



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
HASEKİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**AİLE HEKİMİ ASİSTANLARININ ÇEKİRDEK EĞİTİM MÜFREDATI  
DIŞINDA KALAN KULAK, BURUN, BOĞAZ VE GÖZ HASTALIKLARI  
DİSİPLİNLERİ HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE GÖRÜŞLERİ**

**Dr. Ali ÇOLAK**

**(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

**İSTANBUL, 2024**





**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  
**HASEKİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**AİLE HEKİMİ ASİSTANLARININ ÇEKİRDEK EĞİTİM MÜFREDATI  
DIşINDA KALAN KULAK, BURUN, BOĞAZ VE GÖZ HASTALIKLARI  
DİSİPLİNLERİ HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE GÖRÜşLERİ**

**Dr. Ali ÇOLAK**

**Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mustafa Reşat DABAK**

**(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

**İSTANBUL, 2024**

## TEŞEKKÜR

Tez danıőmanım Prof. Dr. Mustafa Reőat DABAK' a,

Asistanlığım süresince ve tez çalıőmam sırasında bana yol gösteren saygıdeğer Uzm. Dr. Halit ÖZDEMİR' e, Uzm. Dr. Muhammed Dıhye AVCI' ya, Uzm. Dr. Burak ağrı KENDİR' e, Uzm. Dr. Sündüs GÖRÜKMEZ' e, Uzm. Dr. Ceyhun Dikmen BATMAZ' a,

Destekleriyle her zaman yanımda olan, baőta annem Nazlıhan 'a ve babam Bedi 'ye,

En büyük motivasyon kaynağı ablalarım Seren'e, Duygu'ya ve Demet 'e ve ailelerine, abim őaban 'a

Asistanlık dönemini geride kalmasını sağlayan tüm doktor uzman ve asistan doktorlara,

Eğitim sürecinde yardımcı olan uzmanlarımıza ve profesörlerimize

Kalben iyi dileklerimi sunarım...

Dr. Ali ÇOLAK

İstanbul, 2024

# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	i
İÇİNDEKİLER .....	ii
KISALTMALAR .....	iv
TABLO LİSTESİ .....	vi
ŞEKİL LİSTESİ.....	viii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT .....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	2
2.1. KULAK, BURUN, BOĞAZ HASTALIKLARI .....	2
2.1.1. Efüzyonlu otitis media (EOM).....	2
2.1.2. Tinnitus.....	3
2.1.3. Tıkayıcı uyku apnesi (OSAS) .....	3
2.1.4. Allerjik rinit.....	3
2.1.5. Disfoni .....	4
2.1.6. Palyatif serviste (PS) aile hekimliği asistan doktorunun trakeostomi sonrasında hasta yönetimini yapabilmesi .....	5
2.1.7. Ani işitme kaybı .....	5
2.1.8. Kulak, burun ve boğaz hastalıkları disiplini.....	6
2.1.9. Aile hekimliği asistanlarının kulak burun boğaz disiplini için bilmesi halinde yararlı olan muayene yöntemleri .....	6
2.2. GÖZ HASTALIKLARI.....	7
2.2.1. Ehliyet edinirken yapılan göz muayenesi.....	8

2.2.2. Wilson hastalığı.....	8
2.2.3. Konjenital glokom.....	8
2.2.4. Dev hücreli arterit.....	8
2.2.5. Topikal steroidler .....	8
2.2.6. Demodex ilişkili blefarit.....	9
2.2.7. Kırmızı refle testi .....	9
2.2.8. Blefarospazm.....	9
2.2.9. Ulusal görme taraması yenidoğan-3 ay arası bebeklerde sevk kriterleri ..	9
2.2.10. 1.Basamakta Tip 1 ve 2 diabette gelişebilecek retinopati öncesi yapılan göz muayenesi .....	10
2.2.11. Göz hastalıklarında dikkatli olması gereken bilgiler.....	10
2.2.12. Kırmızı göz şikayeti olan hasta yaklaşım algoritma çıkarımı .....	11
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>12</b>
3.1. ÇALIŞMAYA DAHİL OLMA KRİTERLERİ.....	12
3.2. ÇALIŞMAYA HARİÇ TUTMA KRİTERLERİ .....	13
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>14</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>37</b>
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>	<b>43</b>
<b>7. KAYNAKLAR.....</b>	<b>44</b>

## KISALTMALAR

- A** : Acil halini seçerek acil tedavisini yapabilmeli, lüzum halinde branş doktoruna yollamalı.
- AHU** : Aile hekimi uzmanı
- ASM** : Aile sağlık merkezi
- BAEP** : Beyin sapı uyarılmış işitsel uyarılmış potansiyeller
- Cu** : Bakır
- EOM** : Efüzyonlu otitis media
- Fe** : Demir
- GK** : Görme Keskinliği
- INKS** : İntranazal kortikosteroid
- K** : Koruyucu hekimlik uygulamaları (sağlığı iyileştirme, riskten korunma, risk azaltma, erken teşhis, komplikasyon azaltma gibi tedbirlerden elverişli olanı/olanları) uygulayabilmeli
- KBB** : Kulak, burun, boğaz
- KCFT** : Karaciğer fonksiyon testleri
- KİBAS** : Kafa içi basınç artışı sendromu
- LFR** : Larengofarengeal reflü
- MS** : Multipl Skleroz
- OSAS** : Obstrüktif Uyku Apne Sendromu
- Ön T** : Ön tanı akıl ederek gerekli ön işlemleri yapıp uzmana yönlendirebilmeli.
- PS** : Palyatif servis

- ROP** : Prematür retinopatisi
- SAHU** : Sözleşmeli aile hekimi uzmanı
- SVO** : Serebrovasküler olay
- T** : Tanı koyabilmeli ve tedavi hakkında bilgi sahibi olmalı, lüzumlu ön çalışmalar ile uygun bölüm hekimine sevk edebilmeli.
- TİA** : Geçici iskemik atak
- TT** : Teşhis edebilmeli, sağaltım yapabilmeli
- TORCH** : Toksoplazmozis, Diğer Enfeksiyon Ajanları Kızamıkçık, Sitomegalovirüs, Herpes simpleks virüs
- ÜSYE** : Üst solunum yolu enfeksiyonu
- Zn** : Çinko

## TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 1:</b> Tıp fakültesi KBB stajlarında kazanılması gereken öğrenme çıktıları .....	2
<b>Tablo 2.</b> Tıp fakültesi göz stajlarında kazanılması gereken öğrenme çıktıları .....	7
<b>Tablo 3.</b> Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.....	14
<b>Tablo 4.</b> Katılımcıların KBB ve göz disiplinleri ile ilgili düşünceleri .....	14
<b>Tablo 5.</b> Katılımcıların asistanlık yılına göre EOM tanılı çocukların yakınlarını bilgilendirme durumları .....	15
<b>Tablo 6.</b> Katılımcıların asistanlık yılına göre tinnitus şikayetinde tetkik istem oranları.....	16
<b>Tablo 7.</b> Katılımcıların asistanlık yılına göre trakeostomi yönetebilme istatistikleri.....	17
<b>Tablo 8.</b> Katılımcıların asistanlık yılına göre submandibular abse tanıyabilme ve OSAS tanılı gebelerin komplikasyonlarını yönetebilme istatistikleri .....	18
<b>Tablo 9.</b> Katılımcıların asistanlık yılına göre alerjik rinitte tedavi ajanı tercih istatistikleri.	19
<b>Tablo 10.</b> Katılımcıların asistanlık yılına göre ses kısıklığı KBB sevk durum ve trismus belirtisine yaklaşım bilgi düzeyi istatistikleri .....	20
<b>Tablo 11.</b> Katılımcıların asistanlık yılına göre KBB ile ilgili bilgi düzeyleri .....	22
<b>Tablo 12.</b> Katılımcıların asistanlık yılına KBB klinik problemlerini doğru teşhis edebilme istatistikleri.....	23
<b>Tablo 13.</b> Katılımcıların asistanlık yılına göre Modifiye Centor Kriter, ani işitme kaybı ve LFR hastasının yönetimi istatistikleri .....	24
<b>Tablo 14.</b> Katılımcıların asistanlık yılına göre KBB disiplini ile ilgili düşünceleri.....	25
<b>Tablo 15.</b> Katılımcıların asistanlık yılına göre göz disiplini hakkında bilgi düzeyleri .....	26
<b>Tablo 16.</b> Katılımcıların asistanlık yılına göre topikal steroid kullanma becerisi, Wilson hastalığında tetkik isteme ve konjenital glokomu doğru tanıyabilme istatistikleri .....	28
<b>Tablo 17.</b> Katılımcıların asistanlık yılına göre yenidoğan-3 aylık bebeklerdeki göz patolojileri göz hastalıkları uzmanı sevk istatistikleri.....	29

<b>Tablo 18.</b> Katılımcıların asistanlık yılına göre ehliyet için göz muayenesinde farkındalık ve demodex ilişkili blefarit tedavi ajan seçim istatistikleri.....	30
<b>Tablo 19.</b> Katılımcıların asistanlık yılına göre göz hastalıkları klinik problemleri doğru teşhis edebilme istatistikleri .....	31
<b>Tablo 20.</b> Katılımcıların asistanlık yılına göre göz patolojisinin göz uzmanına sevk istatistikleri.....	32
<b>Tablo 21.</b> Katılımcıların asistanlık yılına göre kırmızı gözde eşlik eden şikayetlerinde patoloji düşündürme ve blefarospazm hastalarının toksin tedavisi sonrası gelişen yan etkilere yaklaşım istatistikleri .....	33
<b>Tablo 22.</b> Katılımcıların asistanlık yılına göre göz disiplini ile ilgili düşünceleri istatistikleri.....	34
<b>Tablo 23.</b> Katılımcıların AHU VE SAHU durumlarına göre göz ve KBB disiplini ile ilgili düşünceleri .....	35

## ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Birinci basamak prensip çizelgesi .....	1
Şekil 2. Allerjik rinit tedavi yaklaşımı.....	4
Şekil 3. 0-90 gün aralığında göz muayenesi algoritması .....	10



## ÖZET

**Giriş:** Çalışmamızda aile hekimliği kliniği asistanlarının KBB ve göz disiplinleri konusunda bilgi, tutum ve görüşleri değerlendirilmiştir.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışmaya Sağlık Bilimleri Üniversitesi'ne bağlı İstanbul ili eğitim ve araştırma hastanelerinde uzmanlık eğitimi alan tam zamanlı ve sözleşmeli 174 aile hekimliği asistanı katılmıştır. Araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu ile kulak, burun, boğaz (KBB) ve göz hastalıkları disiplini hakkındaki bilgi, tutum ve görüşleri değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Katılımcıların yarısından fazlası göz ve kulak, burun, boğaz disiplinleri konusunda kendilerini zorunlu rotasyon olmamaları ve pratik uygulama yapma imkanı sağlanamaması nedeniyle yeterli bulmamaktaydı. Katılımcıların kulak, burun, boğaz ve göz disiplinleri hakkında likert ölçeğiyle yapılan anket kısmında en yüksek yeterlilik puanı alan 'göz hastalıklarından göze yabancı cisim kaçması, kimyasal yanıkta acil durumunu tanımlayarak ilk tedavisini yapabilmek, gerektiğinde uzmana yönlendirebilmek' ve 'allerjik rinit tanılı hastayı montelukast ihtiyacı açısından allerji ve immünoloji, KBB veya göğüs hastalıkları uzmanına sevk edebilmek' maddeleriydi.

**Sonuç:** Çalışmanın sonucunda asistan hekimlerin asistanlık yılıyla ilişkili kulak, burun, boğaz ve göz hastalıkları disiplininde yeterli oldukları veya eksik olduklarını düşündükleri konular ortaya çıkarılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Aile Hekimliği, kulak, burun, boğaz, göz, bilgi düzeyleri

## ABSTRACT

**Introduction:** In this study, the knowledge, attitudes, and opinions of family medicine clinic assistants regarding ENT (Ear, Nose, Throat) and ophthalmology disciplines were evaluated.

**Materials and Methods:** A total of 174 full-time and contracted family medicine assistants undergoing specialization training in Istanbul affiliated with the Health Sciences University participated in this study. A questionnaire prepared by the researchers was used to assess the knowledge, attitudes, and opinions regarding ear, nose, throat, and eye diseases disciplines.

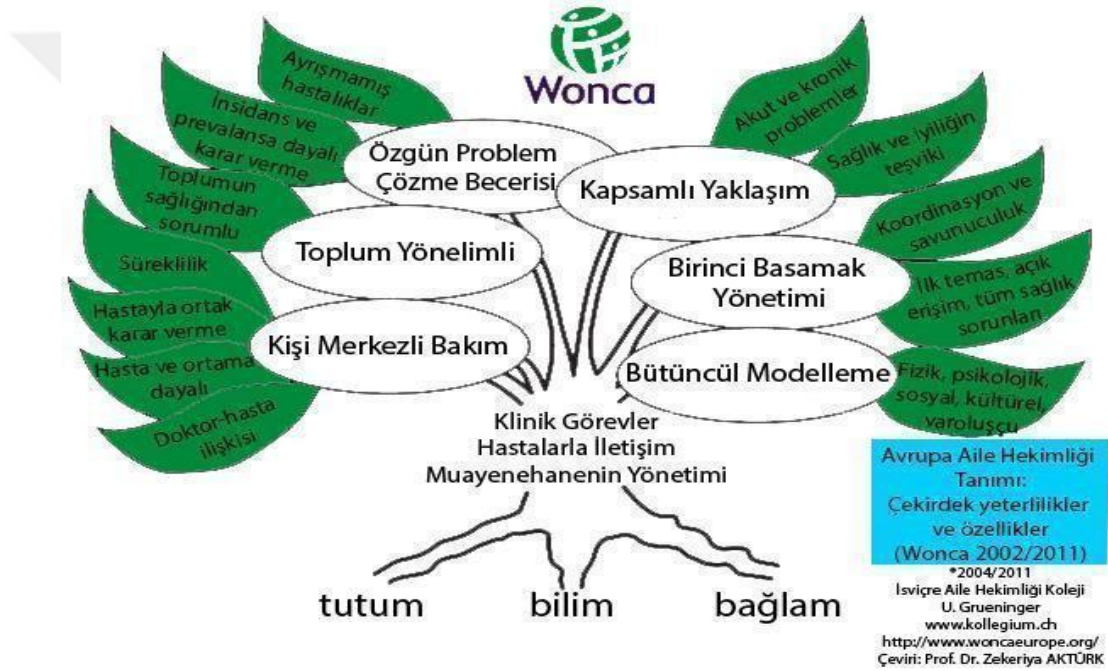
**Results:** More than half of the participants considered themselves inadequate in ENT and ophthalmology disciplines due to the lack of mandatory rotations and limited opportunities for practical application. In the questionnaire section evaluating the ear, nose, throat, and eye disciplines, the highest proficiency score was obtained for the ability to recognize and provide initial treatment for emergency situations such as foreign body entry into the eye or chemical burns, as well as the ability to refer patients with allergic rhinitis diagnosis to relevant specialists when necessary.

**Conclusion:** The study revealed areas where assistant physicians feel adequate or inadequate in ENT and ophthalmology disciplines associated with their years of assistantship in family medicine.

**Keywords:** Family medicine, ear, nose, throat and eye knowledge level, opinion, attitude

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aile hekimi uzmanlık öğrencileri için kulak burun boğaz ve göz hastalıkları klinik disiplini ile ilgili neşredilmiş yazılı kaynaklardaki tıbbi inceleme ve ele alış biçimlerinin yalnız olarak özümsemesi uzmanlık açısından yeterli ölçüde olmayıp örnek alınacak hekimle de ilişkilidir ve aile sağlık merkezi (ASM) de rutin pratikte asistanların bu yeteneklere sahip olması zaruridir. Şu gaye ile; aile hekimliği sıkı düzeninin özünde bu branşların bütün benzerlerini içine alan inceleme ve ele alış kurallarını içeren planlı etkili dizelerinin gelişmesine yol açılmalıdır (1).



Şekil 1. Birinci basamak prensip çizelgesi (2)

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. KULAK, BURUN, BOĞAZ HASTALIKLARI

Aile hekimliği uzmanlığı eğitim programı içeriğinde kulak, burun, boğaz hastalıkları rotasyonu bulunmamaktadır. Tıp fakültesi eğitiminde verilen eğitim programları ile kazanılması hedeflenen yetkinlikler belirlenmiştir (Tablo 1). Ayrıca çeşitli makalelerden derlenen rutin pratikte kullanılan bilgiler aşağıda başlıklar halinde belirtilmiştir.

**Tablo 1:** Tıp fakültesi KBB stajlarında kazanılması gereken öğrenme çıktıları (3,4)

Program Yeterliliği	Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları
Ön T-K	Kafa ve Servikal kanserler,
Ön T	Kireçlenme ve Kriz, Epidemik parotit, Kronik otoimmün sialadenit, Tıkayıcı uyku apnesi, Geniz eti büyümesi, Baş içi enfeksiyonlar, Multipl skleroz, Denge sinirinin akut iltihabı, Kuşpalazı
TA	Yabancı objenin solunum yoluna kaçması-sokulması
TT	İyi huylu pozisyonel baş dönmesi, Orta kulak iltihabı
TTK	ÜSYE klinik Karakterleri, Hareket hastalığı
A	Gırtlakta tıkanıklık
T	Burun bölmesi(iç) eğriliği, Timpanik zarın yırtılması, Dış auris yolu enfeksiyonu, Yüz felci

#### 2.1.1. Efüzyonlu otitis media (EOM)

Amerikan çocuk hastalıkları, kulak -burun-boğaz ve aile hekimliği klinik uygulama kılavuzuna göre;

1-Sağaltımda, tüm vücutta etki gösteren antibiyotikler ve steroidler, histamin etkisini önleyen ve burun tıkanıklıklarını gideren ilaçlar yanında intranazal kortikosteroid (İNKs) uygulanmamasına dair öneri vermelidir.

2- 4 yaşından küçük bireylerin tedavisi için mutlak bir kullanım alanı olmadıkça, geniz eti alınması ameliyatı edilmemesi yönünde tavsiyelerde bulunmalıdır.

3-Gidişatı, izlem gereksinimi ve muhtemel hastalıktan kalan doku bozukluğu konusunda bilgilendirici söylemler yapmalı ve tıpla ilgili yazılı kaynak bulundurulmalıdır.

4-Bebeklerin Türkiye'de uygulanan yenidoğan işitme hastalıklarının önceden bilinmesi için muayeneye gitmesini önermeliyiz (5).

### **2.1.2. Tinnitus**

Aile hekimliği polikliniğinde kulakta ses uyarısı olmadan oluşan titreşim şikayeti mevcut kişinin laboratuvar değerlerini seçerken sedim, romatoid faktör, anti nükleer antikor, yağ serisi, kuşku halinde hızlı plazmin reagin testi, tiroit fonksiyon testleri, kan şekeri düzeyleri, demir(Fe),çinko(Zn), bakır(Cu), tam kan sayımı değerlendirilebilir (6).

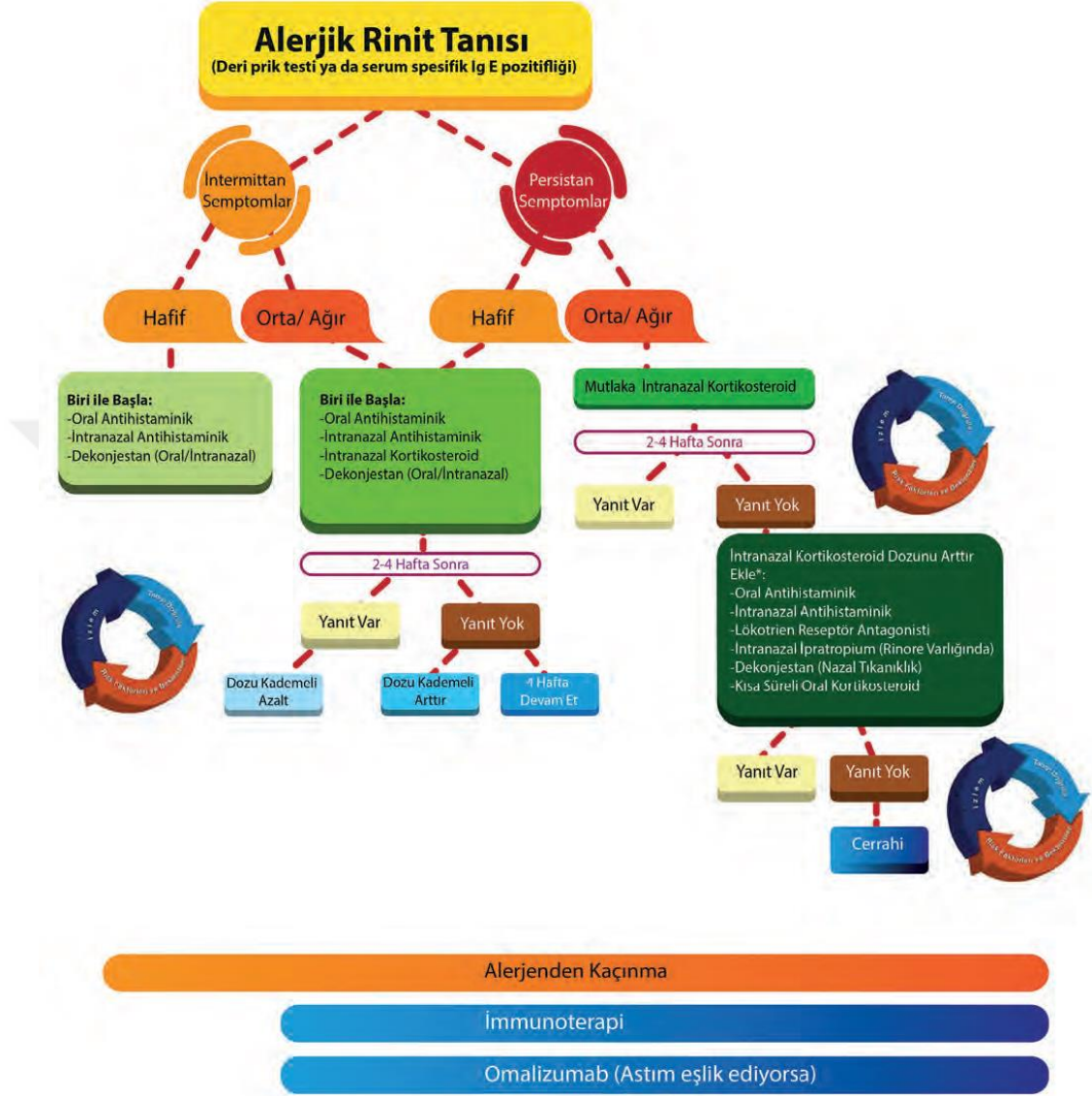
### **2.1.3. Tıkayıcı uyku apnesi (OSAS)**

Gebelikten doğuma kadar geçen sürede yapılan periyodik kontrollerde Berlin anketi veya Epworth ölçeği gibi sorarak bilgi toplama işleriyle 1.basamak sağlık kuruluşlarında OSAS şüphesi olan hamileler için şu tavsiyelerde bulunulur: Vücut kitle indeksi 33 üzerinde ise uyku testleri için göğüs hastalıkları veya kulak, burun, boğaz uzmanına gitmeli, açlık-tokluk kan şekeri kontrolü ve tansiyon takibi yaptırmalı.Bu rahatsızlığa yakalanmayı kolaylaştırıcı etkenler (burun eti büyümesi v.b) vardır, sağaltımı için kişiyi diyetisyen ve kulak-burun-boğaz hastalıkları uzmanına yönlendirilmelidir (7).

### **2.1.4. Allerjik rinit**

ARIA 2019 tedavi yaklaşımına göre şikayetler görsel analog skalaya göre değerlendirilmesiyle tanı konduktan sonra tedavide ilk sırada hastalığın birçok belirtisine doğrudan etkili çok güçlü olan buruna etkili kortikosteroidler, sonra 2.kuşak histamin serbestleşmesini önleyen maddeler, bu iki türün birlikte kullanımından yarar görmeyenlerde ise lökotrien ile ilgili enzim etkinliğini azaltan veya bu maddenin almasına karşıt etkin olan ilaç sağaltımı yapılabilir. Son Sağlık Uygulama Tebliği'ne göre (bu yazının yazımı itibariyle) montelukast tarzındakiler pratisyen aile hekimleri ve uzmanları tarafından İlaç Kullanım ve Muafiyet Raporu olmadan reçete

edilememektedir. Raporlama yetkisi ise kulak-burun-boğaz, dahiliye pediatri, alerji ve göğüs hastalıkları gibi uzmanlık dallarına verilmiş durumdadır (8,9).



Şekil 2. Alerjik rinit tedavi yaklaşımı (9)

### 2.1.5. Disfoni

Rahatsızlığı olan kişiyi; hikayesi dinlendikten sonra yutmanın güçlüğü ve ağrılı olması veya kulak ağrısı, sigara kullanma durumu, fizik muayenede ıslığa benzer solunum sesi, kanlı balgam, yakın geçmişte ateş, gece terlemesi, nedeni söylenemeyen kilo azalması eşlik etmesi durumunda kulak, burun ve boğaz hastalıkları bölümüne yönlendirmelidir (10).

### **2.1.6. Palyatif serviste (PS) aile hekimliği asistan doktorunun trakeostomi sonrasında hasta yönetimini yapabilmesi**

65 yaş üstünde çeşitli etkenlere bağlı olan ağır allerjik tepkime veya epiglotun hızlı başlayan iltihabı v.b durumlarla oluşan üst solunum yolu tıkanıklığı, gırtlacı tamamen ameliyatla alınmış, glaskow koma skalası puanı 5 ve nefes almanın durduğu hali olan, yüksek akımlı nazal oksijen alınması dahil olmak üzere ev tipi veya kendiliğinden oksijen destek makinesiyle 7-10 gündür soluk alan PS'nde trakeostomi gereklilik koşulu ile yatmaya uygun kişilerde hava yolunda üretilen salgının oluşturduğu tıkaç için derin trakeal aspirasyon ihtiyacı, yanlışlıkla trakeostomi kanülünün yerinden çıkmasının ardından yerleştirilmesinde yaşanan bilgisizlik, evde bakım için kendini noksan hissetme gibi oluşan problemlerin uzmanlık öğrencileri tarafından idare edilebilmesi için aile bireylerine ya da hizmetçilere kişiselleştirilmiş eğitim programlarının verilmesi iyi durum kalitesini artırmakta, komplikasyonları azaltmaktadır. Bu konuda ileri teknik ya da beceriye sahip hekimlerin yardımı ve rehabilitasyon eşgüdümü aracılığıyla bu hastaların plansız sağlık kuruluşu müracaatlarının sayısının düşmesini bekleyebiliriz (11,12).

### **2.1.7. Ani işitme kaybı**

Baş dönmesi, etkilenen kulakta; ağrı, basınç hissi, çınlama, gibi eşlik eden şikayetler görülebilir. Aile hekimliği asistanları bu belirtilerin başlangıcından itibaren 14 gün boyunca işitmenin ölçülmesini ve işitme fonksiyonlarının değerlendirilmesini sağlayan işitme testi(saf ses, timpanometri, timpanometri gibi), 8.sinir ve sonrasında meydana gelen lezyonların bozukluklarının tümünün ortaya konması için manyetik rezonans (MR) tetkiki, imkan dahilinde kulak -burun-boğaz uzmanı tarafından işitme sinirleri ve beyin sapındaki işitsel yolların fonksiyonlarını değerlendirmek için kullanılan test(BAEP) istemleri yapılması tavsiye edilir. Bu kişinin tıbbi değerlendirmesinde alışkanlık haline gelen kranial bilgisayarlı tomografik (BT) görüntülemesi, laboratuvar testlerinin istenmesi kuvvetle yapılmaması gerekir.

Aile hekimliği asistanları tarafından belirtilerin ilk iki haftasında etkin sağaltım olarak kortikosteroid verilebilirken virüs enfeksiyonlarına karşı kullanılan ilaç, pıhtının çözülmesini sağlayan madde, plazma genişleticiler veya damar açıcılar gibi medikasyonlar güçlü bir tavsiye gerektirmez (13).

### **2.1.8. Kulak, burun ve boğaz hastalıkları disiplini**

Çenede yer alan submandibular bölümünde biriken pü, sternocleidomastoid kası patolojisi olup yirmilik yaş ve ikinci büyük azı dişlerinin enfeksiyonları sonrası olağan şekilde gelişir (14).

Epiglottit teşhisinde yan servikal röntgen görüntülemesinde başparmak izi bulgusunun olması tanı koydurabilir. Tetkikte gırtlığın görülmemesi en özgün bulgudur (15).

Bademcik ve boğaz iltihabının viral-bakteriyel farkını gözetmek için modifiye centor skorunun sonucuna göre değerlendirme yapılır (16,17).

Palyatif serviste çiğneme kaslarının tonik olarak kasılması olan derin boyun enfeksiyonu tanılı hastanın tedavisi havayolu kontrolü, damar içine antibiyotik uygulamak, sebebe yönelik kulak-burun-boğaz ve çene cerrahisi uzmanı sevki gerektirebilir.

Aile sağlık çalışanlarının çok sık karşılaşılan solunum yollarının üstünü ilgilendiren boğaz reflüsü (LFR) kuşkusunda bu rahatsızlığı idare edebilmek için belirtileri yorumlarken reflü semptom indeksi ve reflü semptom skoruna bakmak gerekir. Muayene gereçleri yetersiz ise endoskopi ile bakma ve diğer teşhis yöntemleri için bir kulak-burun-boğaz bölümüne yönlendirmelidir (18).

Aile hekimliği polikliniğinde klinik problemlerden doğru teşhis edebilmemiz gereken diğer klinik problemler retrofarengeal abse, timpanoskleroz, sinüzit teşhisi için waters grafide hava-sıvı seviyesi, rinne testinde iletim tipi işitme kaybı, krup tanısı için boyun grafide kalem ucu görüntüsü, siyalolitiyazis olarak sayılabilir.

### **2.1.9. Aile hekimliği asistanlarının kulak burun boğaz disiplini için bilmesi halinde yararlı olan muayene yöntemleri**

Burun kanamasında ön burun tamponu yerleştirmek için gereken basamaklar bilinmeli izlemler sonucunda kanama durdurulduktan sonra tampon çekilmelidir.

Ani işitme kaybı ön teşhisi yapabilecek kadar diapazon testlerini (Rinne, Weber, Schwabach) değerlendirmelidir.

Duyuma yitimiyle ilgili dış ve kulak bozukluklar bütününi otoskop muayene bulguları ile bağlantısını kurabilmelidir.

Burun tıkanıklığı ve akıntısı ile gelen kişilerde tıbbi incelemeler yapabilmeli ve ön rinoskopi becerisini gerçekleştirmelidir (15).

Epiglottiten kuşkulandığınızda gırtlığa dokunulmayacağı bilinmelidir. Dinlemekle hava yolunda ısıklık duyulması durumunda kulak- burun-boğaz uzmanı tarafından acil müdahale gerekirken; enfeksiyon hastalıkları uzmanı ve çocuk hastalıkları uzmanına yönlendirmesi unutulmamalıdır (19).

LFR teşhisinde indirekt laringoskop aynasını kullanabilmelidir (18).

Dix Hallpike testi ve Epley Manevrası uygulayabilmelidir.

## 2.2. GÖZ HASTALIKLARI

Aile hekimliği uzmanlığı eğitim programı içeriğinde göz hastalıkları rotasyonu bulunmamaktadır. Tıp fakültesi eğitiminde verilen eğitim programları ile kazanılması hedeflenen yetkinlikler belirlenmiştir (Tablo 2). Ayrıca çeşitli makalelerden derlenen bilgiler aşağıda başlıklar halinde verilmiştir.

**Tablo 2.** Tıp fakültesi göz stajlarında kazanılması gereken öğrenme çıktıları (20,21)

Program Yeterliliği	Oküler Hastalıklar
ÖnT-K	ROP, TORCH
ÖnT	Tansiyonu ve Sinirinin iltihabı, Kalıtsal retina hastalığı, İpek yolu hastalığı, TİA, Şaşılık, Kornea dikleşmesi, Refraksiyon kusur çeşitleri: Hipermetrop, miyopi, vb. Katarakt
TT	Yabancı cisim kaçması ve Kimyasal yanık
TTK	Konjonktivit (yenidoğan, alerjik, bakteriyel, viral), Keratit
A	Örselenme, Enfeksiyöz keratit, KİBAS: akut svo (papil ödemi)
T	Tümörleri, Tiroid oftalmopati, Retina dekolmanı, Diyabetik retinopati

### **2.2.1. Ehliyet edinirken yapılan göz muayenesi**

Resmi gazetede araba kullanacak kişiler ve bu rapor sahiplerinde bulunacak iyilik hali koşullarının oküler tıbbi incelemesine ilişkin temelleri beşinci maddede belirtilir. Araç sürme resmi evrakı bu esaslara göre ikiye ayrılır. 2.gruptakiler ehliyet olur raporu için aile hekimliği polikliniğinde yapılan snellen eşeli neticesinde görme ortalama 0,7 olmalıdır ve 6 metre mesafeden uygulanmalıdır (22).

### **2.2.2. Wilson hastalığı**

Wilson hastalığı vücutta bakır (Cu) birikiminin komplikasyonlarıyla ilerleyen bir hastalıktır. Göz bulgusu olan kayser- fleischer halkası saptadığınız birinin 1.derece akrabalarında karaciğer fonksiyon testi (KCFT), serum bakır, seruloplazmin konsantrasyonu ve 24 saatlik idrarda Cu seviyelerini tespit ederek kesinlikle taranmalıdır (23).

### **2.2.3. Konjenital glokom**

1 aylıkken bir göz diğerinden daha büyükse ‘doğum anında görülen oküler tansiyon hastalığı ‘nı fark etmek için kesinlikle bedenin tümünün ağrıya duyarsız hale gelmesini sağlayan işlem altında tıbbi araştırma yapılmalıdır (24).

### **2.2.4. Dev hücreli arterit**

Elli yaş ve üstü bir kişide ani görme kaybı şikayeti mevcut ise dev hücreli arterit kuşkusuz hastalarda eritrosit sedimentasyon hızı ve C reaktif protein, tam kan sayımı teşhis tespit edebilmek için mutlak olduğu için istemi yapılmalıdır. Birinci basamakta yapılabilecek laboratuvar çalışmaları; böbrek fonksiyonun, açlık kan şekerinin, kanama riskinin değerlendirilmesini sağlayan tetkikler ve yağ testini içinde bulundurur (25).

### **2.2.5. Topikal steroidler**

Genel olarak etki gücü en düşük fakat tabloyu sağaltım ile düzeltecek preparatı seçmek uygundur. Özellikle uzun süreli hallerde iyileştirici en kuvvetli ilaç ile başlayıp, durum düzeldikçe tedrici olarak önce orta ,daha sonra az dereceliye geçilerek deri cevabına göre tedavi ayarlanmalıdır. Akut hastalıklarda ise deri düzelmeye başlayınca daha uzun süre steroid uygulanmamalıdır (26).

### **2.2.6. Demodex ilişkili blefarit**

Aile hekimliği polikliniğinde bu tanısı olan hastanın tedavisi ağızdan alınması gerekli ilaç miktarı 7 günde bir kez 200 mcg/kg ivermektin yinelenmesi veya 42 gün süresince; haftada 1 gözü kapağı deri kıvrımına sürülen çay ağacı yağı ve şampuanının yirmi dört saatlik döngülerle kullanılması ifade edilerek anlatılır. %1 Metronidazol/ permetrin + %2 üre 1 ay süreyle kullanımları diğer sağaltım seçenekleridir (27).

### **2.2.7. Kırmızı refle testi**

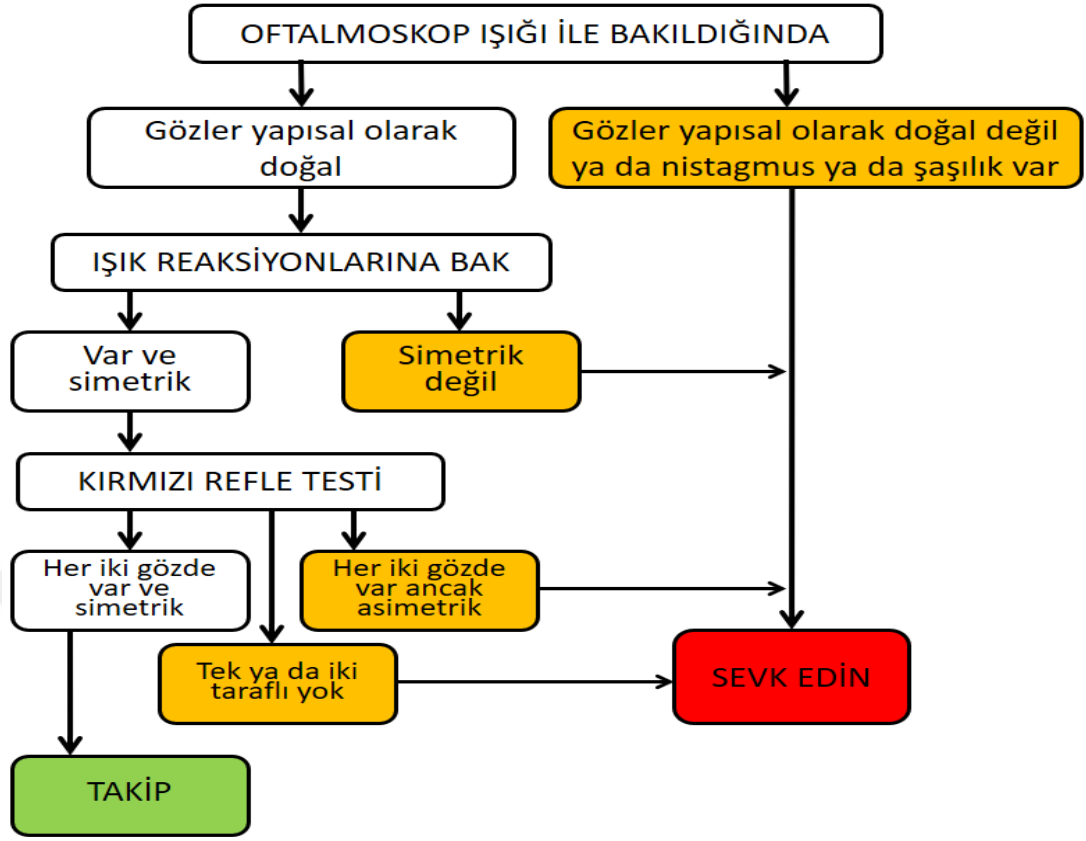
Aile sağlık merkezi polikliniğinde bebekte yapılan tarama sonucu rengin alınmaması, beyaz olması, karanlık noktalar içermesi; ilgili organda asimetri, pupilin alt-üst segmentlerinde ayrı ayrı hilal görüntüleri varlığında patolojik durumlarda değerlendirilmek üzere göz hastalıkları uzmanına sevkini gerektirir (28).

### **2.2.8. Blefarospazm**

Blefarospazm hastalarında bu tedavi sonrası gelişen yan etkilerinin tolere edilebilmesi için 3 aylık aralarla intramüsküler uygulamasının yapılmasını, sternokleidomastoid kasına enjeksiyon olmamasını, EMG kılavuzluğunda ağı verilmesi işlemini önerirken; bu organdaki olumsuz ilaç olayları endike durum oluşturduğu için bir oftalmoloğa yönlendirmeliyiz (29)

### **2.2.9. Ulusal görme taraması yenidoğan-3 ay arası bebeklerde sevk kriterleri**

Aile hekimi uzmanlık öğrencileri yenidoğan ve doksan gün aralığındaki bebeklerde ulusal görme taramasında: oküler inspeksiyon sonucu fotofobi, kronik göz yaşarması, çapaklanma olması durumunda; kayma muayenesi sonucu kornea ışık refleksi ve örtme testi ile şaşılık, nistagmus varlığında; pupil muayenesi (30 hafta ve üzerinde) sonucu düzensiz pupilla, zayıf reaksiyon veya ışık reaksiyonunun olmaması halinde ilgili branşın uzmanına sevk edeceği hastaları seçer (30).



Şekil 3. 0-90 gün aralığında göz muayenesi algoritması(30)

### 2.2.10. 1.Basamakta Tip 1 ve 2 diabette gelişebilecek retinopati öncesi yapılan göz muayenesi

Rutin izlem yöntemleri; görme keskinliği testleri, tanı sırasında ve daha sonra yılda bir kez yapılan ilgili organın dibinin incelemesi ile de takip yapılabilir. Oftalmoloji uzmanına sevk için: makülopati bulguları, ciddi hücresel çoğalma olmayan retina hasarı bulguları, GK 'de açıklanamayan azalma olması gerekir (31).

### 2.2.11. Göz hastalıklarında dikkatli olması gereken bilgiler

Çocukluk çağındaki göze perde inmesi, şaşılık, glokom gibi bozuklukların sağaltım yönünden aciliyetini ayırt etmelidir.

Prematüre retinopatisi hastalık tespiti için bin beş yüz gramdan az ya da 32. hafta altında doğan kişilerin bir oftalmologa ileri tetkik için yönlendirilmesi yapılmalı ve bu bozukluğun sağaltım ilkeleri anneye veya babaya bilgi olarak aktarılmalıdır (32).

Üç yaşta normalde görme keskinliği tam derecesine ulaşmaktadır. Altı ay ve iki yaş aralığında GK "sabitlenme ve izlem" testi ile değerlendirilir; bebeğin yüzü, bir oyuncak veya ışık veren cisim hareket ettiğinde tespit eder (33).

Göz tembelliğinin 0-7 yaş arası duyarlılığı oküler gelişimi etkilediğinden dolayı sağaltımı açısından önemini bilir (34).

Optik sinir-görme alanı muayenesinin bu yollarla mantığını ve pupil patolojik refleks cevaplarının nasıl değerlendirildiğini, hangi hastalıklarla ilişkili olduğunu ayırt etmeli; normal 2.kafa çifti sinir diskinin oftalmoskopik görünümü ile ödemli halinin muayene aracındaki görünen karakterlerini karşılaştırabilmeli ve şişkin papil haliyle farklarını kavrayabilmelidir.

Sistemik hastalıkların; göz bulgularına ve kullanılan tedavi yöntemlerinin bu organdaki toksidermilerine ön teşhis ile ihtiyaç halinde ileri tetkik yaptırabilmek açısından ilgili uzmanlığa randevu alması konusunda bilgi verilmelidir.

Keratokonus hastalarında aile taramalarının da yapılmasında, özellikle çocuk ve genç erişkinlerin erken tanı ve tedavi olmasında, oftalmolojik takibin sağlanmasında birinci basamak çalışanlarının bilinçli olması gereklidir (35).

#### **2.2.12. Kırmızı göz şikayeti olan hasta yaklaşım algoritma çıkarımı**

Eşlik eden kaşınma, kulak kepçesi ön kısmında lenf bezinin boyutunun ve yapısının değiştiği ortak hastalık grubu, öksürük, kontakt lens kullanımı varlığında patoloji düşünülür (36).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir anket çalışmasıdır. Çalışmaya başlanmadan önce T.C. Sağlık Bakanlığı Sultangazi Haseki Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi İlaç Dışı Klinik Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 01.11.2023 tarihi ve 132-2023 sayılı karar numarası ile onay alınmıştır. Çalışmaya T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesinin İstanbul'da bulunan Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde eğitim almakta olan aile hekimi uzmanlık asistanları dahil edilmiştir. Gönüllülük esasına dayanan çalışmamızda katılımcılara gerekli bilgilendirmeler yapılmış olup katılımcıların onamları alınarak veriler toplanmıştır. Toplanan veriler arasında kişilerin kimlik bilgileri yer almamıştır. Çalışmamız için hazırlanan anket formu katılımcılarla internet uygulamaları aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Ankette katılımcıların yaşı, cinsiyeti, uzmanlık türü, asistanlık yılı, kulak, burun, boğaz ve göz hastalıkları disiplinini ve katılımcıların likert ölçeğine göre birden beşe kadar kendilerini değerlendirebileceği literatürde yer alan kulak, burun boğaz ve göz hastalıkları disiplinlerinde kazanılması gereken klinik yetkinlikler sorgulanmıştır. Ölçeğe göre 'bir (1) puan hiç yeterli değilim', 'üç (3) puan ne yeterliyim ne değilim', 'beş (5) puan tamamen yeterliyim' cevabını ifade etmektedir.

Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin dağılımı kolmogorov simirnov, shapiro-wilk test ile ölçüldü. Nicel bağımsız verilerin analizinde mann-whitney u test kullanıldı. Nitel bağımsız verilerin analizinde ki-kare test, ki-kare test koşulları sağlanmadığında fischer test kullanıldı. Analizlerde SPSS 28.0 programı kullanılmıştır.  $p < 0,05$  değeri anlamlı kabul edildi. Çalışmamızda grup 1:AHU 1.Yıl-SAHU 1-2 Yıl, grup 2:AHU 2.Yıl-SAHU 3-4 Yıl, grup 3:AHU 3.Yıl-SAHU 5-6 Yıl temsil etmektedir.

#### 3.1. ÇALIŞMAYA DAHİL OLMA KRİTERLERİ

- Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul ili Eğitim Araştırma ve Şehir Hastanelerinde aile hekimliği kliniğinde uzmanlık eğitimi öğrencisi olmak
- Gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılar

### 3.2. ÇALIŞMAYA HARIÇ TUTMA KRİTERLERİ

- İzinli asistan hekimler
- Çalışmaya gönüllü katılmak istemeyenler



## 4. BULGULAR

**Tablo 3.** Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		n	%
Yaş	< 25	3	1.7%
	25-30	93	53.4%
	>30	78	44.8%
Cinsiyet	Kadın	96	55.2%
	Erkek	78	44.8%
Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencisi Türü	AHU	126	72.4%
	SAHU	48	27.6%
<b><i>Aile Hekimliğinde Asistanlıkta Kaçınıcı Yılınz?</i></b>			
AHU 1.Yıl- SAHU 1-2 Yıl		60	34.5%
AHU 2.Yıl- SAHU 3-4 Yıl		36	20.7%
AHU 3.Yıl- SAHU 5-6 Yıl		78	44.8%

Çalışmamıza dahil olma kriterlerine uygun olan 174 kişi dahil edilmiştir. Çalışmaya katılan asistan hekimlerin %55,2'ü kadın, %72,4'ü AHU idi (Tablo-3).

**Tablo 4.** Katılımcıların KBB ve göz disiplinleri ile ilgili düşünceleri

		n	%
Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları Disiplini Hakkında Kendinizi Yeterli Buluyor Musunuz?	Evet	33	19.0%
	Hayır	141	81.0%
Ort.±ss/n-%			
<b><i>Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları Disiplini ile İlgili Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Srasındaki Eğitimi Yeterli Görmüyorsanız Nedeniniz Nedir?</i></b>			
Zorunlu Rotasyon Olmaması	(-)	51	29.3%
	(+)	123	70.7%
Pratik Uygulama Yapma İmkanının Sağlanmaması	(-)	78	44.8%
	(+)	96	55.2%
Eğitim Müfredatında Yeterli Yer Verilmemesi	(-)	90	51.7%
	(+)	84	48.3%
Eğitim İçeriğinin 1.Basamak Hekimliğine Uygun Düzenlenmemiş Olması	(-)	90	51.7%
	(+)	84	48.3%
Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları Disiplini Aile Hekimliği Çekirdek Eğitim Programına Eklenmeli Mi?	Evet	162	93.1%
	Hayır	12	6.9%

**Tablo 4 ün devamı**

Göz Hastalıkları Disiplini Hakkında Kendinizi Yeterli Görüyor Musunuz?	Evet	18	10.3%
	Hayır	156	89.7%
<b>Göz Hastalıkları Disiplini ile İlgili Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Srasındaki Eğitimi Yeterli Görmüyorsanız Nedeniniz Nedir?</b>			
Zorunlu Rotasyon Olmaması	(-)	36	20.7%
	(+)	138	79.3%
Pratik Uygulama Yapma İmkanının Sağlanmaması	(-)	69	39.7%
	(+)	105	60.3%
Eğitim Müfredatında Yeterli Yer Verilmemesi	(-)	81	46.6%
	(+)	93	53.4%
Eğitim İçeriğinin 1.Basamak Hekimliğine Uygun Düzenlenmemiş Olması	(-)	87	50.0%
	(+)	87	50.0%
Göz Hastalıkları Disiplini Aile Hekimliği Çekirdek Eğitim Programına Eklenmeli Mi?	Evet	150	86.2%
	Hayır	24	13.8%

**Tablo 5.** Katılımcıların asistanlık yılına göre EOM tanılı çocukların yakınlarını bilgilendirme durumları

Çalışma süresi grubu	1.grup		2.grup		3.grup		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Amerikan Pediatri, Kulak-Burun-Boğaz ve Aile Hekimliği Klinik Uygulama Kılavuzuna Göre Efüzyonlu Otitis Media Tanılı Çocukların Ailelerini Bilgilendirmek İçin Hangilerini Yapıyorsunuz?</b>							
Bebeklerin Yenidoğan İşitme Taramasından Geçmesini Öneririm.	(-)	27 45.0%	12 33.3%	27 34.6%	0.375	X <sup>2</sup>	
	(+)	33 55.0%	24 66.7%	51 65.4%			
Sistemik Antibiyotikler, Sistemik Steroidler, Antihistaminikler ve Dekonjestanların Yanı Sıra İntranasal Steroidlerin De Kullanılmamasına Dair Tavsiye Veririm.	(-)	42 70.0%	27 75.0%	54 69.2%	0.812	X <sup>2</sup>	
	(+)	18 30.0%	9 25.0%	24 30.8%			
Hastalığın Seyri, Takip İhtiyacı ve Olası Sekelleri Konusunda Eğitici Konuşmalar Yaparım.	(-)	15 25.0%	15 41.7%	12 15.4%	0.009	X <sup>2</sup>	
	(+)	45 75.0%	21 <sup>3</sup> 58.3%	66 84.6%			
Kesin Bir Endikasyon Olmadıkça, Adenoidektomi Yapılmaması Yönünde Önerilerde Bulunurum.	(-)	45 75.0%	18 50.0%	45 57.7%	0.028	X <sup>2</sup>	
	(+)	15 <sup>23</sup> 25.0%	18 50.0%	33 42.3%			

X<sup>2</sup> Ki-kare test / <sup>2</sup>AHU 2.Yıl- SAHU 3-4 Yıl Grubu ile fark p<0.05

<sup>3</sup>AHU 3.Yıl- SAHU 5-6 Yıl Grubu ile fark p<0.05

Grup 3 'te "Amerikan pediatri, kulak-burun-boğaz ve aile hekimliği klinik uygulama kılavuzuna göre efüzyonlu otitis media tanılı çocukların ailelerini bilgilendirmek için hangilerini yapıyorsunuz?" sorusuna "Hastalığın seyri, takip ihtiyacı ve olası sekelleri konusunda eğitici konuşmalar yaparım." yanıtı verenlerin oranı 2. gruptan; 2. ve 3. gruplarda "Kesin bir endikasyon olmadıkça, adenoidektomi yapılmaması yönünde önerilerde bulunurum." yanıtı verenlerin oranı 1. gruptan anlamlı olarak daha yüksekti (p<0.05), (Tablo 5).

**Tablo 6.** Katılımcıların asistanlık yılına göre tinnitus şikayetinde tetkik istem oranları

Çalışma Süresi	1.grup		2.grup		3.grup			
	N	%	n	%	n	%		
<b><i>Aile Hekimliği Polikliniğinde Kulakta Çınlama Şikayeti Olan Hastanın Laboratuvar Parametrelerinden Günlük Pratiğinizde Tetkik İstemi Yaparken Hangisini Ya Da Hangilerini Tercih Etmektesiniz?</i></b>								
Tam Kan Sayımı, Kan Şekeri Düzeyi	(-)	21	35.0%	6	16.7%	12	15.4%	<b>0.015</b> X <sup>2</sup>
	(+)	39 <sup>3</sup>	65.0%	30	83.3%	66	84.6%	
T3, T4 ve TSH	(-)	30	50.0%	18	50.0%	18	23.1%	<b>0.001</b> X <sup>2</sup>
	(+)	30 <sup>3</sup>	50.0%	18 <sup>3</sup>	50.0%	60	76.9%	
Demir, Çinko, Bakır	(-)	27	45.0%	15	41.7%	26	33.3%	0.356 X <sup>2</sup>
	(+)	33	55.0%	21	58.3%	52	66.7%	
Kolesterol, HDL, LDL, Trigliserid	(-)	36	60.0%	21	58.3%	42	53.8%	0.755 X <sup>2</sup>
	(+)	24	40.0%	15	41.7%	36	46.2%	
Hızlı Plazmin Reagin Testi	(-)	60	100.0%	36	100.0%	75	96.2%	0.153 X <sup>2</sup>
	(+)	0	0.0%	0	0.0%	3	3.8%	
Sedimentasyon, RF, ANA	(-)	60	100.0%	33	91.7%	72	92.3%	0.081 X <sup>2</sup>
	(+)	0	0.0%	3	8.3%	6	7.7%	
Ek Bir Tetkik Tercih Etmem	(-)	45	75.0%	33	91.7%	69	88.5%	<b>0.039</b> X <sup>2</sup>
	(+)	15	25.0%	3 <sup>1</sup>	8.3%	9 <sup>1</sup>	11.5%	

X<sup>2</sup> Ki-kare test (Fischer test) / <sup>1</sup>AHU 1.Yıl- SAHU 1-2 Yıl Grubu ile fark p<0.05

<sup>3</sup>AHU 3.Yıl- SAHU 5-6 Yıl Grubu ile fark p<0.05

3. grupta "Aile hekimliği polikliniğinde kulakta çınlama şikayeti olan hastanın laboratuvar parametrelerinden günlük pratiğinizde tetkik istemi yaparken hangisini ya da hangilerini tercih etmekteyiz?" sorusuna "T3, T4 ve TSH" yanıtı verenlerin oranı 1. ve 2. gruplardan; 1. grupta "Ek bir tetkik tercih etmem" yanıtı verenlerin oranı 2. ve 3. gruplardan anlamlı olarak daha yüksekti (p<0.05), (Tablo 6).

**Tablo 7.** Katılımcıların asistanlık yılına göre trakeostomi yönetebilme istatistikleri

Çalışma Süresi	1.grup		2.grup		3.grup		
	n	%	n	%	n	%	
<b><i>Palyatif Serviste 60 Yaş Ve Üzeri Hastalarda Trakeostomi Endikasyonlarından Hangilerinin Yönetimini Yapabileceğinizi Düşünmektесiniz?</i></b>							
<b><i>Üst Solunum Yolu Obstrüksiyonu (Anafilaksi, Epiglottit vb.)</i></b>							
Yönetebilirim	30	50.0%	18	50.0%	48	61.5%	0.233 <sup>X<sup>2</sup></sup>
Yönetemem	15	25.0%	6	16.7%	18	23.1%	
Fikrim Yok	15	25.0%	12	33.3%	12	15.4%	
<b><i>GKS:5 ve Solunum Arresti</i></b>							
Yönetebilirim	15 <sup>3</sup>	25.0%	15	41.7%	42	53.8%	<b>0.012</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
Yönetemem	24	40.0%	9	25.0%	21	26.9%	
Fikrim Yok	21	35.0%	12	33.3%	15	19.2%	
<b><i>Mekanik Ventilatörlerle (HFNC vs.) Oksijen Desteği: 7-10 Gündür</i></b>							
Yönetebilirim	18 <sup>3</sup>	30.0%	6 <sup>3</sup>	16.7%	39	50.0%	<b>0.006</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
Yönetemem	18	30.0%	12	33.3%	12	15.4%	
Fikrim Yok	24	40.0%	18	50.0%	27	34.6%	
<b><i>Total Larenjektomili Hasta</i></b>							
Yönetebilirim	3	5.0%	3	8.3%	9	11.5%	0.336 <sup>X<sup>2</sup></sup>
Yönetemem	21	35.0%	18	50.0%	30	38.5%	
Fikrim Yok	36	60.0%	15	41.7%	39	50.0%	

<sup>X<sup>2</sup></sup> Ki-kare test (Fischer test) / <sup>3</sup>AHU 3.Yıl- SAHU 5-6 Yıl Grubu ile fark p<0.05

3. grupta palyatif serviste 60 yaş ve üzeri hastalarda trakeostomi endikasyonlarından GKS:5 ve solunum arrestini yönetebilme oranı 1. gruptan; 3. grupta mekanik ventilatörlerle oksijen desteğini yönetebilme oranı 1. ve 2. gruplardan anlamlı olarak daha yüksekti(p<0.05), (Tablo 7).

**Tablo 8.** Katılımcıların asistanlık yılına göre submandibular abse tanıyabilme ve OSAS tanılı gebelerin komplikasyonlarını yönetebilme istatistikleri

Çalışma Süresi	1. grup		2. grup		3. grup		
	n	%	n	%	n	%	
<b><i>Submandibular Abse Sternokleidomastoid Kası Patolojisi Olup 2. Ve 3. Büyük Azı Dişlerinin Enfeksiyonları Sonrası Olağan Şekilde Gelişir.</i></b>							
Katılıyorum	15 <sup>23</sup>	25.0%	18	50.0%	42	53.8%	<b>0.009</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
Katılmıyorum	21	35.0%	6	16.7%	18	23.1%	
Kararsızım	24	40.0%	12	33.3%	18	23.1%	
<b><i>Antenatal Takiplerinde Berlin Anketi veya Epworth Ölçeği Gibi Anketlerle, Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Veren Aile Sağlık Merkezlerinde Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OUAS) Açısından Riskli Olan Gebeler Tespit Edildikten Sonra Hangilerini Önerirsiniz?</i></b>							
Polisomnografi İçin Uyku Laboratuvarına Yönlendiririm (-)	15	25.0%	2	5.6%	9	11.5%	<b>0.018</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
(+)	45 <sup>23</sup>	75.0%	34	94.4%	69	88.5%	
Diyabet ve Hipertansiyon Açısından Daha Dikkatli Takip Ederim. (-)	21	35.0%	20	55.6%	27	34.6%	0.075 <sup>X<sup>2</sup></sup>
(+)	39	65.0%	16	44.4%	51	65.4%	
Pulmoner Hipertansiyon Açısından Göğüs Hastalıklarına Yönlendiririm (-)	27	45.0%	26	72.2%	48	61.5%	<b>0.023</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
(+)	33	55.0%	10 <sup>1</sup>	27.8%	30	38.5%	

<sup>X<sup>2</sup></sup> Ki-kare test / <sup>2</sup>AHU 2.Yıl- SAHU 3-4 Yıl Grubu ile fark p<0.05

<sup>3</sup>AHU 3.Yıl- SAHU 5-6 Yıl Grubu ile fark p<0.05

2. ve 3. gruplarda submandibular abse sternokleidomastoid kası patolojisi olup 2. ve 3. büyük azı dişlerinin enfeksiyonları sonrası olağan şekilde geliştiğine katılanların oranı 1. gruptan anlamlı olarak daha yüksekti (p<0.05), (Tablo 8).

2.ve 3. gruplarda “Antenatal takiplerinde berlin anketi veya epworth Ölçeği gibi anketlerle, birinci basamak sağlık hizmeti veren aile sağlık merkezlerinde obstrüktif uyku apne sendromu (OUAS) açısından riskli olan gebeler tespit edildikten sonra hangilerini önerirsiniz?” sorusuna “Polisomnografi için uyku laboratuvarına yönlendiririm” yanıtı verenlerin oranı 1. gruptan; 1. grupta “Pulmoner hipertansiyon açısından göğüs hastalıklarına yönlendiririm” yanıtı verenlerin oranı 2. gruptan anlamlı olarak daha yüksekti (p<0.05), (Tablo 8)

**Tablo 9.** Katılımcıların asistanlık yılına göre alerjik rinitte tedavi ajanı tercih istatistikleri

Çalışma süresi	1.grup	2.grup	3.grup	p
	Ort.±ss	Ort.±ss	Ort.±ss	
<b><i>Allerjik Rinit Tanılı Hastanın Tedavisinde Poliklinik Pratiğinizde Hangi İlaç, Hangi Sıklıkla Önerme Olasılığıyla Tercih Etmektesiniz?</i></b>				
Nazal Kortikosteroid	3.05 ± 1.64	2.53 <sup>3</sup> ± 1.38	3.35 ± 1.55	<b>0.039</b> <sup>K</sup>
İntranazal Dekonjestan	3.25 ± 1.39	3.03 ± 1.58	2.77 ± 1.35	0.120 <sup>K</sup>
1.Kuşak Oral Antihistaminik	2.75 ± 1.42	2.08 <sup>13</sup> ± 1.20	2.92 ± 1.25	<b>0.004</b> <sup>K</sup>
2.Kuşak Oral Antihistaminik	3.60 ± 1.17	3.25 ± 1.44	3.35 ± 1.31	0.535 <sup>K</sup>

<sup>K</sup>Kruskal-wallis (Mann-whitney u test)<sup>1</sup>AHU 1.Yıl- SAHU 1-2 Yıl Grubu ile fark p<0.05

<sup>3</sup>AHU 3.Yıl- SAHU 5-6 Yıl Grubu ile fark p<0.05

3.grupta allerjik rinit tanılı hastanın tedavisinde poliklinik pratiğinde nazal kortikosteroid önerme sıklığı 2. gruptan; 1. ve 3. grupta allerjik rinit tanılı hastanın tedavisinde poliklinik pratiğinde 1.kuşak oral antihistaminik önerme sıklığı 2. gruptan anlamlı olarak daha yüksekti (p<0.05), (Tablo 9).

2. ve 3. gruplarda “Aile hekimliği poliklinik pratiğinizde ses kısıklığı şikayeti olan hastada kulak burun boğaz uzman sevki için hangi durumların eşlik etmesine dikkat etmektesiniz?” sorusuna “sigara içme öyküsü” yanıtı verenlerin oranı 1. gruptan; 3. gruplarda “yutma güçlüğü” yanıtı verenlerin oranı 2. gruptan;2. gruplarda “stridor” yanıtı verenlerin oranı 1. gruptan anlamlı olarak daha yüksekti (p<0.05), (Tablo 10).

3. olan grupta palyatif serviste trismus belirtisi görülen derin boyun enfeksiyonu tanılı hastanın tedavisi hava yolu kontrolü, intravenöz antibiyotik, sebebe yönelik kbb ve çene cerrahi uzmanı sevki gerektirdiğine katılım oranı 1. ve 2. gruplardan anlamlı olarak daha yüksekti (p<0.05), (Tablo 10).

**Tablo 10.** Katılımcıların asistanlık yılına göre ses kısıklığı KBB sevk durum ve trismus belirtisine yaklaşım bilgi düzeyi istatistikleri

Çalışma Süresi	1. grup		2. grup		3. grup			
	n	%	n	%	n	%		
<b><i>Aile Hekimliği Poliklinik Pratiğinizde Ses Kısıklığı Şikayeti Olan Hastada KBB Uzman Sevki İçin Hangi Durumların Eşlik Etmesine Dikkat Etmektesiniz?</i></b>								
Sigara İçme Öyküsü	(-)	30	50.0%	9	25.0%	15	19.2%	<b>0.000</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(+)	30 <sup>23</sup>	50.0%	27	75.0%	63	80.8%	
Yutma Güçlüğü	(-)	3	5.0%	3	8.3%	0	0.0%	<b>p&lt;0.05</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(+)	57	95.0%	33 <sup>2</sup>	91.7%	78	100.0%	
Kulak Ağrısı	(-)	36	60.0%	24	66.7%	57	73.1%	0.267 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(+)	24	40.0%	12	33.3%	21	26.9%	
Gece Terlemesi	(-)	18	30.0%	6	16.7%	18	23.1%	0.321 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(+)	42	70.0%	30	83.3%	60	76.9%	
Stridor	(-)	27	45.0%	9	25.0%	13	16.7%	<b>0.001</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(+)	33 <sup>23</sup>	55.0%	27	75.0%	65	83.3%	
Son Zamanlarda Ateş	(-)	24	40.0%	9	25.0%	36	46.2%	0.100 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(+)	36	60.0%	27	75.0%	42	53.8%	
Açıklanamayan Kilo Kaybı	(-)	3	5.0%	0	0.0%	6	7.7%	<b>p&gt;0.05</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(+)	57	95.0%	36	100.0%	72	92.3%	
<b><i>Palyatif Serviste Trismus Belirtisi Görülen Derin Boyun Enfeksiyonu Tanılı Hastanın Tedavisi Hava Yolu Kontrolü, İntravenöz Antibiyotik, Sebebe Yönelik KBB ve Çene Cerrahisi Uzmanı Sevki Gerektirir</i></b>								
Katılıyorum		48 <sup>3</sup>	80.0%	30 <sup>3</sup>	83.3%	75	96.2%	<b>0.010</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
Katılmıyorum		6	10.0%	0	0.0%	0	0.0%	
Kararsızım		6	10.0%	6	16.7%	3	3.8%	

<sup>X<sup>2</sup></sup> Ki-kare test / <sup>1</sup>AHU 1.Yıl- SAHU 1-2 Yıl Grubu ile fark p<0.05

<sup>2</sup>AHU 2.Yıl- SAHU 3-4 Yıl Grubu ile fark, <sup>3</sup>AHU 3.Yıl- SAHU 5-6 Yıl Grubu ile fark p<0.05

3. grupta bir aile hekimi asistanının Kahramanmaraş Sütçüimam ve İstanbul Medipol üniversitelerinin tıp fakültelerinin kulak, burun, boğaz disiplini hakkında program yeterlilikleri ve Türkiye klinikleri aile hekimliğinde kulak, burun, boğaz hastalıklarına yaklaşım anketi ‘Burun tıkanıklığı/akıntısı ile başvuran hastada muayene ve anterior rinoskopi uygulamasını yapma’ puanı 1. gruptan; 3. grupta ‘Meniere, baş/boyun kanserleri-adenoid hipertrofi klinik problemlerine ön tanı koyarak gerekli ön işlemleri yapıp kulak, burun boğaz uzmanına yönlendirme’, ‘Fasial paralizi, septum deviasyonu, kulak zarı perforasyonu klinik problemlerine tanı koyabilmeli ve tedavi hakkında bilgi sahibi olmalı, ön işlemleri yapıp kulak, burun, boğaz uzmanına yönlendirebilme’, ‘Epiglottis şüphesi olan hastada larinksin palpe edilmeyeceğini bilmek, acil kulak, burun, boğaz ve enfeksiyon hastalıkları uzmanları ve pediatrist sevkini gerçekleştirme’, ‘Epistaksiste anterior burun tamponu koymak için gerekli basamakları bilmek ve taktikler neticesinde kanama kontrolü yapıldıktan sonra tamponu geri alma’, ‘İşitme kaybıyla ilişkili dış ve orta kulak patolojilerini otoskop muayene bulguları ile ilişkilendirme’, ‘Allerjik rinit tanılı hastayı montelukast ihtiyacı açısından allerji ve immunoloji, kulak, burun, boğaz veya göğüs hastalıkları uzmanına sevk edebilme’, ‘Obstrüktif uyku apne sendromu için predipozan faktörleri (konka hipertrofisi vb.) bilmek ve tedavisi için diyetisyen ve bir kulak, burun, boğaz hastalıkları uzmanına sevk edebilme ‘ puanı 1.ve 2.gruplardan anlamlı olarak daha yüksekti ( $p<0.05$ ), (Tablo 11).

**Tablo 11.** Katılımcıların asistanlık yılına göre KBB ile ilgili bilgi düzeyleri

	1. grup Ort.±ss	2. grup Ort.±ss	3. grup Ort.±ss	p
<i><b>Bir Aile Hekimi Asistanının Kahramanmaraş Sütçüimam ve İstanbul Medipol Üniversitelerinin Tıp Fakültelerinin Kulak, Burun, Boğaz Disiplini Hakkında Program Yeterlilikleri ve Türkiye Klinikleri Aile Hekimliğinde Kulak, Burun, Boğaz Hastalıklarına Yaklaşım Özel Arşivinden Edinilen Bilgiler 1-5 Arası 5 Puanlık Likert Ölçeğinden Oluşan Anket İle Sorgulanmaktadır.</b></i>				
Meniere, Baş/Boyun Kanserleri-Adenoid Hipertrofi Klinik Problemlerine Ön Tanı Koyarak Gerekli Ön İşlemleri Yapıp Kulak, Burun Boğaz Uzmanına Yönlendirebilmek	2.35 <sup>3</sup> ± 0.97	2.75 <sup>3</sup> ± 1.18	3.27 ± 1.44	<b>0.000</b> <sup>K</sup>
Fasial Paralizi, Septum Deviasyonu, Kulak Zarı Perforasyonu Klinik Problemlerine Tanı Koyabilmeli ve Tedavi Hakkında Bilgi Sahibi Olmalı, Ön İşlemleri Yapıp Kulak, Burun, Boğaz Uzmanına Yönlendirebilmek	2.70 <sup>3</sup> ± 1.32	3.00 <sup>3</sup> ± 1.10	3.77 ± 1.23	<b>0.000</b> <sup>K</sup>
Epiglottis Şüphesi Olan Hastada Larinksin Palpe Edilmeyeceğini Bilmek, Acil Kulak, Burun, Boğaz ve Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanları ve Pediatrist Sevkinin Gerçekleştirmek	2.90 <sup>3</sup> ± 0.84	3.17 <sup>3</sup> ± 1.16	3.69 ± 1.39	<b>0.000</b> <sup>K</sup>
Epistaksiste Anterior Burun Tamponu Koymak İçin Gerekli Basamakları Bilmek ve Takipler Neticesinde Kanama Kontrolü Yapıldıktan Sonra Tamponu Geri Almak	3.15 <sup>3</sup> ± 1.25	3.08 <sup>3</sup> ± 1.05	4.00 ± 1.12	<b>0.000</b> <sup>K</sup>
Ani İşitme Kaybı Ön Tanısını Koyabilecek Kadar Diapazon Testlerini Yorumlamak	2.30 ± 1.06	2.42 ± 1.13	2.54 ± 1.22	0.654 <sup>K</sup>
İşitme Kaybıyla İlişkili Dış ve Orta Kulak Patolojilerini Otoskop Muayene Bulguları ile İlişkilendirmek	2.45 <sup>3</sup> ± 1.03	2.67 <sup>3</sup> ± 0.86	3.42 ± 1.53	<b>0.001</b> <sup>K</sup>
Burun Tıkanıklığı/Akıntısı ile Başvuran Hastada Muayene ve Anterior Rinoskopi Uygulamasını Yapmak	2.15 <sup>3</sup> ± 1.25	2.58 ± 1.05	2.92 ± 1.45	<b>0.005</b> <sup>K</sup>
Allerjik Rinit Tanılı Hastayı Montelukast İhtiyacı Açısından Allerji ve İmmunoloji, Kulak, Burun, Boğaz veya Göğüs Hastalıkları Uzmanına Sevk Edebilmek	3.35 <sup>3</sup> ± 1.29	3.17 <sup>3</sup> ± 1.00	4.31 ± 0.87	<b>0.000</b> <sup>K</sup>
Obstrüktif Uyku Apne Sendromu İçin Predipozan Faktörleri Bilmek ve Tedavisi İçin Diyetisyen ve Bir Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları Uzmanına Sevk Edebilmek	3.30 <sup>3</sup> ± 1.24	3.33 <sup>3</sup> ± 1.12	4.27 ± 0.86	<b>0.000</b> <sup>K</sup>

<sup>K</sup> Kruskal-wallis (Mann-whitney u test) / <sup>3</sup>AHU 3.Yıl- SAHU 5-6 Yıl Grubu ile fark p<0.05

**Tablo 12.** Katılımcıların asistanlık yılına KBB klinik problemlerini doğru teşhis edebilme istatistikleri

Çalışma Süresi	1. grup		2. grup		3. grup		
	n	%	n	%	n	%	
<b><i>Aile Hekimliği Polikliniğinde Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları Disiplini ile İlgili Klinik Problemlerden Hangilerini Doğru Teşhis Edebilirsiniz?</i></b>							
Seröz Otitis Media	(-)	9 15.0%	6 16.7%	15 19.2%	0.804 X <sup>2</sup>		
	(+)	51 85.0%	30 83.3%	63 80.8%			
Retrofarengeal Abse	(-)	36 60.0%	27 75.0%	42 53.8%	0.100 X <sup>2</sup>		
	(+)	24 40.0%	9 25.0%	36 46.2%			
Timpanoskleroz	(-)	60 100.0%	36 100.0%	72 92.3%	<b>p&lt;0.05</b> X <sup>2</sup>		
	(+)	0 <sup>3</sup> 0.0%	0 0.0%	6 7.7%			
Waters Grafide Hava-Sıvı Seviyesi	(-)	45 75.0%	24 66.7%	42 53.8%	<b>0.035</b> X <sup>2</sup>		
	(+)	15 <sup>3</sup> 25.0%	12 33.3%	36 46.2%			
Rinne Testinde İletim Tipi İşitme Kaybı	(-)	36 60.0%	27 75.0%	48 61.5%	0.286 X <sup>2</sup>		
	(+)	24 40.0%	9 25.0%	30 38.5%			
Yan Grafide Başparmak İzi Bulgusu	(-)	33 55.0%	18 50.0%	42 53.8%	0.889 X <sup>2</sup>		
	(+)	27 45.0%	18 50.0%	36 46.2%			
Boyun Grafide Kalem Ucu Görüntüsü	(-)	28 46.7%	12 33.3%	33 42.3%	0.438 X <sup>2</sup>		
	(+)	32 53.3%	24 66.7%	45 57.7%			
Siyalolitiazis	(-)	45 75.0%	30 83.3%	66 84.6%	0.333 X <sup>2</sup>		
	(+)	15 25.0%	6 16.7%	12 15.4%			

X<sup>2</sup> Ki-kare test / <sup>3</sup>AHU 3.Yıl- SAHU 5-6 Yıl Grubu ile fark p<0.05

3. grupta “Aile hekimliği polikliniğinde kulak-burun-boğaz hastalıkları disiplini ile ilgili klinik problemlerden hangilerini doğru teşhis edebilirsiniz?” sorusuna “timpanoskleroz”, “waters grafide hava-sıvı seviyesi” yanıtı verenlerin oranı 1. gruptan anlamlı (p<0.05) olarak daha yüksekti. (Tablo 12)

1.ve 3. gruplarda aile hekimliği polikliniğinde tonsillofarenjitin viral-bakteriyel ayrımını modifiye centor skorunun sonucuna göre yorumunu yapabilme oranı 2. gruptan; 2. ve 3. gruplarda “Aile hekimliği polikliniğinde ani işitme kaybı şikayeti olan hasta yönetimi için hangilerinin yapılmasını tercih edersiniz?” sorusuna “Ani sensörinöral işitme kaybı olabileceği düşünülen hastaların ilk değerlendirmeleri sırasında rutin olarak kranial bilgisayarlı tomografik tetkiki isterim” yanıtı verenlerin oranı 1. gruptan; anlamlı olarak daha yüksekti (p<0.05) , (Tablo 13).

**Tablo 13.** Katılımcıların asistanlık yılına göre Modifiye Centor Kriter, ani işitme kaybı ve LFR hastasının yönetimi istatistikleri

Çalışma Süresi		1. grup		2. grup		3. grup		
		n	%	n	%	n	%	
Aile Hekimliği Polikliniğinde	Evet	42	70.0%	18 <sup>13</sup>	50.0%	57	73.1%	<b>0.043</b> <sup>X2</sup>
Tonsillofarenjitin Viral- Bakteriyel Ayrımını Modifiye	Belki	6	10.0%	6	16.7%	15	19.2%	
Centor Skorunun Sonucuna Göre Yorumunu Yapabilir Misiniz?	Hayır	12	20.0%	12	33.3%	6	7.7%	
<b><i>Aile Hekimliği Polikliniğinde Ani İşitme Kaybı Şikayeti Olan Hasta Yönetimi İçin Hangilerinin Yapılmasını Tercih Edersiniz?</i></b>								
Mümkün Olduğu Kadar Hızlı Bir Şekilde Odyometrik Tetkik İsterim	(-)	21	35.0%	12	33.3%	24	30.8%	0.868 <sup>X2</sup>
	(+)	39	65.0%	24	66.7%	54	69.2%	
Ani Sensörinöral İşitme Kaybı Olabileceği Düşünülen Hastaların İlk Değerlendirmeleri Sırasında Rutin Olarak Kranial Bilgisayarlı Tomografik Tetkiki İsterim.	(-)	42	70.0%	18	50.0%	36	46.2%	<b>0.016</b> <sup>X2</sup>
	(+)	18 <sup>23</sup>	30.0%	18	50.0%	42	53.8%	
Retrokoklear Patolojilerin Ortaya Konması İçin Manyetik Rezonans Görüntülemesi İsterim.	(-)	42	70.0%	30	83.3%	57	73.1%	0.338 <sup>X2</sup>
	(+)	18	30.0%	6	16.7%	21	26.9%	
Ani Sensörinöral İşitme Kaybı Olan Hastalarda Semptomların Başlamasını Takip Eden 2 Hafta İçinde Birincil Tedavi Olarak Kortikosteroidler Reçete Edebilirim.	(-)	42	70.0%	27	75.0%	57	73.1%	0.855 <sup>X2</sup>
	(+)	18	30.0%	9	25.0%	21	26.9%	
<b><i>Aile Hekimliği Polikliniğinde Erkek Hastada Tanı Olarak Larengofarengal Reflü Şüphesinde Hastalığın Yönetimi İçin Hangilerini Uygulayabilmektesiniz ?</i></b>								
Tanıda İndirekt Laringoskop Aynasını Kullanabilirim	(-)	60	100.0%	30	83.3%	57	73.1%	<b>0.000</b> <sup>X2</sup>
	(+)	0 <sup>23</sup>	0.0%	6	16.7%	21	26.9%	
Muayene Araçları Yetersiz İse Endoskopik İnceleme ve Diğer Tanı Yöntemleri İçin Bir Kulak, Burun, Boğaz Kliniğine Yönlendiririm.	(-)	12	20.0%	18	50.0%	21	26.9%	<b>0.006</b> <sup>X2</sup>
	(+)	48	80.0%	18 <sup>13</sup>	50.0%	57	73.1%	
Semptom Değerlendirirken Reflü Semptom İndeksi ve Reflü Semptom Skoruna Dikkat Ederim	(-)	42	70.0%	18	50.0%	36	46.2%	<b>0.016</b> <sup>X2</sup>
	(+)	18 <sup>23</sup>	30.0%	18	50.0%	42	53.8%	

<sup>X2</sup> Ki-kare test / <sup>1</sup>AHU 1.Yıl- SAHU 1-2 Yıl Grubu ile fark p<0.05

<sup>2</sup>AHU 2.Yıl- SAHU 3-4 Yıl, <sup>3</sup>AHU 3.Yıl- SAHU 5-6 Yıl Grubu ile fark p<0.05

2. ve 3. gruplarda “Aile hekimliği polikliniğinde erkek hastada tanı olarak LFR şüphesinde hastalığın yönetimi için hangilerini uygulayabilmektesiniz?” sorusuna “Tanıda indirekt laringoskop aynasını kullanabilirim”, “Semptom değerlendirirken reflü semptom indeksi ve reflü semptom skoruna dikkat ederim” yanıtı verenlerin oranı 1. gruptan; 3. grupta “Muayene araçları yetersiz ise endoskopik inceleme ve diğer tanı yöntemleri için bir kulak, burun, boğaz kliniğine yönlendiririm.” 1. ve 2.gruptan anlamlı olarak daha yüksekti ( $p<0.05$ ), (Tablo 13).

**Tablo 14.** Katılımcıların asistanlık yılına göre KBB disiplini ile ilgili düşünceleri

Çalışma Süresi	1. grup		2. grup		3. grup			
	n	%	n	%	n	%		
Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları Disiplini Hakkında Kendinizi Yeterli Buluyor Musunuz?	Evet	12	20.0%	0	0.0%	21	26.9%	<b>0.003</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
	Hayır	48 <sup>2</sup>	80.0%	36	100.0%	57 <sup>2</sup>	73.1%	
<b><i>Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları Disiplini ile İlgili Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Sırasındaki Eğitimi Yeterli Görmüyorsanız Nedeniniz Nedir?</i></b>								
Zorunlu Rotasyon Olmaması	(-)	18	30.0%	15	41.7%	18	23.1%	0.127 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(+)	42	70.0%	21	58.3%	60	76.9%	
Pratik Uygulama Yapma İmkânının Sağlanmaması	(-)	27	45.0%	15	41.7%	36	46.2%	0.904 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(+)	33	55.0%	21	58.3%	42	53.8%	
Eğitim Müfredatında Yeterli Yer Verilmemesi	(-)	42	70.0%	15	41.7%	33	42.3%	<b>0.002</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(+)	18 <sup>2,3</sup>	30.0%	21	58.3%	45	57.7%	
Eğitim İçeriğinin 1.Basamak Hekimliğine Uygun Düzenlenmemiş Olması	(-)	30	50.0%	18	50.0%	42	53.8%	0.880 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(+)	30	50.0%	18	50.0%	36	46.2%	
Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları Disiplini Aile Hekimliği Çekirdek Eğitim Programına Eklenmeli Mi?	Evet	57	95.0%	30 <sup>3</sup>	83.3%	75	96.2%	<b>0.033</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
	Hayır	3	5.0%	6	16.7%	3	3.8%	

<sup>X<sup>2</sup></sup> Ki-kare test / <sup>2</sup>AHU 2.Yıl- SAHU 3-4 Yıl Grubu ile fark  $p<0.05$

<sup>3</sup>AHU 3.Yıl- SAHU 5-6 Yıl Grubu ile fark  $p<0.05$

2. grupta kulak, burun, boğaz hastalıkları disiplini hakkında kendinizi yeterli bulma oranı 1. ve 3. gruplardan; 2.ve 3. gruplarda “Kulak, burun, boğaz hastalıkları disiplini ile ilgili aile hekimliği uzmanlık eğitimi sırasındaki eğitimi yeterli görmüyorsanız nedeniniz nedir?” sorusuna “Eğitim müfredatında yeterli yer verilmemesi” yanıtı verenlerin oranı 1. olan gruptan; 3. grupta kulak, burun, boğaz

hastalıkları disiplini aile hekimliği çekirdek eğitim programına eklenmeli yanıtı verenlerin oranı 2. olan gruptan anlamlı olarak daha yüksekti ( $p<0.05$ ),(Tablo 14)

**Tablo 15.** Katılımcıların asistanlık yılına göre göz disiplini hakkında bilgi düzeyleri

Çalışma süresi	1. grup	2. grup	3. grup	P
	Ort.±ss	Ort.±ss	Ort.±ss	
<i>Bir Aile Hekimi Asistanının Giresun ve İstanbul Medipol Üniversitelerinin Tıp Fakültelerinin Göz Hastalıkları Disiplini Hakkında Program Yeterlilikleri ve Türkiye Klinikleri Aile Hekimliğinde Göz Hastalıklarına Yaklaşım Arşivinden Edinilen Bilgiler 1-5 Arası 5 Puanlık Likert Ölçeğinden Oluşan Anket ile Sorgulanmaktadır.</i>				
Göz Hastalıklarından Göze Yabancı Cisim Kaçması, Kimyasal Yanıkta Acil Durumunu Tanımlayarak İlk Tedavisini Yapabilmek, Gerektiğinde Uzmanı Yönlendirebilmek	2.90 <sup>3</sup> ± 1.19	3.33 ± 1.51	3.96 ± 1.02	<b>0.000</b> <sup>K</sup>
Retina Dekolmanı ve Diyabetik Retinopati, Optik Sinir Hastalıkları ve Lens Hastalıkları Hastalıklarının Tanısını Koyabilmek Ve Tedavisi Hakkında Bilgi Sahibi Olmak	2.25 ± 1.05	2.08 ± 0.65	2.35 ± 1.39	0.947 <sup>K</sup>
Acil Olmayan Durumlardan Konjonktivit ve Keratit Gibi Kırmızı Göz Sebeplerinin Ön Tanısını Koyar, Gerekli Ön İşlemleri Yapmak Ve Uzmanı Yönlendirebilmek	3.25 <sup>3</sup> ± 1.23	3.17 ± 1.16	4.15 <sup>3</sup> ± 0.99	<b>0.000</b> <sup>K</sup>
Diabetik Retinopati Uzun Dönem Takibini Yapabilecek Kadar Göz Muayenesi Bilmek	1.90 ± 0.90	2.08 ± 1.13	1.96 ± 1.29	0.537 <sup>K</sup>
Görme Keskinliği 6 Ay-2 Yaş Arasında Olanlarda Yüzü, Bir Oyuncak veya Işık Kaynağını Fikse Etme Takip Etme Mevcuttur Bilgisine Sahip Olmak	2.70 <sup>3</sup> ± 1.28	2.50 <sup>3</sup> ± 1.34	3.73 ± 1.33	<b>0.000</b> <sup>K</sup>
Prematüre Retinopatisi Hastalık Tespit ve Tedavi Prensiplerini Bilmek	1.85 <sup>3</sup> ± 0.97	2.00 <sup>3</sup> ± 0.93	3.00 ± 1.31	<b>0.000</b> <sup>K</sup>
Keratokonusu Düşündüren Klinik Bulguların Varlığında Aile Taramasının Önemli Olduğunu Bunun Sonucunda Erken Tanı-Tedavinin Yapılması Gerektiğini Bilmek	2.00 <sup>3</sup> ± 1.06	2.17 ± 0.91	2.69 ± 1.30	<b>0.004</b> <sup>K</sup>
Enfeksiyöz Keratit Şüpheli Hastanın Göz Hastalıkları Uzmanı Yokken Acil Tedavisini Düzenleyip Göz Hastalıkları Uzmanına Sevkinin Gerçekleştirebilmek	2.15 <sup>3</sup> ± 1.02	2.3 <sup>3</sup> ± 1.04	3.12 ± 1.38	<b>0.000</b> <sup>K</sup>
Aile Hekimliği Polikliniğine Kırmızı Göz Şikayetiyle Gelen Hastanın Ayırıcı Tanısını Yapabilmek	2.55 <sup>3</sup> ± 1.03	2.50 <sup>3</sup> ± 0.97	3.38 ± 1.37	<b>0.000</b> <sup>K</sup>

<sup>K</sup> Kruskal-wallis (Mann-whitney u test)

<sup>3</sup>AHU 3.Yıl- SAHU 5-6 Yıl Grubu ile fark  $p<0.05$

AHU 3.yıl- SAHU 5-6 yıl olan grupta bir aile hekimi asistanının Giresun ve İstanbul Medipol Üniversitelerinin tıp fakültelerinin göz hastalıkları disiplini hakkında program yeterlilikleri ve Türkiye klinikleri aile hekimliğinde göz hastalıklarına yaklaşım anketi ‘Göz hastalıklarından göze yabancı cisim kaçması, kimyasal yanıkta acil durumunu tanımlayarak ilk tedavisini yapabilmek, gerektiğinde uzmana yönlendirebilme’, ‘Keratokonusu düşündüren klinik bulguların varlığında aile taramasının önemli olduğunu bunun sonucunda erken tanı-tedavinin yapılması gerektiğini bilme’ puanı 1. gruptan; 3. grupta bir aile hekimi asistanının ‘Acil olmayan durumlardan konjonktivit ve keratit gibi kırmızı göz sebeplerinin ön tanısını koyar, gerekli ön işlemleri yapmak ve uzmana yönlendirebilme’, ‘Görme keskinliği 6 ay-2 yaş arasında olanlarda yüzü, bir oyuncak veya ışık kaynağını fikse etme takip etme mevcuttur bilgisine sahip olma’, ‘Prematüre retinopatisi hastalık tespit ve tedavi prensiplerini bilme’, ‘Enfeksiyöz keratit şüpheli hastanın göz hastalıkları uzmanı yokken acil tedavisini düzenleyip göz hastalıkları uzmanına sevkini gerçekleştirebilme’, ‘Aile hekimliği polikliniğine kırmızı göz şikayetiyle gelen hastanın ayırıcı tanısını yapabilme’ puanı 1. ve 2. gruplardan anlamlı olarak daha yüksekti. (Tablo 15)

2. ve 3. gruplarda aile hekimliği polikliniğinde topikal steroidlerin uzun süre kullanımından sonra nasıl kesilmesi gerektiğini bilme oranı 1. gruptan; 3.grupta “Aile hekimliğinde gözünde kayser -fleischer halkası saptadığınız bir kız çocuğunun 1. derece akrabalarında laboratuvar tetkik istemi yaparken tercihiniz hangileridir?” sorusuna “serum bakır düzeyi” yanıtı verenlerin oranı 1.ve 2.gruplardan;1. ve 2.gruplarda “seruloplazmin konsantrasyonu”, “24 saatlik idrarda bakır analizi” yanıtı verenlerin oranı 2. gruplardan anlamlı olarak daha yüksekti. (Tablo 16)

**Tablo 16.** Katılımcıların asistanlık yılına göre topikal steroid kullanma becerisi, Wilson hastalığında tetkik isteme ve konjenital glokomu doğru tanıyabilme istatistikleri

Çalışma Süresi	1. grup		2. grup		3. grup			
	n	%	n	%	n	%		
Aile Hekimliği Polikliniğinde Topikal Steroidlerin Uzun Süre Kullanımından Sonra Nasıl Kesilmesi Gerektiğini Bilirim.	Evet	24 <sup>23</sup>	40.0%	24	66.7%	54	69.2%	<b>0.001</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
	Hayır	36	60.0%	12	33.3%	24	30.8%	
<b><i>Aile Hekimliğinde Gözünde Kayser - Fleischer Halkası Saptadığınız Bir Kız Çocuğunun 1. Derece Akrabalarında Laboratuvar Tetkik İstemi Yaparken Tercihiniz Hangileridir?</i></b>								
Karaciğer Fonksiyon Testleri	(-)	21	35.0%	9	25.0%	15	19.2%	0.110 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(+)	39	65.0%	27	75.0%	63	80.8%	
Serum Bakır Düzeyi	(-)	12	20.0%	9	25.0%	6	7.7%	<b>0.030</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(+)	48 <sup>3</sup>	80.0%	27 <sup>3</sup>	75.0%	72	92.3%	
Seruloplazmin Konsantrasyonu	(-)	15	25.0%	21	58.3%	18	23.1%	<b>0.000</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(+)	45	75.0%	15 <sup>13</sup>	41.7%	60	76.9%	
24 Saatlik İdrarda Bakır Analizi	(-)	21	35.0%	21	58.3%	24	30.8%	<b>0.016</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(+)	39	65.0%	15 <sup>13</sup>	41.7%	54	69.2%	
<b><i>Aile Sağlık Merkezinde 1 Aylık Bebeğimin Bir Gözü Diğerinden Daha Büyük Diyen Annenin Bebeğinin Göz Taraması Sonucu İçin Ne Yapılmasını Önerirsiniz?</i></b>								
Konjenital Glokom Açısından Mutlaka Uyutularak (Genel Anestezi Altında) Muayene Edilmelidir.	(-)	51	85.0%	30	83.3%	63	80.8%	0.804 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(+)	9	15.0%	6	16.7%	15	19.2%	
Retinoblastom Açısından Şüphelenip Göz Hastalıkları Uzmanına Sevk Ederim	(-)	21	35.0%	18	50.0%	36	46.2%	0.272 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(+)	39	65.0%	18	50.0%	42	53.8%	
Konjenital Katarakt Açısından Kırmızı Refle Testi Yapılarak Göz Hastalıkları Uzmanına Sevk Ederim	(-)	48	80.0%	24	66.7%	57	73.1%	0.338 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(+)	12	20.0%	12	33.3%	21	26.9%	

<sup>X<sup>2</sup></sup> Ki-kare test / <sup>1</sup>AHU 1.Yıl- SAHU 1-2 Yıl Grubu ile fark p<0.05

<sup>3</sup>AHU 3.Yıl- SAHU 5-6 Yıl Grubu ile fark p<0.05

3. grupta “Aile sağlık merkezi poliklinik pratiğinizde yenidoğan-3 aylık bebeklerde hangi patolojik durumlarda göz hastalıkları uzmanına sevki düşünürsünüz?” sorusuna “kayma muayenesinde şaşılık saptama”, “kayma muayenesinde nistagmus saptama” yanıtı verenlerin oranı 1.ve 2. gruptardan; 3.grupta “Aile hekimliği polikliniğinde ani görme kaybı olan 50 yaş üstü bir erkek hastada

laboratuvar tetkik isteminde hangilerini istemektesiniz?” sorusuna “ESH (Eritrosit Sedimentasyon Hızı), CRP, trombosit” yanıtı verenlerin oranı 1. ve 2. gruplardan; 3. grupta “tam kan sayımı, böbrek fonksiyon testi, açlık kan şekeri” yanıtı verenlerin oranı 1. ve 2. gruplardan; 1. grupta “tam kan sayımı, böbrek fonksiyon testi, açlık kan şekeri” yanıtı verenlerin oranı 2.gruptan; 1. ve 3.gruplarda “D-Dimer, İNH, kolesterol” yanıtı verenlerin oranı 2. gruptan anlamlı olarak daha yüksekti. (Tablo 17)

**Tablo 17.** Katılımcıların asistanlık yılına göre yenidoğan-3 aylık bebeklerdeki göz patolojileri göz hastalıkları uzmanı sevk istatistikleri

Çalışma Süresi	1. grup		2. grup		3. grup		
	n	%	n	%	n	%	
<b><i>Aile Sağlık Merkezi Poliklinik Pratiğinizde Yenidoğan-3 Aylık Bebeklerde Hangi Patolojik Durumlarda Göz Hastalıkları Uzmanına Sevki Düşünürsünüz?</i></b>							
Kayma Muayenesinde Şaşılık (-)	27	45.0%	15	41.7%	15	19.2%	<b>0.003</b> X <sup>2</sup>
Saptama (+)	33 <sup>3</sup>	55.0%	21 <sup>3</sup>	58.3%	63	80.8%	
30 Hafta ve Üzerinde Olanlarda Pupilde Işık Reaksiyonunun Olmaması (-)	12	20.0%	9	25.0%	12	15.4%	<b>0.462</b> X <sup>2</sup>
(+)	48	80.0%	27	75.0%	66	84.6%	
Kayma Muayenesinde Nistagmus (-)	24	40.0%	21	58.3%	12	15.4%	<b>0.000</b> X <sup>2</sup>
Saptama (+)	36 <sup>3</sup>	60.0%	15 <sup>3</sup>	41.7%	66	84.6%	
Kırmızı Refle Testinin Beyaz (-)	3	5.0%	3	8.3%	3	3.8%	p>0.05 X <sup>2</sup>
Donuk Olması (+)	57	95.0%	33	91.7%	75	96.2%	
<b><i>Aile Hekimliği Polikliniğinde Ani Görme Kaybı Olan 50 Yaş Üstü Bir Erkek Hastada Laboratuvar Tetkik İsteminde Hangilerini İstemektesiniz?</i></b>							
ESH (Eritrosit Sedimentasyon Hızı), CRP, Trombosit (-)	30	50.0%	18	50.0%	12	15.4%	<b>0.000</b> X <sup>2</sup>
(+)	30 <sup>3</sup>	50.0%	18 <sup>3</sup>	50.0%	66	84.6%	
Tam Kan Sayımı, Böbrek Fonksiyon Testi, Açlık Kan Şekeri (-)	12	20.0%	15	41.7%	6	7.7%	<b>0.000</b> X <sup>2</sup>
(+)	48 <sup>3</sup>	80.0%	21 <sup>13</sup>	58.3%	72	92.3%	
D-Dimer, İNH, Kolesterol (-)	21	35.0%	24	66.7%	33	42.3%	<b>0.009</b> X <sup>2</sup>
(+)	39	65.0%	12 <sup>13</sup>	33.3%	45	57.7%	
Ek Tetkik Tercih Etmem (-)	57	95.0%	33	91.7%	78	100.0%	p>0.05 X <sup>2</sup>
(+)	3	5.0%	3	8.3%	0	0.0%	

X<sup>2</sup> Ki-kare test / <sup>1</sup>AHU 1.Yıl- SAHU 1-2 Yıl Grubu ile fark p<0.05

<sup>3</sup>AHU 3.Yıl- SAHU 5-6 Yıl Grubu ile fark p<0.05

**Tablo 18.** Katılımcıların asistanlık yılına göre ehliyet için göz muayenesinde farkındalık ve demodex ilişkili blefarit tedavi ajan seçim istatistikleri

		1. grup		2. grup		3. grup		
		n	%	N	%	n	%	
Ehliyet İçin Sağlık Muayenesine Gelen 2.Grup Sürücü Hasta İçin Yapılan Göz Muayenesinde Snellen Eşeli Sonucu Her İki Gözde Ortalama 0,7 Olmalıdır ve 6 Metre Uzaklıktan Yapılmalıdır. Bunu Poliklinik Pratiğinizde Farkında Bir Şekilde Uyguluyor Musunuz?	Evet	33	55.0%	24	66.7%	57	73.1%	0.085 <sup>X2</sup>
	Hayır	27	45.0%	12	33.3%	21	26.9%	
<b><i>Aile Hekimliği Polikliniğinde Demodex İlişkili Blefarit Tanısı Alan Erkek Hastaya Tedavisini Nasıl Açıklamayı Tercih Edersiniz?</i></b>								
Oral İvermektin Tek Dozda 200 mcg/kg ve 1 Haftada 1 Tekrarlamasını Öneririm.	(-)	30	50.0%	12	33.3%	27	34.6%	0.128 <sup>X2</sup>
	(+)	30	50.0%	24	66.7%	51	65.4%	
Topikal Çay Ağacı Yağı ile 6 Hafta Boyunca Haftada 1 Göz Kapağını Ovmasını ve Çay Ağacı Şampuanı ile 6 Hafta Boyunca Günlük Uygulamasını Öneririm.	(-)	24	40.0%	15	41.7%	42	53.8%	0.218 <sup>X2</sup>
	(+)	36	60.0%	21	58.3%	36	46.2%	
Diğer	(-)	54	90.0%	36	100.0%	75	96.2%	<i>p</i> <0.05 <sup>X2</sup>
	(+)	6	10.0%	0 <sup>1</sup>	0.0%	3	3.8%	

<sup>X2</sup> Ki-kare test / <sup>1</sup>AHU 1.Yıl- SAHU 1-2 Yıl Grubu ile fark *p*<0.05

1. grupta “Aile hekimliği polikliniğinde demodex ilişkili blefarit tanısı alan erkek hastaya tedavisini nasıl açıklamayı tercih edersiniz?” sorusuna “diğer” yanıtı verenlerin oranı 2. gruptan anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 18).

3. grupta “Göz hastalıkları disipliniyle ilgili klinik problemlerinden hangilerini doğru teşhis edebilirsiniz?” sorusuna “indirekt görme azlığı bulguları” yanıtı verenlerin oranı 2. gruptan; 2. ve 3. gruplarda “retinal refleksinin alınmaması” yanıtı verenlerin oranı 1. gruptan; 3.grupta “gözde kayma – şaşılık”, “konjonktival yabancı cisim” yanıtı verenlerin oranı 1.ve 2. gruplardan; 1.grupta “gözde kayma – şaşılık”, “konjonktival yabancı cisim” yanıtı verenlerin oranı 2. gruplardan; 3.grupta “göz hareketlerinde kısıtlılık” yanıtı verenlerin oranı 1.ve 2. gruplardan anlamlı olarak daha yüksekti. (Tablo 19)

**Tablo 19.** Katılımcıların asistanlık yılına göre göz hastalıkları klinik problemleri doğru teşhis edebilme istatistikleri

Çalışma Süresi	1. grup		2. grup		3. grup			
	n	%	n	%	n	%		
<b>Göz Hastalıkları Disipliniyle İlgili Klinik Problemlerinden Hangilerini Doğru Teşhis Edebilirsiniz?</b>								
İndirekt Görme Azlığı Bulguları	(-)	42	70.0%	30	83.3%	45	57.7%	<b>0.022</b> X <sup>2</sup>
	(+)	18	30.0%	6 <sup>3</sup>	16.7%	33	42.3%	
Makroskopik Olarak Görülen Hipopiyon veya Hifema	(-)	33	55.0%	24	66.7%	42	53.8%	0.410 X <sup>2</sup>
	(+)	27	45.0%	12	33.3%	36	46.2%	
Pupilla Refleks Anomalileri	(-)	18	30.0%	12	33.3%	24	30.8%	0.941 X <sup>2</sup>
	(+)	42	70.0%	24	66.7%	54	69.2%	
Retinal Refleksinin Alınmaması	(-)	42	70.0%	15	41.7%	33	42.3%	<b>0.002</b> X <sup>2</sup>
	(+)	18 <sup>23</sup>	30.0%	21	58.3%	45	57.7%	
Gözde Kayma – Şaşılık	(-)	12	20.0%	15	41.7%	0	0.0%	<b>0.000</b> X <sup>2</sup>
	(+)	48 <sup>3</sup>	80.0%	21 <sup>13</sup>	58.3%	78	100.0%	
Konjonktival Yabancı Cisim	(-)	15	25.0%	18	50.0%	3	3.8%	<b>0.000</b> X <sup>2</sup>
	(+)	45 <sup>3</sup>	75.0%	21 <sup>83</sup>	50.0%	75	96.2%	
Göz Hareketlerinde Kısıtlılık	(-)	18	30.0%	6	16.7%	3	3.8%	<b>0.000</b> X <sup>2</sup>
	(+)	42 <sup>3</sup>	70.0%	30 <sup>3</sup>	83.3%	75	96.2%	
Direk Oftalmoskop ile Papilla, Makula ve Vasküler Yapıların Değerlendirilmesi	(-)	54	90.0%	33	91.7%	69	88.5%	0.867 X <sup>2</sup>
	(+)	6	10.0%	3	8.3%	9	11.5%	

X<sup>2</sup> Ki-kare test / <sup>1</sup>AHU 1.Yıl- SAHU 1-2 Yıl Grubu ile fark p<0.05

<sup>3</sup>AHU 3.Yıl- SAHU 5-6 Yıl Grubu ile fark p<0.05

3. grupta “ASM poliklinik pratiğinizde bir bebekte yapılan göz taramasında kırmızı refle testi muayenesi sonucu hangi patolojik durumlarda değerlendirilmek üzere göz hastalıkları uzmanına sevkini düşünürsünüz” sorusuna “asimetri olması”, “pupilin alt-üst segmentlerinde ayrı ayrı hilal görüntüleri”, “reflenin içinde karanlık noktalar” yanıtı verenlerin oranı 1. ve 2. gruplardan; 2. ve 3. gruplarda “beyaz refrenin olması”, “Aile hekimliğine kırmızı göz şikayetiyle gelen hastadan gerekli durumlarda göz hastalıkları uzmanına sevkini gerçekleştirebilirim.” yanıtı verenlerin oranı 1. gruptan anlamlı olarak daha yüksekti. (Tablo 20)

**Tablo 20.** Katılımcıların asistanlık yılına göre göz patolojisinin göz uzmanına sevk istatistikleri

Çalışma Süresi	1. grup		2. grup		3. grup			
	n	%	n	%	n	%		
<b><i>Aile Sağlık Merkezi Poliklinik Pratiğinizde Bir Bebekte Yapılan Göz Taramasında Kırmızı Refle Testi Muayenesi Sonucu Hangi Patolojik Durumlarda Değerlendirilmek Üzere Göz Hastalıkları Uzmanına Sevkinizi Düşünürsünüz</i></b>								
Refrenin Alınmaması	(-)	9	15.0%	6	16.7%	6	7.7%	0.271 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(+)	51	85.0%	30	83.3%	72	92.3%	
Asimetri Olması	(-)	18	30.0%	12	33.3%	12	15.4%	<b>0.049</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(+)	42 <sup>3</sup>	70.0%	24 <sup>3</sup>	66.7%	66	84.6%	
Beyaz Refrenin Olması	(-)	18	30.0%	3	8.3%	6	7.7%	<b>0.001</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(+)	42 <sup>23</sup>	70.0%	33	91.7%	72	92.3%	
Pupilin Alt-Üst Segmentlerinde Ayrı Ayrı Hilal Görüntüleri	(-)	33	55.0%	24	66.7%	21	26.9%	<b>0.000</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(+)	27 <sup>3</sup>	45.0%	12 <sup>3</sup>	33.3%	57	73.1%	
Refrenin İçinde Karanlık Noktalar	(-)	36	60.0%	24	66.7%	27	34.6%	<b>0.001</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(+)	24 <sup>3</sup>	40.0%	12 <sup>3</sup>	33.3%	51	65.4%	
Aile Hekimliğine Kırmızı Göz Şikayetiyle Gelen Hastadan Gerekli Durumlarda Göz Hastalıkları Uzmanına Sevkinizi Gerçekleştirebilirim.	Evet	60	100.0%	33	91.7%	72	92.3%	<b>p&lt;0.05</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
	Hayır	0	0.0%	3	8.3%	6	7.7%	

<sup>X<sup>2</sup></sup> Ki-kare test / <sup>1</sup>AHU 1.Yıl- SAHU 1-2 Yıl Grubu ile fark p<0.05

<sup>3</sup>AHU 3.Yıl- SAHU 5-6 Yıl Grubu ile fark p<0.05

2. grupta “Aile hekimliği poliklinik pratiğinizde kırmızı göz şikayeti olan kadın hastada eşlik eden durumların hangilerinde patoloji düşünmektesiniz?” sorusuna “kaşıntı” yanıtı verenlerin oranı 1. ve 3. Gruplardan; 3.grupta “öksürük” yanıtı verenlerin oranı 1. gruptan anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 21).

3. olan grupta “Blefarospazm hastalarında botulinum toksin tedavisi sonrası gelişen yan etkilerinin tolere edilebilmesi için hastalara ne önerirsiniz?” sorusuna “EMG kılavuzluğunda toksin uygulamasının yapılmasını öneririm.” yanıtı verenlerin oranı 2. gruptan anlamlı olarak daha yüksekti. (Tablo 21)

**Tablo 21.** Katılımcıların asistanlık yılına göre kırmızı gözde eşlik eden şikayetlerinde patoloji düşündürme ve blefarospazm hastalarının toksin tedavisi sonrası gelişen yan etkilere yaklaşım istatistikleri

Çalışma Süresi	1. grup		2. grup		3. grup		
	n	%	n	%	n	%	
<b><i>Aile Hekimliği Poliklinik Pratiğinizde Kırmızı Göz Şikayeti Olan Kadın Hastada Eşlik Eden Durumların Hangilerinde Patoloji Düşünmektесiniz?</i></b>							
Kaşınma	(-)	36 60.0%	12 33.3%	42 53.8%	<b>0.036</b> X <sup>2</sup>		
	(+)	24 <sup>2</sup> 40.0%	24 66.7%	36 <sup>2</sup> 46.2%			
Preauriküler Lenf Adenopati	(-)	21 35.0%	12 33.3%	18 23.1%	0.262 X <sup>2</sup>		
	(+)	39 65.0%	24 66.7%	60 76.9%			
Öksürük	(-)	51 85.0%	27 75.0%	45 57.7%	<b>0.002</b> X <sup>2</sup>		
	(+)	9 <sup>3</sup> 15.0%	9 25.0%	33 42.3%			
Kontakt Lens Kullanımı	(-)	12 20.0%	12 33.3%	30 38.5%	0.064 X <sup>2</sup>		
	(+)	48 80.0%	24 66.7%	48 61.5%			
<b><i>Blefarospazm Hastalarında Botulinum Toksin Tedavisi Sonrası Gelişen Yan Etkilerinin Tolere Edilebilmesi İçin Hastalara Ne Önerirsiniz?</i></b>							
Gözde Oluşan Yan Etkiler İçin Bir Göz Hastalıkları Uzmanına Yönlendiririm.	(-)	21 35.0%	6 16.7%	24 30.8%	0.150 X <sup>2</sup>		
	(+)	39 65.0%	30 83.3%	54 69.2%			
Sternokleidomastoid Kasına Enjeksiyon Yapılmamasını Öneririm.	(-)	45 75.0%	33 91.7%	63 80.8%	0.130 X <sup>2</sup>		
	(+)	15 25.0%	3 8.3%	15 19.2%			
EMG Kılavuzluğunda Toksin Uygulamasının Yapılmasını Öneririm.	(-)	48 80.0%	33 91.7%	54 69.2%	<b>0.024</b> X <sup>2</sup>		
	(+)	12 20.0%	3 <sup>3</sup> 8.3%	24 30.8%			
3 Aylık Aralarla Enjeksiyonun Yapılmasını Öneririm.	(-)	51 85.0%	33 91.7%	60 76.9%	0.130 X <sup>2</sup>		
	(+)	9 15.0%	3 8.3%	18 23.1%			
Göz Hastalıkları Disiplini Hakkında Kendinizi Yeterli Görüyor Musunuz?	Evet	9 15.0%	0 0.0%	9 11.5%	0.059 X <sup>2</sup>		
	Hayır	51 85.0%	36 100.0%	69 88.5%			

X<sup>2</sup> Ki-kare test / <sup>1</sup>AHU 1.Yıl- SAHU 1-2 Yıl Grubu ile fark p<0.05

<sup>3</sup>AHU 3.Yıl- SAHU 5-6 Yıl Grubu ile fark p<0.05

2. ve 3. gruplar “Göz hastalıkları disiplini ile ilgili aile hekimliği uzmanlık eğitimi sırasındaki eğitimi yeterli görmüyorsanız nedeniniz nedir?” sorusuna “Eğitim müfredatında yeterli yer verilmemesi” yanıtı verenlerin oranı 1. gruptan anlamlı olarak yüksekti (Tablo 22).

**Tablo 22.** Katılımcıların asistanlık yılına göre göz disiplini ile ilgili düşünceleri istatistikleri

Çalışma Süresi	1. grup		2. grup		3. grup		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Göz Hastalıkları Disiplini ile İlgili Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Sırasındaki Eğitimi Yeterli Görmüyorsanız Nedeniniz Nedir?</b>							
Zorunlu Rotasyon Olmaması (-)	15	25.0%	6	16.7%	15	19.2%	0.567 <sup>X<sup>2</sup></sup>
(+)	45	75.0%	30	83.3%	63	80.8%	
Pratik Uygulama Yapma İmkanının Sağlanmaması (-)	24	40.0%	12	33.3%	33	42.3%	0.659 <sup>X<sup>2</sup></sup>
(+)	36	60.0%	24	66.7%	45	57.7%	
Eğitim Müfredatında Yeterli Yer Verilmemesi (-)	36	60.0%	12	33.3%	33	42.3%	<b>0.024</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
(+)	24 <sup>2</sup> <sub>3</sub>	40.0%	24	66.7%	45	57.7%	
Eğitim İçeriğinin 1.Basamak Hekimliğine Uygun Düzenlenmemiş Olması (-)	24	40.0%	18	50.0%	45	57.7%	0.120 <sup>X<sup>2</sup></sup>
(+)	36	60.0%	18	50.0%	33	42.3%	
Göz Hastalıkları Disiplini Aile Hekimliği Çekirdek Eğitim Programına Eklenmeli Mi? Evet	48	80.0%	27	75.0%	75	96.2%	<b>0.002</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
Hayır	12	20.0%	9	25.0%	3 <sup>12</sup>	3.8%	

<sup>X<sup>2</sup></sup> Ki-kare test / <sup>2</sup>AHU 2.Yıl- SAHU 3-4 Yıl Grubu ile fark p<0.05

<sup>3</sup>AHU 3.Yıl- SAHU 5-6 Yıl Grubu ile fark p<0.05

SAHU grubunda “Göz hastalık disiplini ile ilgili aile hekimliği uzmanlık eğitimi sırasındaki eğitimi yeterli görmüyorsanız nedeniniz nedir?” sorusuna “Pratik uygulama yapma imkanının sağlanmaması”, “Eğitim içeriğinin 1.basamak hekimliğine uygun düzenlenmemiş olması” yanıtı verenlerin oranı AHU grubundan anlamlı olarak daha yüksekken SAHU grubunda göz hastalıkları disiplini hakkında kendinizi yeterli görme oranı AHU grubundan anlamlı olarak daha yüksekti (p<0.05), (Tablo 23).

**Tablo 23.** Katılımcıların AHU VE SAHU durumlarına göre göz ve KBB disiplini ile ilgili düşünceleri

		AHU		SAHU			
		n	%	n	%		
<b>Göz Hastalıkları Disiplini ile İlgili Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Sırasındaki Eğitimi Yeterli Görmüyorsanız Nedeniniz Nedir?</b>							
Zorunlu Rotasyon Olmaması	(-)	30	23.8%	6	12.5%	0.100	X <sup>2</sup>
	(+)	96	76.2%	42	87.5%		
Pratik Uygulama Yapma İmkanının Sağlanmaması	(-)	57	45.2%	12	25.0%	0.015	X <sup>2</sup>
	(+)	69	54.8%	36	75.0%		
Eğitim Müfredatında Yeterli Yer Verilmemesi	(-)	63	50.0%	18	37.5%	0.140	X <sup>2</sup>
	(+)	63	50.0%	30	62.5%		
Eğitim İçeriğinin 1.Basamak Hekimliğine Uygun Düzenlenmemiş Olması	(-)	69	54.8%	18	37.5%	0.042	X <sup>2</sup>
	(+)	57	45.2%	30	62.5%		
Göz Hastalıkları Disiplini Aile Hekimliği Çekirdek Eğitim Programına Eklenmeli Mi?	Evet	108	85.7%	42	87.5%	0.760	X <sup>2</sup>
	Hayır	18	14.3%	6	12.5%		
Göz Hastalıkları Disiplini Hakkında Kendinizi Yeterli Görüyor Musunuz?	Evet	9	7.1%	9	18.8%	0.025	X <sup>2</sup>
	Hayır	117	92.9%	39	81.3%		
Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları Disiplini Hakkında Kendinizi Yeterli Buluyor Musunuz?	Evet	15	11.9%	18	37.5%	0.000	X <sup>2</sup>
	Hayır	111	88.1%	30	62.5%		
<b>Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları Disiplini ile İlgili Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Sırasındaki Eğitimi Yeterli Görmüyorsanız Nedeniniz Nedir?</b>							
Zorunlu Rotasyon Olmaması	(-)	36	28.6%	15	31.3%	0.729	X <sup>2</sup>
	(+)	90	71.4%	33	68.8%		
Pratik Uygulama Yapma İmkanının Sağlanmaması	(-)	48	38.1%	30	62.5%	0.004	X <sup>2</sup>
	(+)	78	61.9%	18	37.5%		
Eğitim Müfredatında Yeterli Yer Verilmemesi	(-)	57	45.2%	33	68.8%	0.006	X <sup>2</sup>
	(+)	69	54.8%	15	31.3%		
Eğitim İçeriğinin 1.Basamak Hekimliğine Uygun Düzenlenmemiş Olması	(-)	72	57.1%	18	37.5%	0.020	X <sup>2</sup>
	(+)	54	42.9%	30	62.5%		
Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları Disiplini Aile Hekimliği Çekirdek Eğitim Programına Eklenmeli Mi?	Evet	117	92.9%	45	93.8%	0.835	X <sup>2</sup>
	Hayır	9	7.1%	3	6.3%		

X<sup>2</sup> Ki-kare test

SAHU grubunda kulak, burun, boğaz hastalıkları disiplini hakkında kendini yeterli bulanların oranı AHU grubundan anlamlı olarak daha yüksek, SAHU grubunda “Kulak, burun, boğaz hastalıkları disiplini ile ilgili aile hekimliği uzmanlık eğitimi sırasındaki eğitimi yeterli görmüyorsanız nedeniniz nedir?” sorusuna “Pratik

uygulama yapma imkanının sağlanmaması “, “Eğitim mufredatında yeterli yer verilmemesi“ yanıtını verenlerin oranı AHU grubundan anlamlı olarak daha düşükken SAHU grubunda “Eğitim içeriğinin 1.basamak hekimliğine uygun düzenlenmemiş olması“ yanıtını verenlerin oranı AHU grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ( $p<0.05$ ), (Tablo 23).



## 5. TARTIŞMA

Çalışmada veri toplamak için araştırmacılar tarafından literatür taraması yapılarak hazırlanan anket kullanıldı. Ankette asistanların göz hastalıkları ve KBB disiplini konusunda kendilerini yeterli görüp görmedikleri, yetersiz gördükleri alan, sebepleri ve çözüm önerilerine yer verildi.

Tıp fakültesi mezunu bir hekimin kulak, burun, boğaz ve göz disiplinleri eğitimini ve bunun süresini yeterli bulanların sonuçları istatistiksel anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. Adı geçen disiplinlerin aile hekimliği uzmanlık dalında verilen eğitimde kapsayıcı şekilde yer alması ihtiyaç olan tıbbi yeterlilik öğrenme seviyesi gösterilmişti (Tablo 1-2).

Bu program yeterliliklerinin farklı fakültelerde belirtildiği üzere derlendiği unutulmamalı ve bir aile hekimi asistanının eğitim düzeyini ölçme konusunda gerçekçi olduğu düşünülebilir. Bu düşünceden hareketle aile hekimliğine uygun bir çekirdek eğitim programı oluşturulabilir. Diğer bilinmesi gereken durum bu hastalıklara sahip kişilerin aile hekimliğinde en çok sevk gerektiren ilk 3 branşın ilgi alanına girmesidir (37). Aile hekimi asistanlarının bu konularda kazanması gereken yetkinliklere sahip olması kişiyi hastaneye getiren kulak, burun, boğaz ve göz şikayetlerinin birinci uzmanlık alanının seçimi aile hekimliği olması halinde diğer ilgili branşlara düşen iş yükünü azaltacağı açıktır. Oluşturulan ankette sorgulanan bilgiler ışığında oluşan fikirler ise ilk olarak hangi hastalık gruplarında gerekli eğitim programlarının verilmesini içerebileceğini açıklamaktadır.

Bunların olması için; ilgili eğitimciler duyarlı bir şekilde geri dönüş olarak bakanlık nezdinde bilgiler sunmalıdır. Geliştirici, eğitici rotasyon programlarının oluşturulması da diğer iki branş hekiminin eğitim becerisine kalmış olup sunulmuş olan bilgiler yol gösterici olabilir. Fikirler realistik olmakla birlikte pratik anlamda da bir perspektif çizebilir. Bu bakıştan oluşan yöneliş doğrultusunda hareket ederek eğitim içeriği zenginleştirilebilir. Tabi ki oluşacak görüş birliği ile ankette elde ettiğimiz sonuçlar doğrultusunda hareket eder ve aile hekimi asistanlarının göz ve kulak-burun-boğaz hastalıkları hakkında bilgi düzeylerinin asistanlık yılıyla ilişkisi anlamlı bir özellik taşımadığı için gerek görülürse buna yönelik önlemler alınabilir.

Tıp fakültesinden mezun olan hekimlerin hastaların tıbbi ihtiyaçlarını gidermeleri için tıp eğitimi sırasındaki tutum, yetenek, bilgi edinmeleri; bu yaklaşımları beceri şeklinde sunmaları ve ustalaşmaları gerekmektedir (38).

Asistanlık eğitimi dışında mezuniyet öncesi eğitimdeki eksiklikler kişiyi özgüvensiz hissettirmekte bu nedenle aile hekimi asistanları kulak, burun, boğaz ve göz hastalıkları hakkında ustaca tutum sergilememekte oldukları yadsınamaz (39).

O yüzden bu disiplinler ile ilgili sorulan bilgilerin sonuçları bulgular kısmında belirtilmiş olup burada tekrar tartışmaya gerek yoktur. Bunun için yapılması lüzum olan şeyler eğitim aile sağlık merkezlerinde ve AH polikliniklerinde eksik gereçlerin tamamlanması, zorunlu rotasyonların eğitim müfredatına eklenmesi, sağlık bakanlığı nezdinde tıp mezuniyeti sonrası hastalıklara uygun yaklaşım hakkında eğitici ve geliştirici kongrelerin düzenlenmesi, uzmanlık öğrencilerine yönelik pratik uygulama alanları oluşturmak ve ilgili öğretim üyesinin bu disiplinler hakkındaki yorumlarını kapsayacak bir ön test olacak şekilde aile hekimi asistanına sunulmalıdır.

Göz hastalıkları bölümü hakkında yapılan anket sonuçlarına göre; aile sağlık merkezinde de ehliyet göz muayenesinde snellen eşeli uygulanırken 6 metre mesafe göz ardı edilebilir. Çünkü bu sağlık kuruluşlarının fiziki şartları buna elverişli değil. Ankette serbest metin yanıtlarında bir katılımcı açıklamış ve belirtmiş olup bunun düzeltilmesi için yapılan çalışmalar yoktur. Diğer bir deyişle sağlık bakanlığı aile sağlık merkezini buna göre düzenlenmemiştir. Hangi koşullar olursa olsun göz muayenesinde yapılacak yanlış uygulamalar kişiye trafik kazası olarak dönebilir. Farklı görüşler için ankete soru eklenmemiş ama yaptığımız tıbbi uygulamalarda bu açıkça farkediliyor. Doktorlar bunu bahane etmemelidir ve Türkiye 'de bu koşullarda çalışmak doğru olmasa da görevini tam olarak yerine getirmeye çalışmalıdır.

Diyabetik retinopati uzun dönem takibinin yapılması ile çıkan anket sonucuna göre şu bilgiler akılda tutulmalıdır; çalışmalar, oftalmologların veya diyabet uzmanlarının, erken diyabetik retinopatiyi tespit etmede genel dahiliye uzmanları veya aile hekimlerine göre daha duyarlı olduklarını bildirmiştir. Her ne kadar dilate stereoskopik fundus fotoğrafı diyabetik retinopatinin tespiti için altın standart olmaya devam etse de, uzman bir doktor tarafından yapılan klinik muayene, hastalığın belirli

özelliklerinin saptanmasında daha duyarlıdır (40). Hastanın muayeneye katılımındaki devamsızlıkla ilgili sosyodemografik ve klinik faktörlerin yanı sıra doktorun taramaya yönelik hastaya yaptığı teşvikleri ve hastanın engelleri de incelenmelidir. Bu teşvikler aile hekimliği asistanlarının diyabetik retinopatiyi tedavi etme olasılığı konusunda farkındalık oluşturması ve saptanan bu bozukluğun görme üzerindeki etkilerinin hasta tarafından bilinmesi ile yapılabilir.

Amerika’da yapılan bir çalışmada likert ölçeğiyle ölçülen güven düzeyleri tablo 3 e göre aile hekimliği uzmanlık alanlarındaki yanıt verenlerin çoğunluğu tiroid göz hastalığı (1,6 ±0,9),romatolojik durumlar (1,5± 0,8) ve sjögren sendromu dahil olmak üzere genellikle oküler şikayetlerle ilişkili sistemik durumlar bildirilen en düşük ortalamaya sahipken; tablo 4 te eğitim yılına göre artış olmadı. Makalenin sonucunda hasta muayene ve tedavi etmede ,bakımını iyileştirmek için acil oftalmik sevkler olan ihtiyacın tanınmasında asistanların konfor seviyelerini “hafif rahatlık”ın ötesinde geliştirmek için birinci basamak bakım ve acil tıp uzmanlık programlarında daha fazla oftalmik eğitim gereklidir (41).

Likert ölçeğiyle yapılan katılımcıların göz hastalıkları hakkındaki yeterlilik düzeyleri anket sorusunda diyabetik retinopati uzun dönem takibini yapabilecek kadar göz muayenesi yapabilmek hiç yeterli değilim şeklindedir.

Aile sağlık merkezlerinde semptomu bulunmayan açık olmayan göz hastalığı taraması aile hekimleri tarafından yapılabilir. Periyodik sağlık kontrollerinde çocuklar ve bebekler için doğuştan bir patoloji varlığının saptanması ileride oluşabilecek göz bozukluklarını önleyebilir. Bu taramaları yaparken bu hastalıkların tanısını koyabilmek, tedavi edebilmek için bazı temel araçların bulunması zaruridir. Bu temel araçlar cep feneri / lamba, oftalmoskop, snellen uzak görme eşeli, göz kapama pamuğu ve yara bandı, topikal antibiyotikli damla/ pomat, büyüteç, kıl-kirpik çekme pensi şeklinde sayılabilir (42).

Değişik makalelerde, KBB hastalıkları semptomları bulunan kişilerin ilk önce kulak-burun-boğaz uzman doktorlarına randevu aldığı iletilmiştir. Ayrıca bu patolojiler birinci basamak başvurularının büyük bir kısmını oluşturmakta ve bu sağlık kuruluşlarında sağaltım yapılabilen bozukluklardır. Hastaların bu şikayetlerle aile

hekimlerine gitmeme sebepleri arasında asıl neden genellikle aile hekimlerinin gereksinimi karşılayacak donanımına sahip olduğuna inanmamalarıdır. Türkiye’de kişilerin aile hekimliğinin sistemini benimseyebilmesi için yeterli doktor sayısına, iyi eğitilmiş uzman aile hekiminin olmasına, sevk zincirinin ve uygun ortamın varlığına bağlıdır (43,44,45).

Anket sonucuna göre LFR yönetiminde ‘Muayene araçları yetersiz ise endoskopik inceleme ve diğer tanı yöntemleri için bir kulak, burun, boğaz kliniğine yönlendiririm.’ diyen kişiler 123 kişi %70, 7 oranındaydı. Bu da bize uygun ortamın önemini göstermektedir.

Alerjik rinit basamak tedavisi tezde belirtilirken kulak, burun, boğaz hastalıkları hakkında asistan tutumları değerlendirilen anket sorusunda hekimlerin ilaç seçim farklılıkları dikkat çekerken bu bozuklukta, ilaçlarla ve allerjen bağışıklık tedavisi için geliştirilmiş sağaltım basamakları için ileri kuşak kılavuzlar hiç vakit geçirilmeksizin yapılması gereklidir.

‘Trakeostomi endikasyonlarından hangisinin yönetimini yapabilirsiniz?’ anket sorusunun sonucunda total larenjektomili hasta hakkında ‘fikrim yok’ diyenler çoğunlukta idi. SAHU grubunda palyatif serviste 60 yaş ve üzeri hastalarda trakeostomi endikasyonlarından “total larenjektomili hastayı” yönetemeyeceğini düşünenlerin oranı AHU grubundan anlamlı olarak daha düşüktü ( $p<0.05$ ). Bu konuda eğitilmiş hemşirelerin doktorlara kıyasla daha etkili bakım hizmeti verdiği düşünülmüştür (46). Suudi Arabistan'da yapılan anket çalışmasında bu ameliyat sonrası takılan stoma tıkanmasının sonucunu doğru tespit edenler aile hekimleri asistanlarında karşılaştırılan branşlara göre daha yaygındır (47).

Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerine yönelik tez anketine göre obstrüktif uyku apne sendromu sorusu hakkında yanıtlardan ‘pulmoner hipertansiyon açısından göğüs hastalıklarına yönlendiririm’ diyenler daha az orana sahiptir. Bu oran pulmoner hipertansiyon etyolojisi hakkında 1.basamak çalışacak hekimlerin daha az bilgi seviyesine sahip olduğunu göstermektedir.

Suudi Arabistan'da yapılan 10 soruluk anketin birinci basamak hekimleri tarafından ani sensörinöral işitme kaybının yönetimine ilişkin aşinalık en az doğru

bilgiye sahipti (%19,2). Burun tıkanıklığı / akıntısı ile başvuran hasta birinci basamak tedavisinin %87,6 oranda genel bilgiye sahip olması açısından ikinci sırada takip ettiği görülmektedir (47).

Bizim çalışmanın istatistik sonuçlarına göre ani sensörinal işitme kaybının tedavisinde %27,6 beceriye sahipken, radyolojik tetkik önerme sırasıyla manyetik rezonans %25,9 ve kranial bilgisayarlı tomografi %44,9 şeklindedir. Bu oranlar göz önüne alındığında yapılan önerilerde bu patolojinin yönetiminde bilgi eksiklikleri olduğunu söyleyebiliriz. Burun tıkanıklığı / akıntısı ile başvuran hasta muayenesini ve anterior rinoskopi uygulamasını yapmak ort 2,59 +/- ss n %1,34 puanıyla bu konuda likert ölçeğine göre hiç yeterli değilim veya ne yeterliyim ne değilim şeklindeydi.

Tıp fakültesi mezunları %76,1'i ön burun tamponu, %69,3'ü kulak lavajı/aspirasyonu uygulamasını gördüğünü ancak yapmadığını; %50'nin de arka burun tamponu uygulamasını hiç görmedikleri anlaşılmıştır (48).

Aile hekimliği uzmanlarının KBB hakkında bilgi puanı ortalaması 6,29 (SS 1,63) olup, eğitim düzeyinde göre değerlendirme sonuçları gruplandırıldığında en yüksek ortalamaya 6,61 ile 3.dönem sahip olurken, bunu 2. yıldakiler (ortalama: 6,19) takip etmektedir (47).

Bilgi değerlendirme sonuçları Tablo 4'te uzmanlık eğitimi sırasında kulak burun boğaz alanında klinik rotasyon yapılanların bilgi puanı ortalaması, yapılmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunurken ( $p<0,001$ ), yapılan ve yapılmayanların bilgi puanı farkı ise istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti ( $p<0,001$ ) ve tıp fakültesi sırasındaki klinik rotasyon anlamlı düzeyde farklı değildi ( $p=0,339$ ) (47). Bizim çalışmamızda KBB ve göz rotasyonu alan bir aile hekimi asistanı mevcut olup bilgi düzeyi almayan asistanlara göre yüksek bulunmuştur. Fakat istatistiksel olarak tek asistan olduğu için anlamlı bir fark olarak değerlendirilememiştir.

Çalışmamızdaki anketimizde, % 89.7 oranında aile hekimi asistanlarından, göz disiplinleri hakkında eğitimi yeterli bulmayanların nedeni sorusuna 'eğitim müfredatında yeterli yer verilmemesi' cevap veren çalışma süresi 2.ve 3.grupta anlamlı derecede yüksektir.

Chan ve ark. yaptığı çalışma sonucuna göre aile hekimliği ihtisası alan 1. ve 2. yılındaki asistanlar Uluslararası Oftalmoloji Konseyi'nin tavsiyelerine göre yeterli sayıda saat oftalmolojik eğitim almış olmalarına rağmen, oftalmolojik rahatsızlıkları yönetme konusunda yeterli konfora sahip değillerdir **(50)**.

Çalışmamızda KBB bilgi düzeyleri tablosunda 'Epistaksiste anterior burun tamponu koymak için gerekli basamakları bilmek ve takipler neticesinde kanama kontrolü yapıldıktan sonra tamponu geri alma' maddesi 3. grupta diğer gruplara göre bilgi düzeyi anlamlı olarak daha yüksektir.

Dr Michele M.Carr ve ark. çalışmasında aile hekimliği asistanlarından epistaksis yönetimine ilişkin kısa cevaplı bir testi tamamlamaları ve ardından anterior nazal tamponun yerleşimini göstermeleri istenmiş ve vakaların %50'sinde bu problemle karşılaşmış olmalarına rağmen asistanların ortalama puanları %30'un altındadır ve bu da bu alanda bilgi eksikliğine işaret ediyordur **(51)**.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmanın sonucunda asistanlık yılıyla aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin göz ve KBB hastalıkları hakkında bilgi, tutum ve görüşleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu nedenle bilgi düzeyinin düşük olduğu asistanlık süresi gruplarında KBB ve göz hastalıkları açısından bilgi düzeyinin artırılmasına yönelik müdahaleler yapılabileceğini ve gerek görülürse bu iki disipline de asistanlık eğitiminde rotasyon olarak yer verileceğini düşünmekteyiz.

Mezun olan her tıp öğrencisinin bilmesi gerekenlerin yeniden gözden geçirilmesi gerektiğini çıkarabileceğimiz anket yanıtlarının sonuçlarından diğer bir gözlem ise genel olarak katılımcıların oküler rahatsızlıkları ve acil durumları yönetmekten ziyade teşhis koyma konusunda daha yetenekli olduklarıdır. Müfredatlarda sevk yönetimi konusuna daha fazla vurgu yapılmalı; iyi düşünülmüş klinik beceri test sistemlerinin netliğe ve yönlendirmelere ilişkin endikasyon gerekliliğine sahip olmalıdır. Tıp fakültesinde görülen stajların etkililiği pratik hayata yansımada bazı güçlükler olduğunu düşünmekteyiz (49).

## 7. KAYNAKLAR

- 1- Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği-Özel Konular 14.Cilt 3.Sayı Aile Hekimliğinde Kulak Burun Boğaz Hastalıklarına Yaklaşım 2023, ÖNSÖZ
- 2- Justin Allen, Bernard Gay, Harry Crebolder, Jan Heyrman, Igor Svab, Paul Ram. THE EUROPEAN DEFINITION OF GENERAL PRACTICE / FAMILY MEDICINE. WONCA. Published online 2005.
- 3- Kahramanmaraş Sütçü Üniversitesi, Tıp Fakültesi 2021-2022 EĞİTİM ÖĞRETİM YILI, DÖNEM 5, KULAK BURUN BOĞAZ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI DERS PROGRAMI,  
ErişimLinki:[https://tipfakultesi.ksu.edu.tr/depo/belgeler/Kulak%20Burun%20Bo%20C4%9Faz%20Hastal%20C4%B1klar%20C4%B1\\_2207261012187637.pdf](https://tipfakultesi.ksu.edu.tr/depo/belgeler/Kulak%20Burun%20Bo%20C4%9Faz%20Hastal%20C4%B1klar%20C4%B1_2207261012187637.pdf)
- 4- TIP623 Kulak Burun Boğaz,Karabük Üniversitesi google sekmesi
- 5- Rosenfeld RM, Shin JJ, Schwartz SR, Coggins R, Gagnon L, Hackell JM et al. Clinical practice guideline: Otitis media with effusion executive summary (Update) Otolaryngol Head Neck Surg. 2016;154(2):201-14.
- 6- Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği-Özel Konular 14.Cilt 3.Sayı Aile Hekimliğinde Kulak Burun Boğaz Hastalıklarına Yaklaşım 2023 ,Berna Erdoğmuş Mergen,Tinnitus ve Vertigo,syf:41
- 7- 6. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi | Turkish Journal of Family Practice | Cilt 19 | Sayı 3 2015, Aile Hekimliği Araştırma Günleri Bildiri Özetleri - Bölüm: I ,syf:136 Erişim linki :[https://jag.journalagent.com/tahd/pdfs/TAHD\\_19\\_3\\_134\\_171.pdf](https://jag.journalagent.com/tahd/pdfs/TAHD_19_3_134_171.pdf)
- 8- Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği-Özel Konular 14.Cilt 3.Sayı Aile Hekimliğinde Kulak Burun Boğaz Hastalıklarına Yaklaşım 2023, Muhammed Mustafa Uzan, Rinit ve Sinüzitler, syf:72-73
- 9- ErişimLinki:<https://thoracrespract.org/en/2019-aria-care-pathways-for-allergic-rhinitis-turkey-165498>
- 10- Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği-Özel Konular 14.Cilt 3.Sayı Aile Hekimliğinde Kulak Burun Boğaz Hastalıklarına Yaklaşım 2023, Hande İleri, Ses Kısıklığına Yaklaşım, syf:77
- 11- Yağmur Akballı, Nesrin Nural2 Palyatif Ünitesinde Bakım Veren Olarak Trakeostomi ile Karşı Karşıya Kalmak: Olgu Sunumu Erişim Linki: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/2640216>

- 12- Dr. Gülten ÜTEBEY, Trakeostomili Palyatif Bakım Hastalarının Plansız Hastane Başvuru Nedenleri: Retrospektif Çalışma, KBB-Forum 2022;21(1) www.KBB-Forum.net Erişim Linki: [https://kbb-forum.net/journal/uploads/pdf/pdf\\_KBB\\_570.pdf](https://kbb-forum.net/journal/uploads/pdf/pdf_KBB_570.pdf)
- 13- Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği-Özel Konular 14.Cilt 3.Sayı Aile Hekimliğinde Kulak Burun Boğaz Hastalıklarına Yaklaşım 2023, Tevfik Tanju Yılmaz, İşitme Kaybına Yaklaşım, syf:58,59
- 14- ODONTOJENİK ENFEKSİYON KAYNAKLI FASYALALAN APSELERİ, Peker E, Karaca İR, GÜ Diş Hek Fak Derg 29(2): 134, 2012 Erişim Linki: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/278096>
- 15- KULAK BURUN ve BOĞAZ HASTALIKLARI STAJ REHBERİ 2021-2022, KULAK BURUN ve BOĞAZ HASTALIKLARI STAJI ÖĞRENİM HEDEFLERİ Erişim Linki: [https://www.medipol.edu.tr/sites/default/files/2022-08/D\\_V\\_KBB\\_staj\\_defter%C4%B1.pdf](https://www.medipol.edu.tr/sites/default/files/2022-08/D_V_KBB_staj_defter%C4%B1.pdf)
- 16- Evaluation of the Use of the Mistik Score and Modified Centor Score in Sore Throat, Aslaner H et al., syf:123-124 Erişim Linki: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1443898>
- 17- Erişim Linki: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fsurg.2023.1221932/full>
- 18- Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği-Özel Konular 14.Cilt 3.Sayı Aile Hekimliğinde Kulak Burun Boğaz Hastalıklarına Yaklaşım 2023, Yusuf Adnan Güçlü,Larengofarengal Reflü,syf:93
- 19- Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği-Özel Konular 14.Cilt 3.Sayı Aile Hekimliğinde Kulak Burun Boğaz Hastalıklarına Yaklaşım 2023, Nil Tekin ve ark. , Kulak Burun Boğaz Acilleri,syf:10
- 20- GÖZ HASTALIKLARI STAJ REHBERİ 2020-2021, GÖZ HASTALIKLARI STAJI ÖĞRENİM HEDEFLERİ Erişim Linki: <https://www.medipol.edu.tr/sites/default/files/2022-07/G%C3%B6z%20Hastal%C4%B1klar%C4%B1%20Staj%20Rehberi%202020-2021-a229ddb0-6558-463f-bb6f-3f24acee41cc.pdf>
- 21- GİRESUN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DÖNEM-V 2022-2023 EĞİTİM PROGRAMI AKADEMİK TAKVİMİ, GÖZ HASTALIKLARI STAJI AMAÇ VE PROGRAM ÇIKTILAR
- 22- Sürücü adaylarının ve sürücülerin sahip olmaları gereken sağlık şartlarına ve muayenelerine ilişkin genel esaslar,13/10/1983 tarihli ve 2918 sayılı,Karayolları Trafik Kanununun 41 inci maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi ,RG-29/12/2015-2957

- 23- Hanağası ve ark.: Wilson Hastalığı, syf:125 Erişim Linki:  
<https://jag.journalagent.com/tjn/pdfs/TJN-60566-REVIEWS-HANAGASI.pdf>
- 24- Glokom El Kitabı, yıl:2018, syf:21 Erişim Linki: <https://www.todnet.org/glokom/glokom-el-kitabi.pdf>
- 25- Melahat Akdeniz ve ark. , Akut Görme Kaybı Olan Hastaya Yaklaşım, Başlık: Akut Görme Kaybının Değerlendirilmesi, Syf 10 Başlık: B-Ağrısız Ani Görme Kayıpları, Syf 13, Türkiye Klinikleri Aile Hekimliğinde Göz Hastalıklarına Yaklaşım Makalesi Erişim Linki:  
<https://dijitalakademi.turkiyeklinikleri.com/flippage/aile-hekimligi-ozel-arsiv/12-5/tr-index.html#p=23> <https://dijitalakademi.turkiyeklinikleri.com/flippage/aile-hekimligi-ozel-arsiv/12-5/tr-index.html#p=26>
- 26- Atatürk Üniversitesi Tıp Bülteni,21 (2) Syf:537 , Topikal Kortikosteroidler Erişim Linki:  
<https://www.eajm.org/content/files/sayilar/100/buyuk/29.pdf>
- 27- Fatma Gökşin Cihan, Blefarit , syf:26,Türkiye Klinikleri Aile Hekimliğinde Göz Hastalıklarına Yaklaşım Makalesi Erişim linkleri:  
<https://jag.journalagent.com/z4/vi.asp?pdire=tmcd&plng=tur&un=TMCD-43434>  
[https://tmc.dergisi.org/pdf/pdf\\_TMC\\_549.pdf#:~:text=Demodex%20sp.%20ile%20ili%C5%9Fkili%20blefarit,kullan%C4%B1%2Dmas%C4%B1d%C4%B1r\(12\).](https://tmc.dergisi.org/pdf/pdf_TMC_549.pdf#:~:text=Demodex%20sp.%20ile%20ili%C5%9Fkili%20blefarit,kullan%C4%B1%2Dmas%C4%B1d%C4%B1r(12).)  
<https://dijitalakademi.turkiyeklinikleri.com/flippage/aile-hekimligi-ozel-arsiv/12-5/tr-index.html#p=38>
- 28- Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi Cilt: 10 Sayı: 2 Mart - Nisan 2018 ,İlk Basamakta Uygulanabilecek Önemli Bir Tarama Yöntemi; Kırmızı Refle Testi ,syf:23 Erişim Linki:  
<https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/764065>
- 29- Botulinum Toksininin Nörolojide Kullanım Alanları, Başlık: Blefarospazm,syf:124 Erişim Linki: [https://klinikgelisim.org.tr/kg\\_10\\_1/21.pdf](https://klinikgelisim.org.tr/kg_10_1/21.pdf)
- 30- ULUSAL GÖRME TARAMASI REHBERİ, ÇOCUK GÖZ SAĞLIĞI TARAMASINDA KULLANILMASI ÖNERİLEN YÖNTEMLER, syf 9 Erişim Linki:<https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/52973/0/ulusal-gorme-taramasi-rehberipdf.pdf>
- 31- DİABETES MELLİTUS VE KOMPLİKASYONLARININ TANI, TEDAVİ VE İZLEM KILAVUZU, 2022, Tablo 13.1, syf:188 ErişimLinki:<https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/diabetes-mellitus2022.pdf>
- 32- Sağlık AHUÖP. Muayeneleri ve Tarama Testleri. TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, yayın. 2015(991).

- 33- Oktay Sarı ve ark., Birinci Basamakta Ayrıntılı Göz Muayenesi, Tablo 2, Syf:3, Türkiye Klinikleri Aile Hekimliğinde Göz Hastalıklarına Yaklaşım Makalesi Erişim Linki: <https://dijitalakademi.turkiyeklinikleri.com/flippage/aile-hekimligi-ozel-arsiv/12-5/tr-index.html#p=16>
- 34- Feride Aylin Kantarcı, Ambliyopi Olgularının Yetişkin Dönemdeki Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi syf:212 Erişim Linki: [https://jag.journalagent.com/scie/pdfs/KEAH-02703-RESEARCH\\_ARTICLE-KANTARCI.pdf](https://jag.journalagent.com/scie/pdfs/KEAH-02703-RESEARCH_ARTICLE-KANTARCI.pdf)
- 35- Didem Kafadar, Keratokonus, Syf:48, Türkiye Klinikleri Aile Hekimliğinde Göz Hastalıklarına Yaklaşım Makalesi Erişim Linki: <https://dijitalakademi.turkiyeklinikleri.com/flippage/aile-hekimligi-ozel-arsiv/12-5/tr-index.html#p=62>
- 36- Türk Aile Hek Derg 2010; 14(2): 79, Aydoğan Ü, Doğaner YÇ, Akbulut H | Birinci basamakta kırmızı göze genel yaklaşım Erişim Linki: <http://ailehekimi.medicine.ankara.edu.tr/wp-content/uploads/sites/581/2015/02/Birinci-Basamakta-G%C3%B6z-Hastal%C4%B1klar%C4%B1na-Yakla%C5%9F%C4%B1m.pdf>
- 37- Topallı R, Topsever P, Filiz TM, ve ark. Hereke aile hekimliği merkezi 2001 yılı başvuru nedenleri ve yapılan sevklerin değerlendirilmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2003;7:18-22.
- 38- Şahiner M, Yeğen B. Fizyoloji eğitiminde öğrenci uygulamalarının mevcut durumunun irdelenmesi ve iyileştirme önerileri. Tıp Eğitimi Dünyası 2018; 51: 47-59.
- 39- Badr A Alobaida1, Faisal A Alayed1 , Abdullah K Alrundayni1 , Rakan A Alzabadin1, Sultan A Aldera1 , Naif I Alrajhi1 , Meshal I Alfrayan1 , Abdulrahman K Almassari1, Feras A Alrakaf1 , Fahad Z Alotaibi2, Assessment of otolaryngology knowledge among primary care providers in Saudi Arabia ,syf:3,4,5 Erişim Linki: [https://www.researchgate.net/profile/Fahad\\_Alotaibi22/publication/357964741\\_Assessment\\_of\\_otolaryngology\\_knowledge\\_among\\_primary\\_care\\_providers\\_in\\_Saudi\\_Arabia/links/63e85ae8dea6121757a25297/Assessment-of-otolaryngology-knowledge-among-primary-care-providers-in-Saudi-Arabia.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Fahad_Alotaibi22/publication/357964741_Assessment_of_otolaryngology_knowledge_among_primary_care_providers_in_Saudi_Arabia/links/63e85ae8dea6121757a25297/Assessment-of-otolaryngology-knowledge-among-primary-care-providers-in-Saudi-Arabia.pdf)
- 40- March 24/31, 2004, Preventing Visual Loss From Chronic Eye Disease in Primary Care Scientific Review, Susannah Rowe, MD, MPH; Catherine H. MacLean, MD, PhD; Paul G. Shekelle, MD, PhD Erişim Linki: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/198445>

- 41- Christopher Daniel Gelston\* , Jennifer Landrigan Patnaik,Ophthalmology training and competency levels in caring for patients with ophthalmic complaints among United States internal medicine, emergency medicine, and family medicine residents,syf:3,5 Erişim Linki: <https://jeehp.org/upload/pdf/jeehp-16-25.pdf>
- 42- Hümeýra Yıldırım Can , Tuğrul Erbaydar, Van'da birinci basamakta çalışan hekimlerin göz hastalıklarına yaklaşımı ve uygulamaları,syf:167, tablo 2 Eriřim linki: <https://jag.journalagent.com/z4/vi.asp?pdır=tjo&plng=tur&un=TOG-55376>
- 43- Türkiye Aile Hekimliği Dergisi | Turkish Journal of Family Practice | Cilt 21 | Sayı 2 | 2017 Kocaöz M. A. ve ark. | Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi polikliniğine başvuran hastaların birinci basamakta yönetimi, syf: 61;64 Erişim Linki: [https://jag.journalagent.com/tahd/pdfs/TAHD\\_21\\_2\\_56\\_65.pdf](https://jag.journalagent.com/tahd/pdfs/TAHD_21_2_56_65.pdf)
- 44- Kocaöz AM, Kocaöz D, Sunay D. Kulak burun boğaz ve baş boyun cerrahisi polikliniğine başvuran hastaların birinci basamakta yönetimi. Türk Aile Hek Derg 2017; 21: 56-65.
- 45- Forrest CB, Weiner JP, Fowles J, Vogeli C, Frick KD, Lemke KW, Starfield B. Self-referral in point-of-service healthplans. JAMA 2001; 285: 2223-2231.
- 46- Fırat va Öztunç, Total larenjektomili hastalara verilen eğitimin öz bakım gücüne etkisi, Cukurova Med J 2019;44(3) syf:912 Erişim Linki: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/809194>
- 47- Badr A Alobaida1, Faisal A Alayed1, Abdullah K Alrudayni1 , Rakan A Alzabadin1, Sultan A Aldera1, Naif I Alrajhi1, Meshal I Alfrayan1, Abdulrahman K Almassari1, Feras A Alrakaf1, Fahad Z Alotaibi2, Assessment of otolaryngology knowledge among primary care providers in Saudi Arabia ,syf:2 Erişim Linki: [https://www.researchgate.net/profile/Fahad\\_Alotaibi22/publication/357964741\\_Assessment\\_of\\_otolaryngology\\_knowledge\\_among\\_primary\\_care\\_providers\\_in\\_Saudi\\_Arabia/links/63e85ae8dea6121757a25297/Assessment-of-otolaryngology-knowledge-among-primary-care-providers-in-Saudi-Arabia.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Fahad_Alotaibi22/publication/357964741_Assessment_of_otolaryngology_knowledge_among_primary_care_providers_in_Saudi_Arabia/links/63e85ae8dea6121757a25297/Assessment-of-otolaryngology-knowledge-among-primary-care-providers-in-Saudi-Arabia.pdf)
- 48- Dr. Türkkkan ÖZTÜRK KAYGUSUZ, Dr. İrfan KAYGUSUZ, Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Kulak Burun Boğaz Staj Eğitimine Bakışları, syf:56
- 49- Türkiye Klinikleri Aile Hekimliğinde Göz Hastalıklarına Yaklaşım Makalesi, 2021, ÖNSÖZ Erişim Linki: <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-on-soz-95408.html>
- 50- Needs assessment of ophthalmology education for primary care physicians in training: comparison with the International Council of Ophthalmology recommendations; Toby YB Chan, Amandeep S Rai, Edwin Lee , Jordan T Glicksman & Cindy ML Hutnik Pages 311-319 | Published online: 03 Mar 2011

51- Needs Assessment for an Undergraduate Otolaryngology Curriculum;Dr Michele M.Carr ve ark.

