. Gürsoy E, Yağız M. Evaluation of Quality of Paper Reporting Online and Face-to-Face Family Medicine Congresses: A Cross-Sectional Study. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2023;17(3):451-8.
23. Altındağ Ö, Yıldız A. Türkiye’de sağlık politikalarının dönüşümü. Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi. 2020;10(1):157-84.
24. Korucu KS, Söylemez ŞÇ, Oksay A. Biyopsikososyal yaklaşım ve gelişim süreci. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi. 2021;12(30):689-700.
25. Hüseyin Ü, Erhan K, Erdoğan A. Aile Hekimlerinin Covid-19 Pandemi Döneminde Kişisel Koruyucu Önlem Alma Davranışları. Sakarya Tıp Dergisi. 2021;11(2):221-30.
26. Güzel EÇ, Gülşen HB. Aile Sağlığı Merkezinde tanı konan Tip 1 Diyabetes Mellitus vakası. The Journal of Turkish Family Physician. 28 Mart 2023;14(1):42-8.
27. Arslan M. Aile Hekimliğinde Danışmanlık Hizmetleri [İnternet]. Nisan 2016. [a.yer 22 Nisan 2024]; Erişim Adresi: https://www.Researchgate.Net/Profile/Mehmet-Arslan-26/Publication/357702614_Aile_Hekimliginde_Danismanlik_Hizmetleri/Links/61dc189f323a2268f9946537/Aile-Hekimliginde-Danismanlik-Hizmetleri.Pdf
28. Akaydın H, Baltacı A. Aile Hekimliği Hizmetlerinde Hekim-Hasta İletişiminin Hizmeti Tavsiye Etme Niyetine Etkisi. Turkish Journal Of Marketing. 2022;7(4):162-86.
29. Mergen BE, Öngel K, Tatar S. Aile Hekimliği Polikliniğinde Akut Miyeloid Lösemi Tanısı Koyulan Bir Olgu. The Journal Of Turkish Family Physician. 2019;10(2):109-12.
30. Alper Z. Biyopsikososyal Yaklaşım Konusunda Eğitim Alan Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Hasta Hekim Yönelimi ve Empati Düzeylerinin Değerlendirilmesi [İnternet]. 2021 [A.Yer 28 Nisan 2024]; Erişim Adresi: <https://Acikerisim.Uludag.Edu.Tr/İtems/405e7490-B6c0-4c6e-8b51-8effbf9d2642>
31. Korucu KS, Şenol O. Hasta Odaklı Bir Yaklaşım: Biyopsikososyal Model Üzerine Kavramsal Bir İnceleme. 4. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresi, 20-23 Haziran. Assoc Prof Dr Sedat Bostan Prof Dr Haydar Sur. İstanbul 2019. s.142-5.

32. Büyükdereli Atadağ Y. Aile Hekimliği Pratiğinde Adolesan Dönemi Koruyucu Hekimlik Uygulamaları. Sağlık Bilimlerinde Yenilikçi Çalışmalar. Eylül 2023. s. 825-34.
33. Ersoy E, Saatçı E. Periodic health examinations: An overview. Turkish Journal of Family Practice. 2017;21(2):82-9.
34. Maç ÇE, Öztürk GZ, Aksu SB, Demirbaş B, Toprak D. Geriatrik bireylerin periyodik sağlık muayenesi hakkında bilgi, tutum ve davranışları. Ankara Medical Journal. 2019;19(1):1-9.
35. Gamsızkan Z, Kaya A. Hastaların Periyodik Sağlık Muayenesi Hakkındaki Farkındalıkları ve Kullanım Durumları-Düzce İli Örneği. Med J West Black Sea. 29 Mayıs 2021;5(2):281-6.
36. Şekerci YG, Karaca Z. Birinci Basamakta Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Periyodik Sağlık Muayenesi Yaptırma Durumları. STED. 07 Eylül 2021;30(4):227-37.
37. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayenesi ve Tarama Testleri [İnternet]. Ankara; 2015. [a.yer 23 Nisan 2024]; Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Kitaplar/Periyodik_Muayene_Rehberi.pdf
38. Üstü Y, Uğurlu M. Examples of Periodical Health Examinations. Ankara Med J. 20 Aralık 2017;17(4):284-92.
39. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 [İnternet]. Ankara; 2024. [a.yer 25 Nisan 2024]; Erişim adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/48054/0/siy202205042024pdf.pdf>
40. Oktay G, Tetikçok R, Çeltek NY, Ünlü U. Aile Hekimliği Hasta Profiline Retrospektif Bir Bakış An Overview to Patient Profile of Family Medicine. Smyrna Tıp Dergisi. 2016;2(1):7-12.
41. Olgun Z, Kutlu R. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Bireylerin Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care. 20 Mart 2022;16(1):196-205.

42. Yılmaz M, Mayda A, Yüksel C, Bolu F, Seval O, Bayındır K, vd. Bir Aile Hekimliği Merkezi'ne Başvuran Hastalara Konulan Tanılar. J DU Health Sci Inst. 02 Nisan 2013;2(3):7-13.
43. Erbir K. Bir Üniversite Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Hastalar Hangi Tanılarla Başvuruyor? Hasta Profiline Retrospektif Değerlendirilmesi- ProQuest [İnternet]. [Bursa]: Bursa Uludağ University (Turkey); 2022. [a.yer 26 Nisan 2024]; Erişim adresi: <https://www.proquest.com/openview/7d9db9632298938a96f1a0bc50d350ba/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>
44. Çakmak S. Assessment of Related Diagnosis, Patient Profile and Number of Patient Who Applied to a Family Practice in a Year in Istanbul. OTJHS. 31 Mart 2020;5(1):136-46.
45. Kucukerdem HS, Arslan M, Koc EM, Can H. Retrospective Evaluation of Family Medicine Outpatient Clinic Profile at a Tertiary Hospital in İzmir. JAREM. 18 Aralık 2017;7(3):112-6.
46. Maç ÇE, Öztürk GZ. The Comparison of Patient Records Admitted to the Family Medicine Polyclinics of an Education and Research Hospital and an Educational Family Medicine Center. Ankara Medical Journal [İnternet]. 30 Mart 2018. [a.yer 27 Nisan 2024]; Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.17098/amj.408959>.
47. Khatami F, Shariati M, Abbasi Z, Muka T, Khedmat L, Saleh N. Health complaints in individual visiting primary health care: population-based national electronic health records of Iran. BMC Health Serv Res. 14 Nisan 2022;22(1):502.
48. Yıldız A, Şahin T. Aile Hekimliği Uygulamasının Birey Perspektifinden Değerlendirilmesi: Bitlis İlinde Bir Araştırma. Karya Journal Of Health Science. 31 Aralık 2022;3(3):290-6.
49. Fidancı İ, Eren Ş, Arslan İ, Tekin O. Aile Hekimliği Poliklinik Hastalarının Son 3 Yıl Retrospektif Değerlendirilmesi. Konuralp Tıp Dergisi. 23 Aralık 2016;151-7.
50. Türker Y, Hakan L, Baltacı D, Dikici B, Kara İH. Düzce İl Merkezi'ndeki Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hastaların Demografik verileri ile Başvurudaki Semptomlarının İncelenmesi: Preliminer Çalışma. Duzce Med J. 01 Aralık 2015;17(3):115-9.

51. Çakıt MO, Arslan İ. Evaluation Of Patients Aged Over 65 Years Who Applied To Ankara Training And Research Hospital Family Medicine Outpatient Clinics: Comparison Before and After Covid-19 Pandemic. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi. 30 Eylül 2023;56(2):99-102.
52. Özdemir K. Ankara İl Merkezinde Çalışan Aile Hekimleri ve Aile Hekimliği Uzmanlarının Koymuş Oldukları Tanılar (Tez No: 448776). [Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi]. 2016.
53. Üstün S, Cezlan EÇ. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti: İstanbul İlinde Bir Araştırma. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 23 Eylül 2021;10(3):353-64.
54. Ataş Ö, Karabey S, Hayran O. Aile Hekimlerinin Yazdığı Reçetelerdeki Semptom Tanılarının İncelenmesi. İçinde: 3International 21National Public Health Congress [Internet]. 2019 [a.yer 28 Nisan 2024]. Erişim Adresi: <https://2019.Uhsk.Org/Ocs236/Index.Php/UHsk21/UHsk/Paper/View/688>.
55. Alibekiroğlu F, İnci H, Korkut B, Adahan D. Socio-Demographic And Clinical Characteristics Of Patients Admitted To A Pandemic Hospital Family Medicine Outpatient Clinic During The Covid-19 Pandemic. Unika Sağlık Bilimleri Dergisi. 09 Eylül 2023;3(2):460-70.
56. Gülseren O, Kuyucu YE. Pandemi Üçüncü Basamak Aile Hekimliği Poliklinik Başvurularını Nasıl Etkiledi?. Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care. 20 Haziran 2023;17(2):233-40.
57. Karabiber C, Savaş N. Birinci Basamak Merkez Laboratuvarı Hb1c Verilerine Göre Hatay'da Glisemik Kontrol Durumu ve İlişkili Faktörler. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi. 01 Nisan 2022;20(1):26-36.
58. Daharlı EK, Yılmaz S. Erzurum Verem Savaş Dispanserinde 2012-2018 Yılları Arasında Takip Edilen Tüberküloz Olgularının Değerlendirilmesi. TJPH. 23 Temmuz 2021;19(2):106-15.
59. Özdemir M. Osmaniye İli Verem Savaş Dispanserliğine Başvuran Hastaların Retrospektif Değerlendirilmesi. TJFMPC. 20 Ocak 2020;14(2):252-8.

60. Kan N. Hasta Memnuniyetinin Etkileyen Faktörler (Alanya’da Yaşayan Yabancı Uyruklu Hastalar Örneği) (Tez No: 371293). [Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi]. 2014.
61. Saraçoğlu E, Yavuz E, Avcı İA. Samsun’da Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne Başvuran Göçmenlerin Sağlık Kayıtlarının İncelenmesi. TJFMPC. 23 Aralık 2022;16(4):650-9.
62. Türkiye’deki Suriyeli Sayısı Aralık 2023 – Mülteciler ve Sığınmacılar Yardımlaşma ve Dayanışma Derneği [İnternet]. [a.yer 29 Nisan 2024]; Erişim Adresi: <https://multeciler.org.tr/turkiyedeki-suriyeli-sayisi-aralik-2023/>
63. Nüfus İstatistikleri Portalı [İnternet]. [a.yer 29 Nisan 2024]; Erişim Adresi: <https://nip.tuik.gov.tr/?value=yabancinufusbuyuklugu>.
64. Karadağ NS. Aile Sağlığı Merkezine Başvuran 18-65 Yaş Arası Bireylerin Gıda Takviyesi Alım Davranışları ve İlişkili Etmenlerin Değerlendirilmesi [İnternet] [Doctoralthesis]. İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2020 [a.yer 29 Nisan 2024]. Erişim Adresi: <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/281622>
65. Sosyal Güvenlik Kurumuna İlişkin Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun, 5502 (2006). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/02/20220219-4.html>
66. Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. On Birinci Kalkınma Planı 2019-2023. Temmuz, 2019.
67. Öztürk GZ, Eğici MT, Balkozak T, Gökseven Y. Üniversite Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğinde Hasta Memnuniyeti ile İlişkili Faktörler. The Journal Of Turkish Family Physician. 25 Eylül 2021;12(3):115-24.
68. Sarıyıldız A Yunus, Paşaoğlu MT, Yılmaz ME. Türkiye, Çin, ABD, Fransa Sağlık Sistemleri ve COVID-19 Politikaları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 28 Haziran 2021;10(2):314-27.
69. Ataseven F, Tepe A, Tekin S, Işık A, Yücel D. Türkiye Sağlık Raporu 2023. 2023.
70. Ergin A, Erken RR. Smoking behaviors of mothers during pregnancy and postpartum in a semirural area. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 25 Mart 2020;24(1):23-31.

71. Bozkurt N, Bozkurt Aİ, Erdoğan A. Sigara Bırakma/Bıraktırmada En Önemli Sorun Ne?. Akdeniz Tıp Dergisi. 30 Eylül 2020;6(3):430-8
72. Ütük YA. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Kişilerde Hasta Memnuniyet Düzeyi [İnternet] [Doctoralthesis]. Tıp Fakültesi; 2020 [a.yer 29 Nisan 2024]; Erişim Adresi: <https://Acikbilim.Yok.Gov.Tr/Handle/20.500.12812/41669>.
73. Fidancı İ. Evaluation Of The Number And Reasons Of Applying To The Family Medicine Outpatient Clinic Of The Geriatric Age Group: Retrospective 5 Years. The Journal Of Turkish Family Physician. 15 Haziran 2020;11(2):49-55.
74. Bayram D, Vızdıklar C, Aydın V, İşli F, Akıcı A. Birinci Basamakta Reçeteleme Trendi ve Sık Karşılaşılan Tanılara Ait Reçetelerin İncelenmesi: Türkiye Verisi. Cukurova Med J. 30 Haziran 2020;45(2):695-708.
75. Kohpeima Jahromi V, Dehnavieh R, Mehrolhasani MH. Evaluation Of Urban Family Physician Program İn Iran Using Primary Care Evaluation Tool. Iranian Journal Of Epidemiology. 10 Mart 2018;13(0):134-44.
76. Liddy C, Moroz I, Affleck E, Boulay E, Cook S, Crowe L, Vd. How Long Are Canadians Waiting To Access Specialty Care?: Retrospective Study From A Primary Care Perspective. Canadian Family Physician. 01 Haziran 2020;66(6):434-44.
77. Rebolho RC, Poli Neto P, Pedebôs LA, Garcia LP, Vidor AC. Do Family Doctors Refer Less? Impact Of FCM Training On The Rate Of PHC Referrals. Ciênc Saúde Coletiva. 19 Nisan 2021; 26:1265-74.
78. Porter M, Malaty J, Michaudet C, Blanc P, Shuster JJ, Carek PJ. Outpatient Referral Rates İn Family Medicine. The American Journal of Accountable Care. Mart 2018;6(1):25-8
79. Ayadi HE, Desai A, Jones RE, Mercado E, Williams M, Rooks B, Vd. Referral Rates Vary Widely Between Family Medicine Practices. J Am Board Fam Med. 01 Kasım 2021;34(6):1183-8.
80. Gwynne M, Page C, Reid A, Donahue K, Newton W. What's The Right Referral Rate? Specialty Referral Patterns And Curricula Across I3 Collaborative Primary Care Residencies. Family Medicine. 2017;49(2):91-96.

81. Scaioli G, Schäfer WLA, Boerma WGW, Spreeuwenberg PMM, Schellevis FG, Groenewegen PP. Communication between general practitioners and medical specialists in the referral process: a cross-sectional survey in 34 countries. *BMC Fam Pract.* 17 Mart 2020;21(1):54.

