



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM
DALI

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE
HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİ'NİN 2003 YILI HASTA
KAYITLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

DR. ÖZLEM ÖZTEKİN

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. ESRA SAATÇI

ADANA-2009



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM
DALI

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE
HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİ’NİN 2003 YILI HASTA
KAYITLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

DR. ÖZLEM ÖZTEKİN

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. ESRA SAATÇI

Bu çalışma, Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından TF2008LTP2 proje numarası ile desteklenmiştir.

ADANA–2009

TEŞEKKÜR

Yaklaşık beş yıldır gerek uzmanlık eğitimim ve gerekse tez çalışmam sırasında; emek, yardım, hoşgörü ve desteğini esirgemeyen değerli hocam Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Nafiz Bozdemir'e, tez danışmanım olan ve uzmanlık eğitimim süresince eğitimime olan değerli katkıları, desteği ve gösterdiği bitip tükenmez sabrı ve nezaketinden dolayı Doç. Dr. Esra Saatçı'ya, yardımlarını esirgemeyen anabilim dalımızın öğretim üyeleri Doç. Dr. Ersin Akpınar, Yrd. Doç. Dr. Sevgi Özcan ve Yrd. Doç. Dr. Hatice Kurdak'a, tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma, rotasyon yaptığım bölümlerdeki hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma, beni yetiştiren ve hayatımın her anında yanımda olup destekleyen aileme, Aile Hekimliği Anabilim Dalımızda görev yapan yardımcı sağlık personeline, bilimsel ve teknik konularda yardımlarından dolayı Uz. Dr. Yücel Uysal'a ve projemizi destekleyen Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi Birimi'ne teşekkür ederim.

Dr. Özlem Öztekin

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLO LİSTESİ	iv
ŞEKİL LİSTESİ	vii
KISALTMA LİSTESİ	viii
ÖZET VE ANAHTAR SÖZCÜKLER	ix
ABSTRACT-KEYWORDS	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. Tarihçe	2
2.2. Birinci Basamakta Neden Kayıt Tutulmalı?	4
2.3. Kayıtların Amaçları	6
2.4. Aile Hekimliğinde İyi Bir Kayıt Sisteminin Sahip Olması	
Gereken Özellikleri	7
2.5. Birinci Basamakta Kayıt Çeşitleri	10
2.6. Tıbbi Kayıtlara Ulaşım (Gizlilik)	12
2.7. Tıbbi Bilgi Kartları	14
2.8. Önerilen Kayıt Sisteminin Özellikleri	15
2.9. Verilerin Aktarılması	15
2.10. Amerikan Aile Hekimliği Konseyi ve Ulusal Kalite	
Sağlama Komitesinin Önerdiği Kayıt Sistemi	16
2.11. Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 10.Versiyon (ICD-10)	19
2.12. ICPC-2 (International Classification of Primary Care Second Edition Plus)	22
2.13. Türkiye'de Tıbbi Kayıtların Durumu	25
2.14. Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Uygulanan Kayıtlar	25

3. GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1.Çalışma Grubunun Seçimi	27
3.2. Çukurova Üniversitesi Adana Ticaret Odası Yalın Erez Sağlık Merkezi Aile Hekimliği Polikliniği	27
3.3.Veritoplama	28
3.4. Dosya Kayıtlarından Bilgisayar Ortamına Veri Girişi	28
3.5.Verilerin Değerlendirilmesi	28
4. BULGULAR	
4.1. Örneğe Giren Kişilerin Sosyodemografik Bilgileri	29
4.2. Aile Hekimliği Polikliniği'ne 2003 yılında İlk Başvurularını Yapan Kişilerin Takip Eden Başvurularının Yıllara Göre Dağılımı	31
4.3. Aile Hekimliği Polikliniği'ne Başvuranların Yakınmaları	32
4.4.Aile Hekimliği Polikliniği'ne Başvuranlara Konulan Tanılar	34
4.5.Aile Hekimliği Polikliniği'ne Başvuranların Yakınma ve Tanılarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	36
5. TARTIŞMA	74
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	
6.1.Sonuçlar	80
6.2.Öneriler	84
7. KAYNAKLAR	86
8. EKLER	
8.1. Ek-1	90
8.2. Ek-2	91
8.3. Ek-3	94
9. ETİK KURUL ONAYI	103
10. ÖZGEÇMİŞ	104

TABLO LİSTESİ

Tablo No	Tablo Başlığı	Sayfa No
Tablo 1	Hastaların Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre Dağılımı	30
Tablo 2	Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı	30
Tablo 3	Başvuruların Yıllara Göre Dağılımı	31
Tablo 4	Birinci Başvurudaki Yakınmaların Dağılımı	32
Tablo 5	Tüm Başvurularda En Sık Görülen İlk 20 Yakınmanın Dağılımı	33
Tablo 6	Birinci Başvurularda Tanıların Dağılımı	34
Tablo 7	Tüm başvurularda En Sık Konulan İlk 20 Tanının Dağılımı	35
Tablo 8	0-14 Yaş Grubundaki Çocukların Birinci Başvurularındaki Yakınmaların Cinsiyete Göre Dağılımı	36
Tablo 9	0-14 Yaş Grubundaki Çocukların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	37
Tablo 10	15-65 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Yakınmaların Cinsiyete Göre Dağılımı	38
Tablo 11	15-65 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	39
Tablo 12	65 Yaş Üzeri Hastaların Birinci Başvurularındaki Yakınmalarının Cinsiyete Göre Dağılımı	40
Tablo 13	65 Yaş Üzeri Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	41
Tablo 14	0-4 Yaş Grubundaki Çocukların Birinci Başvurularındaki Yakınmaların Cinsiyete Göre Dağılımı	42
Tablo 15	0-4 Yaş Grubundaki Çocukların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	43
Tablo 16	5-9 Yaş Grubundaki Çocukların Birinci Başvurularındaki Yakınmalarının Cinsiyete Göre Dağılımı	44
Tablo 17	5-9 Yaş Grubundaki Çocukların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	45
Tablo 18	10-14 Yaş Grubundaki Çocukların Birinci Başvurularındaki Yakınmalarının Cinsiyete Göre Dağılımı	46
Tablo 19	10-14 Yaş Grubundaki Çocukların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	47
Tablo 20	15-19 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Yakınmalarının Cinsiyete Göre Dağılımı	48

Tablo 21	15-19 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	49
Tablo 22	20-24 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Yakınmalarının Cinsiyete Göre Dağılımı	50
Tablo 23	20-24 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	51
Tablo 24	25-29 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Yakınmalarının Cinsiyete Göre Dağılımı	52
Tablo 25	25-29 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	53
Tablo 26	30-35 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Yakınmalarının Cinsiyete Göre Dağılımı	54
Tablo 27	30-34 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	55
Tablo 28	35-39 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Yakınmalarının Cinsiyete Göre Dağılımı	56
Tablo 29	35-39 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	57
Tablo 30	40-44 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Yakınmalarının Cinsiyete Göre Dağılımı	58
Tablo 31	40-44 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	59
Tablo 32	45-49 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Yakınmalarının Cinsiyete Göre Dağılımı	60
Tablo 33	45-49 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	61
Tablo 34	50-54 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Yakınmalarının Cinsiyete Göre Dağılımı	62
Tablo 35	50-54 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	63
Tablo 36	55-59 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Yakınmalarının Cinsiyete Göre Dağılımı	64
Tablo 37	55-59 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	65
Tablo 38	60-64 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Yakınmalarının Cinsiyete Göre Dağılımı	66
Tablo 39	60-64 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	67

Tablo 40	65-69 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Yakınmalarının Cinsiyete Göre Dağılımı	68
Tablo 41	65-69 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	69
Tablo 42	70-74 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Yakınmalarının Cinsiyete Göre Dağılımı	70
Tablo 43	70-74 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	71
Tablo 44	75-79 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Yakınmalarının Cinsiyete Göre Dağılımı	72
Tablo 45	75-79 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	73
Tablo 46	Çalışmaya Alınan Hastaların Başvuru Durumları ve Yaş Gruplarına Göre En Sık Karşılaşılan Yakınmalar ve Tanılar	81
Tablo 47	Çalışmada geçen ICD-10 Tanı Kodları	94

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil	Şekil Başlığı	Sayfa No
Şekil 1.	Weed’e Göre Probleme Yönelik Tıbbi Kayıtların Temel Bileşenleri	11
Şekil 2.	Kayıt Programının Giriş Sayfası	91
Şekil 3.	Kayıt programının Yeni Hasta Giriş Sayfası	92
Şekil 4.	Kayıt programının Bilgi Kontrol Sayfası	93

KISALTMA LİSTESİ

ATO:	Adana Ticaret Odası
MRE:	Medical Record Envelope (Tıbbi Kayıt Zarfı)
MIC:	Medical Information Cards (Tıbbi Bilgi Kartları)
POMR:	Problem Oriented Medical Records (Problem Yönelimli Tıbbi Kayıtlar)
SOMR:	Source Oriented Medical Records (Kaynak Yönelimli Tıbbi Kayıtlar)
ICD-10:	International Classification of Diseases-Version 10 (Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması-10. versiyon)
ICPC-2:	International Classification of Primary Care – 2 nd Edition (Birinci Basamaktaki Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması-2. edisyon)
BEACH:	Bettering the Evaluation and Care of Health (Avustralya’da Sağlık Hizmetlerinin İyileştirilmesine Yönelik Periyodik Kayıt Değerlendirme Çalışmaları)

ÖZET

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'nin 2003 Yılı Hasta Kayıtlarının Değerlendirilmesi

Giriş ve Amaç: Birinci basamak hekimleri ve araştırmacılar için, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri ve maliyet etkin uygulamalar açısından tıbbi kayıtların önemi her geçen gün artmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kalitenin ve hasta memnuniyetinin artırılması, takiplerin iyi yapılabilmesi için iyi bir hasta kayıt sisteminin geliştirilmiş olması gerekmektedir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda birinci basamaktaki hasta profilinin belirlenmesi amacı ile Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adana Ticaret Odası Yalın Erez Sağlık Merkezi Aile Hekimliği Uygulama Polikliniği'ne 2003 yılının rasgele seçilmiş dört ayında başvuran 770 kişinin dosyaları retrospektif olarak incelendi. Veriler bilgisayar ortamına, 'Uysal WebPatient 1.0' programı ile aktarıldı. Hastaların başvuru şikayetleri ve tanıları ICD-10'a göre kodlandı.

Bulgular: Aile Hekimliği Uygulama Polikliniği'ne başvuran hastaların yaş ortalaması $21,9 \pm 19,4$ yıl olup hastaların % 65,3'ü kadındı. Tüm başvurulardaki yakınmalar incelendiğinde en sık öksürük, solunum anormallikleri, ateş nedeniyle başvuru yapılmıştı. Tüm başvurulardaki tanıları incelendiğinde ise en sık akut üst solunum yolu enfeksiyonları, üriner sistem enfeksiyonu ve hipertansiyon tanılarının konulduğu bulundu. Başvuruların daha çok 0-14 yaşları arasında olmak üzere (% 42); en fazla 0-4 yaş grubu hastalar tarafından yapıldığı (% 28,9) saptandı.

Sonuç; birinci basamak sağlık hizmetlerinin gelişimini sağlamak için periyodik olarak hasta kayıtları gözden geçirilmeli ve hasta profili ortaya konmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Aile Hekimliği, ICD-10, Tıbbi Kayıtlar.

ABSTRACT

Assessment of Patient Records in Cukurova University Faculty of Medicine Family Medicine Outpatient Clinic in 2003

Background and Aim: The importance of medical records is continuously increasing both for the researchers and primary care physicians in terms of preventive and curative health care services and cost-effective practice. A good medical record system is required to improve the quality of primary care services and to increase patient satisfaction and to organize follow-ups.

Materials and Methods: In our study, we retrospectively assessed 770 patient files of Cukurova University Faculty of Medicine Adana Trade Chamber Yalim Erez Health Center Family Medicine Outpatient Clinic to draw a patient profile in primary care in randomly selected four months of the year 2003. Data was installed in computer using 'Uysal WebPatient 1.0' program. Reasons for encounter (RFE) and diagnosis were coded using ICD-10.

Results: The mean age of the patients was $21,9 \pm 19,4$ years and 65,3% of them were female. The most common RFE were coughing, respiratory abnormalities and fever. The most common diagnosis were acute upper respiratory tract infections, urinary tract infections and hypertension. Of visits, 42% were made by 0-14 age group patients and at most (28,9%) by 0-4 age group patients.

Conclusions: Medical records should be revised periodically to improve the quality of primary health care services and the patient profile should be drawn.

Key Words: Family Medicine, Medical Records, ICD-10.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tıbbi kayıt, birinci basamak hekimleri için çok önemlidir. Birinci basamakta tıbbi kayıtlar, kronik hastalıkların takibi, koruyucu hekimlik hizmetleri, maliyet etkin uygulamalar için oldukça önemlidir. Tıbbi kayıtların önemi, birinci basamak sağlık hizmetlerinde görevli hekimler ve birinci basamak sağlık hizmetlerine ait verileri derleyerek değişik amaçlarla kullanan araştırmacılar için her geçen gün artmaktadır. Düzenli tutulan tıbbi kayıtlar, işgücü, zaman ve mali açıdan gerçekleşen kayıpları en aza indirmektedir. Böylece tıbbi hatalar azalmakta, hekimler; hastaları ve çalıştıkları birimlerle ilgili bilgilere kısa sürede ulaşabilmektedirler.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmeye çalışıldığı ve Aile Hekimliği Tıp Disiplini uygulama ve öğretilerinin birinci basamak sağlık hizmeti sunumunun içinde konumlandırılmasının zorunluluğunun anlaşıldığı günümüzde, düzenli ve güvenilir tıbbi kayıt tutulmasının gerekliliği açık hale gelmektedir. Bunun doğal sonucu olarak, Aile Hekimliği Poliklinikleri'nde güvenilir ve çok iyi bir kayıt sisteminin geliştirilmesinin ve ülke genelinde standart hale getirilerek kullanılmasının gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Bu çalışmada; Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi (ÇÜTF) Adana Ticaret Odası Yalın Erez Sağlık Merkezi Aile Hekimliği Polikliniği'ne 2003 yılında başvuran bireylerin dosyaları retrospektif olarak değerlendirilmiştir. 2003 yılı üçer aylık dönemlere ayrılmış ve her dönemden rasgele yöntemle seçilen dört farklı ayda başvuran kişilerin kayıtları incelenerek birinci basamakta hasta profilinin ortaya konması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tarihçe

Uzmanlar ve bilim adamları, fikirlerini diğerleriyle bağdaştırmak için yazmak zorundadırlar. Bilim adamları, araştırmalarının sonuçlarını yazılı materyaller temelinde gelecek kuşaklara aktarmasalar bile bilim bu kadar büyük bir gelişmeyi hiçbir zaman başaramazdı. Resmi bilimsel kitaplar ve dergilerin yardımıyla, çeşitli bilimsel gelişmeler hakkında bilgi edinmekteyiz. Mağara duvarlarındaki resimler, kil tabletler, papirüs ya da deri parşömenler, bilimin ilk kayıtlarının bazı örnekleridir ve atalarımızın bilgilerinin bugünkü insanlara kalmasını sağlamıştır. Antik çağ kitaplarının ve denemelerinin formatı, modern ve yaygın olanlardan farklıdır ancak kayıtlı bilgi açısından yeterli öneme sahiptirler ve bugünkü kitaplar kadar eşit önemde oldukları söylenebilir.

Hekimler, hastaya baktıktan ve tedavi ettikten sonra muayene bulgularını kaydederler. Tıbbi kayıtlar olarak bilinen bu güvenilir dokümanlar, geleceğin hekimlerinin eğitiminde kullanılır. Bilimsel deneme yazmak isteyen kişi, ilgili kesin bulguları bir araya getirir. Geçmişten günümüze, hekimler, her zaman hastaya baktıkları sırada tıbbi kayıt formunda bilgi üretirler ve daha sonra bilimsel denemelerini yazmak ve gelecek kuşaklara sunmak için bu bilgileri düzenlerler. Dünya çapında ün kazanmış olan büyük tıp dehası İbn-i Sina, Hipokrat'ın çalışmalarını temel alarak kendi derlemesini yaptı. Hekim olarak yaptığı gezilerde öğrendiklerini derledi ve ünlü denemesi “Kanun” ortaya çıktı. İbn-i Sina kendi çağında belgelemenin rolüne ve önemine dikkat çekmiş ve tıbbi kayıtların üretimine başlamıştır.¹

Bazı tıbbi uygulamalar, geçmişten günümüze ulaşabilmişse, o günkü insanların yaptıklarını kaydetmeleri nedeniyledir. Şüphesiz başka toplumlar da insanlarına sağlık hizmeti sunmuşlardır ama biz tıp tarihi denince Hammurabi Kanunları'nı, Chan Hanedanını, Mısır papirüslerini, Hipokrat'ı, Galen'i, İbn-i Sina'yı veya Florence Nightingale'i hatırlarız. Bunun esas nedeni, bu toplulukların ve bilim önderlerinin kayıt tutmaya önem vermeleridir.²

Bütün bilimlerde önceden kaydedilmiş dokümanlar, eğitim müfredatının temelini oluştururlar. Bir başka deyişle, geçmiş olaylar üzerine çalışmalar, daha önce olanları ve

gelecekte ne yapılması gerektiğini göstermenin bir yoludur. Bütün araştırmacılar, kendi araştırma faaliyetleri için diğerlerinin bilgi ve araştırma sonuçlarını incelemeye ihtiyaç duyarlar. Araştırma sonuçlarını incelemeyi ve sunmayı kolaylaştırmak amacıyla, makaleler için belirli yazı biçimlerinin kullanımı önerilirken, aynı zamanda her hastanın tedavisinden elde edilen tıbbi kayıtları ve bulguları incelemeyi kolaylaştırmak için de bir çeşit hasta kayıt formatı oluşturulması önerilmektedir. Kâğıt kayıtları ve doküman kaydı için format düşüncesi 1960 yılından beri ileri sürülmektedir. Dokümanların kaydında aynı zamanda kâğıtla kayıt kullanıldığından beri, araştırmacılar, tıbbi kayıtları yeniden bulmak ve kullanmak için çok uğraşırlar. Kayıta belirli bir biçime sahip olmak, gözlemleri kaydetmede de temel oluşturabilir. “Sorun Odaklı Tıbbi Kayıtlar” adı verilen biçim, esasında tıbbi eğitim düzeyini yükseltmek ve uygun eğitimi geliştirmede hasta kayıtlarını kullanma yaklaşımı sunmak için geliştirilmiştir. “Kaynak Odaklı Tıbbi Kayıtlar” ya da “Zaman Odaklı Tıbbi Kayıtlar” gibi diğer biçimler de aynı zamanda geleneksel biçimler içerisine dahil edilirler. Bununla birlikte, bu iki biçimin kullanımı, kayıtların ve dokümanların özel yazım biçimleri olduğundan beri “Sorun Odaklı Tıbbi Kayıtlar”ın kullanımından daha çok sorun çıkarır. Kayıt ve dokümantasyon talimatlarına ek olarak, tüm tedavi ekibi için dokümanların nasıl kaydedileceğine dair öneriler vardır. Örneğin klinik hemşireleri, klinik bakımın sonuçlarını hemşire gözlem kâğıtlarına kaydedeceklerdir. Böylece hemşire eğitimi, bu yolla kolaylaştırılacaktır. Kayıtlar yeterli, doğru, düzenli ve kesin veri içerdiğinde eğitimde kullanımı yararlı olur. Veriler form şeklinde hazırlanmalıdır, böylece gelecekte kullanılabilir olurlar.³

Aile Hekimliğinde kayıtların temeli, çalışan erkek personelin zorunlu olarak sigortalandığı 1911 tarihli Lloyd George's National Insurance Act'e dayanmaktadır. 1920 yılında özellikle birinci basamak hekimlerinin kayıt formlarını gözden geçirmek amacıyla Rollstone Komitesi kuruldu. Komitenin temel amacı, hekimin hastasına verdiği önemi arttırmaktı. Hekimler, kendilerine kayıtlı hastaların sürekli kayıtlarını tuttular. Kayıt sistemi, ekonomik yararları da beraberinde getirdi. Bu komite, kayıtların, uluslararası sigorta kartları ile aynı form ve ölçülerde olmasını önerdi. Böylece “The Lloyd George” zarf ve kayıt kartı (Medical Record Envelope: MRE) kabul görerek, günümüzde aile hekimlerinin en önemli standart formları olarak devam etti. İngiltere'nin Londra kentinde 1967 yılında A4 kayıt dosyaları önerildi. Yaygın olarak kullanılan A4

dosyaları, hasta bakımını iyileştirmede kolaylık sağladı. Çünkü kolay okunabiliyor ve kronolojik olarak düzenli tutulabiliyordu.⁴

Birinci basamakta kayıtların standardize edilmesini istemek her zaman gerçekçi olmayabildiği halde, kayıtlarla ilgili mevcut karmaşaya bir düzen getirmek için seçenekler vardır. Bilgisayarların ortaya çıkması tartışmalara yeni bir boyut getirmiştir. MRE ve A4 olarak adlandırılan iki manüel kayıt formatında olduğu gibi, bilgisayar kayıt sistemini de savunanlar ve karşı çıkanlar olmuştur. İleri teknolojiye sahip ülkelerde tıbbi kayıtlar, kağıt üzerinden elektronik ortama hızlı bir geçiş sürecindedir.⁵

2.2. Birinci Basamakta Neden Kayıt Tutulmalıdır?

Yaşamın bütün alanlarında olduğu gibi aile hekimliğinde de bilgi; güç ve başarı demektir. Günlük uygulamalarımızda tanıların %80'ini sadece tıbbi öykü ve fizik muayene ile koyabiliriz. Bilgi, tıbbi pratiğimizde güçlü bir araçtır. Bu bilgiyi bir kez kullanıp hafızamızın derinliklerinde unutmaya terk edebileceğimiz gibi gelecekteki uygulamalarımızda kullanmak üzere kaydetmemiz de mümkündür. Hasta bakımında en değerli aracımızı çöpe atmaya kim razı olabilir?²

Tıbbi kayıtlar hastayla ilgili bilgileri içeren dokümanlardır. Daha kapsamlı bir ifadeyle; tıbbi kayıtlar; nerede ve nasıl kaydedildiğine ve saklandığına bakılmaksızın hastayla ilgili herhangi bir zamana ait biyopsikososyal bilgilerdir. Bunlar kağıt üzerinde kayıtlı olabileceği gibi bilgisayar verisi, ses veya görüntü kayıtları şeklinde de olabilir.

Aile hekimleri olarak kayıt tutmamızın yararlarını şu başlıklar altında toplayabiliriz:

- 1) Kayıtlar bilginin düzenli olarak saklandığı bir depodur.
- 2) Sağlık hizmeti sunucusunun bilgiyi kolay kaydetmesini ve ulaşmasını sağlar.
- 3) Hasta bakımının hem o andaki hem de gelecekle ilgili planlara destek olur.
- 4) Ekonomik boyutu vardır. Kaynakların gereksiz kullanımını önleyerek, sağlık hizmetlerinin maliyet etkin bir şekilde yürütülmesini sağlar.
- 5) Epidemiyolojik çalışmaları mümkün kılar.
- 6) Sağlık istatistikleri çıkarılmasını sağlar.
- 7) Aile hekimliği merkezinin yönetimini ve sağlık politikası oluşturmayı kolaylaştırır.
- 8) Uygulama hataları (malpractice) gibi davalarda hekimi korur.
- 9) Bilimsel araştırmalara zemin hazırlar.
- 10) Kayıtlar birer iletişim aracıdır.

11) Kaynakların akılcı kullanımını sağlar.²

Birinci basamak ekibinin, bireylere uyguladıkları sağlıkla ilgili işlemleri, gözlemlerini ve laboratuvar bulgularını belleklerinde tutmaları olanaksızdır. Benzer şekilde, bireyin de kendisine yapılan işlemleri en ince ayrıntısına kadar bilmesi ve belleğinde tutması beklenemez. Oysa bu bilgiler kaydedilirse, bu kayıtlarda işlem ya da inceleme yapacak olan herkes, bu kişiye neler yapıldığını tarihleri ve diğer ayrıntıları ile görebilecektir. Yeterli bir kayıt sistemi, bir kitaplık ve bir laboratuvar gibi olup öğrenci ve asistan eğitiminde ve bilimsel çalışmalarda yararlanılan önemli bir kaynaktır. Yönetici ve diğer teknik kişiler, yönetsel ve diğer teknik konularda durum tespiti, öncelikleri saptama, yeniden düzenleme ve değerlendirme aşamalarını uygun bir biçimde planlayabilmek için gereksinim duydukları verilerin büyük bir kısmını kayıt sisteminden sağlarlar.⁶

Tıbbi kayıtlar gerektiğinde mahkemelere delil olarak sunulabileceğinden son derece önemli belgelerdir. Bu nedenle düzenli ve ayrıntılı tutulmaları gerekir. Kayıtların okunaklı şekilde yazılması karışıklıkları önleyecektir. Tutulan kayıtlardaki yanlış anlaşımaların ve bundan kaynaklanacak zararların sorumlusu da kayıtları tutan kişi olacaktır. Kayıtlar tutulurken hata yapılmışsa hatanın üzeri alttaki yazı okunacak şekilde çizilmeli ve yenisi yanına yazılmalıdır. Kayıtları yapan kişi düzeltmenin yanına düzeltmeyi yaptığı tarihi ve saati not etmelidir. Burada kayıtlar tutulurken saatin de belirtilmesinin özellikle adli olaylarda önemi büyüktür. Kişinin belli bir saatte nerede olduğunun ispatının yanında, kişiye yapılan tıbbi işlemlerin başlama saati de önemlidir. Örneğin kişi hekimi mesleki ihmalinden dolayı dava ettiğinde, tıbbi girişime başlanması gereken saatte başlandığının ispatı ancak kayıtlarla mümkündür.⁷ Mahkemeler kaydedilmemiş bir olayı yapılmamış kabul etme eğilimindedir. Bu nedenle muhtemel yasal sorunlar halinde sıkıntı yaşamamak için kayıtların çok iyi tutulması gerekir. Bazı durumlarda mahkemeye çağrılmak 2–3 yıl sürebileceğinden yapılan işlemleri hatırlamak mümkün olmayabilir. Yasal sorunlarla karşılaşmamak için;

* Her yapılan mutlaka kaydedilmelidir (Telefon veya başka iletişim araçlarıyla verilen bilgi ve danışmanlıklar da dahil),

* Dosyanın her sayfasında hastanın adı bulunmalıdır,

* Kayıtlarda kurşun kalem kullanılmamalıdır.

- * Hastalar veya meslektaşlar hakkında incitici veya küçük düşürücü yazılar yazılmamalıdır.
- * “Hasta kendisini daha iyi hissediyor” gibi belirsiz ifadelerden kaçınılmalıdır.
- * Kayıtlarda değişiklik yapılacaksa, hastanın işlemi tamamlanmadan yapılmalı ve önceki kaydı karalamak yerine üzerine tek çizgiyle çizmeli, köşesine değişiklik tarihi yazılmalıdır.
- * Hastanın koopere olmadığı belirtilmişse nedeni yazılmalıdır.
- * Hasta bir testin yapılmasını reddediyorsa bu durum belirtilmeli ve testi isteme gerekçesi yazılmalıdır.²

Sistemik, ayrıntılı, soruna yönelik kayıt tutulması; süreklilik, hastalık nedenlerinin saptanması, hastalık öyküsünün tam olarak oluşturulması ve hizmet sunumunda yer alan diğer sağlık çalışanlarının hizmetlerinde eşgüdümün sağlanması açısından önemlidir. Kayıtlar, çalışma şartları ve yaşam biçimi gibi hastalara sunulacak hizmet ile ilgili diğer bilgileri de içermelidir. Risk altındaki hasta gruplarının tanımlanmasını sağlayan uygun bir kayıt sistemi olmadan, sistemik koruyucu sağlık hizmeti sunulması mümkün değildir. Sonuç olarak, kayıtlar kalitenin geliştirilmesi ve verilen hizmetin denetimi için gerekli olup, iyi tutulması ve iyi saklanması tedavi maliyetlerinde azalma ile birlikte zaman kaybını da önleyecektir.⁸

2.3. Kayıtların Amaçları

Tıbbi kayıtlar, birinci basamak hekimleri için çok önemlidir. Hatta birinci basamak hekimlerini diğer disiplinlerden ayıran özelliklerden birisinin, iyi bir dokümantasyon olduğunu söyleyebiliriz. Hastanın kaydının düzenli tutulması takibini ve tıbbi bakımını da kolaylaştıracaktır.²

Karşılaşılan durumların sistemik, ayrıntılı, soruna yönelik olarak kayıtlarının tutulması; zaman içinde devamlılığı sağlamak, hastalık nedenlerini saptamak, hasta öykülerini tam oluşturmak ve hizmet sunumunda yer alan diğer sağlık çalışanlarının hizmetlerinde eşgüdüm sağlanması açısından önemlidir. Kayıtlar aynı zamanda çalışma şartları ve yaşam biçimi gibi hastalara sunulacak hizmetle ilgili diğer bilgileri de içermelidir. Risk altındaki hasta gruplarının tanımlanmasını sağlayan uygun bir kayıt

sistemi olmadan, sistemli bir şekilde koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulması ve kişilerin sağlık gereksinimlerinin saptanması m¼mk¼n değildir.⁸ Aile Hekimliğinde kayıtlar biręok amaca hizmet eder:

- (a) Hastalar hakkında temel verilerin hazır olmasını ve kolayca ulaşılmasını sağlar. B¼ylece bir veri tabanı veya hasta profili oluşturulmuş olur. Veri tabanı hastanın ilk kaydının yapıldığı andan başlar ve sonraki sağlıkla ilgili olayların eklenmesi ile genişler.
- (b) B¼t¼n hastalıkların s¼rekli klinik kayıtlarını sunmalıdır: Veriler sadece yazan kişi tarafından değil, herhangi bir doktor tarafından da kolaylıkla anlaşılır, doğru ve kesin olmalıdır. Kayıtlar b¼t¼n pozitif bulguları, ¼nemli negatif bulguları, tanı ve problem listesini, araştırma sonuçlarını, tedavi planını ve reçete edilen ilağları içermelidir.
- (c) Hastalarının tedavilerinin takibinde yardımcı olur.
- (d) Koruyucu sağlık hizmeti için organize bir yaklaşım sunar.
- (e) Hekimin kendi entelekt¼el gelişimini destekler.
- (f) Klinik araştırma için veri sağlayabilir.
- (g) Kalitenin değerlendirilmesi ve aile hekimliği merkezinin y¼netimi için esastır.⁵

2.4. Aile Hekimliğinde İyi Bir Kayıt Sisteminde Olması Gereken ¼zellikler

Hasta kaydının en ¼nemli ¼zellikleri sistematik, mantıklı, g¼ncel, kolay ulaşılabilir, kullanıcı-dostu, mahrem ve s¼rekli olmasıdır. Kayıtlar bir g¼n lazım olabilir d¼ř¼ncesiyle depolanmamalı; her an kullanılmak ¼zere hazır olmalı ve bilgilerden s¼rekli faydalanmak m¼mk¼n olmalıdır. Bilgilerin depolanmasından ve kullanılmamasından kaçınılmalıdır.²

- 1) Kayıt sistemi kullanıcıya hizmet etmelidir. Kullanıcının iş y¼k¼n¼ azaltmalıdır.
- 2) Hizmetin kalitesini objektif bir biçimde artırmalıdır.
- 3) Bilgiler kolay erişilebilir olmalıdır.
- 4) Zamanla gelişen yeni teknolojilere ve takip ile tedavi tekniklerine uyum sağlayabilir olmalıdır.
- 5) Sistem s¼rekli ęalıřır olmalı ve aksamamalıdır.
- 6) Yedekleme sistemi tam ve g¼venilir olmalıdır.

- 7) Kullanıcının karşılaştacağı sorunların kısa sürede çözülebilmesi için teknik destek olmalıdır.
- 8) Kartoteks sistemi veya bilgisayar programı, kullanıcının gereksinimlerine göre düzenlenmeli ve yapımında mutlaka kullanıcı veya bir temsilci görev almalıdır.
- 9) Kullanılmayan detaylar yer almamalı, ancak kullanıcı için önemli olan detaylara, çok seyrek kullanılması gerekse bile yer verilmelidir.
- 10) İstatistik her zaman ihmal edilmektedir. Kaliteli bir sağlık hizmeti sunulabilmesi için çalışanların, istatistiksel bilgilere gereksinimleri vardır.
- 11) Edinilen deneyimlerin diğer gruplar veya kişilerce paylaşılabilmesi amacıyla akademik çalışmalar sistem tarafından desteklenmelidir. Hasta muayene ve takip hizmeti verilirken bir yandan da birçok çalışma planlanmalı ve hizmeti aksatmadan titizlikle yürütülmelidir.
- 12) Tıp bilimi son yıllarda büyük bir değişim göstermekte, tüketici konumunda bulunan hasta ya da sağlıklı bireyin memnuniyeti ön plana çıkmaktadır. Bu nedenle hastanın da bekleme süresinden başlayıp muayene ve tedavinin sonuna kadar olan süreç için görüş, öneri ve beklentileri alınmalı, çalışma düzeni ona göre yapılandırılmalıdır. Hastanın, hizmet kalitesini objektif kriterlerle değerlendirmesi sağlanmalıdır.
- 13) Aile Hekimliğinin temel ilkelerinden birisi, hizmetin sürekliliğidir. Hasta sevk ve konsültasyon sonuçları (konsültasyon, mektup, epikriz) kayıt sistemine dahil edilmelidir.
- 14) Kayıt ve dosyalama işlemlerinde yardımcı sağlık personelinin maksimum katkısı sağlanmalıdır. Ancak, hekimin hastayla ilgili kısa notları ve tedavi planlarını bizzat kaydetmesinde gelecekte odaklanmayı kolaylaştırmak açısından yarar vardır.
- 15) Kişisel kayıtlarda gizlilik esastır. Tıbbi etik doğrultusunda, kişi/hasta bilgilerinin üçüncü kişiler tarafından öğrenilmesinin engellenmesi bilgisayar teknolojisi ile mümkündür. Bu yönde çalışmalar yapılmalıdır. Hastanın kişisel bilgileri hekime emanettir. Hasta dosyalarının hastalara verilmesi konusu tartışmalı olmakla birlikte genel kanaat hastanın istediğinde kendisiyle ilgili bilgilere ulaşması yönündedir.²
- 16) Uzak mesafeli danışma ve eğitim amacıyla, laboratuvar ve görüntüleme sonuçlarının bilgisayara kaydedilmesi hekime yardımcıdır.
- 17) Hasta dosyasında bilgiler gözönünde olmalı, menüler arasında geçişler zahmetsiz olmalı, detaylı ve özel bilgilere ayrı ayrı ulaşılabilmeli, yardımcı bilgilere geçişler (ilaç,

formüller, özel notlar, adresler) kolay olmalı, sık kullanılan özellikler ve kısaltmaları içermelidir.

18) Hastanın rutin gelişlerini organize etmelidir (aşılar, kontroller, EKG, tetkik zamanları, doğum günleri).

19) Aile hekimliğinde hasta-hekim ilişkisine verilen önem doğrultusunda özel günlerde haberleşilmeli ve tıbbi yenilikler posta, faks, e-mail gibi yöntemlerle kişilere ulaştırılabilmelidir.

20) Yüksek standartta sağlık hizmeti sunumunu kolaylaştırmak için kayıt sistemi, hekimler tarafından kolayca kabul edilebilir olmalıdır. Kayıt sistemi, birinci basamak ekibine hizmet ettikleri nüfusa iyi bir toplum sağlığı hizmeti sunma konusunda yardımcı olmalıdır. Bunu yapabilmek için risk altındaki hasta gruplarını tanımlamak gerekmektedir. Buna bağlı olarak sağlık eğitimi, tarama, bağışıklama ve diğer koruyucu hekimlik uygulamaları ekonomik olarak uygulanabilmelidir. Bu amaç için sağlık ekibi, belirli cinsiyet ve yaş gruplarında, belirli hastalığı olan, belirli ilaçlarla tedavi edilen hastaların kayıtlarına gerek duyacaktır. Kayıt sistemi hekime, özellikle periyodik hizmetleri hatırlatma özelliğine sahip olmalıdır. Bu durum, özellikle kronik hastalıkların uzun süreli takiplerinde, koruyucu hekimlikte, ilaç etkileşimleri ve ilaç alerjilerinin önlenmesinde önemlidir.

21) Kayıt sistemi hekime, hastasıyla görüşmesi sırasında, tanı, tedavi ve yönetim ile ilgili güncel uygulamaları, hastanın ihtiyaçlarına uygun olarak hatırlatmalıdır.

22) Kayıtlar, gizlilik beklentilerini tam olarak karşılayabilir şekilde saklanmalıdır.

23) Kayıtların saklanma ve iletilme yöntemleri, kaybolma riski en az olacak şekilde gerçekleşmelidir.

24) Kayıtlar, ulaşılabilir, okunaklı ve yoğun çalışan bir hekim tarafından kolayca güncelleştirilebilir olmalıdır.

25) Fazla veya eski veya geçersiz bilgilerin silinmesi ve detayların gerektiğinde hızlı ve kolay özetlenmesi mümkün olmalıdır.

26) Sistem, her hastanın bilgilerinin ömür boyu saklanmasına uygun kapasitede olmalıdır.

27) Kaydın tamamı ve uygun kısımları, ihtiyaç duyulduğunda kolayca elde edilebilir olmalıdır.

28) Sistem; semt, saha, bölge ve ulusal düzeylerde sağlık hizmeti yönetimi için gereken verilerle donatılabilmelidir. .

29) Benzer şekilde sistem, klinik ve yöneylem araştırmalarını kolaylaştırmalıdır.

30) Kayıtlar, hasta yeni bir hekime başvurduğunda hızlı ve güvenilir şekilde devredilebilir olmalıdır. Devir sırasında klinik verilere erişilebilir olmamalıdır.

31) Kayıt sistemi, personelin en ekonomik ve en etkili istihdamı da dahil olmak üzere aile hekimliği merkezinin yönetimine yardımcı olmalıdır.

32) Sistem yeni değişimlere uyartılabilir özellikte olmalıdır.

2.5. Birinci Basamakta Kayıt Çeşitleri

Birinci Basamakta iki çeşit tıbbi kayıt kullanılmaktadır:

2.5.1. Problem Yönelimli Tıbbi Kayıtlar (Problem Oriented Medical Records) (POMR)

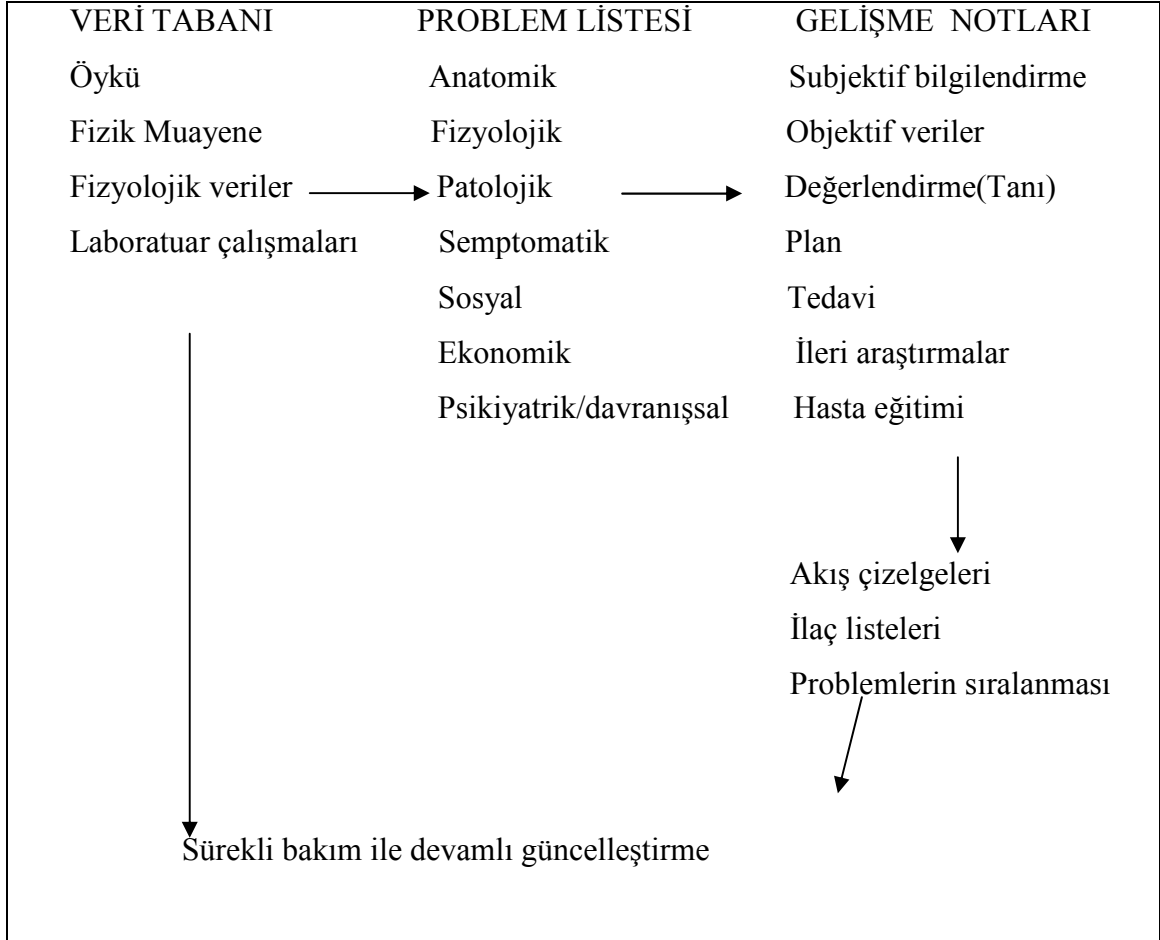
2.5.2. Kaynak Yönelimli Tıbbi Kayıtlar (Source Oriented Medical Records) (SOMR)

2.5.1. Problem Yönelimli (Hasta Merkezli) Tıbbi Kayıtlar

Tıbbi kayıt, birinci basamak hekimleri için çok önemlidir. Hatta birinci basamak hekimlerini diğer branşlardan ayıran en önemli özelliğin iyi bir dokümantasyon olduğunu söyleyebiliriz. Hasta verilerinin kaydında değişiklik fikri 1969 yılına dayanmaktadır. İlk çalışmalar Dr. L. Weed tarafından yapılmıştır. Bu kayıt sisteminde hastalık değil birey ön plandadır(= patient oriented). Bu sisteme göre doldurulmuş bir dosya incelendiğinde; bir safra kesesi hastalığı değil, safra kesesi hastalığı olan bir bireyle karşılaşılır. Probleme yönelik tıbbi kayıt azami kullanım alanını birinci basamak hekimliğinde bulmaktadır. Özellikle birden çok kronik hastalığı olan karmaşık vakalarda üstündür. Bu nedenle probleme yönelik tıbbi kayıt sisteminin yaygınlaştırılmasında da en büyük çabayı birinci basamak hekimleri göstermektedir.⁹

Günümüzde, geçmişte ölümcül olan birçok hastalığa yakalanmış ve hayatta kalmayı başarmış hastalar vardır. Aile hekimi daha fazla sayıda kronik hastalığı olan ve sürekli takip gerektiren bu hastalarla ilgilenir. Kronik hastalığı olan bu hastaların yönetimi için hastanın şu anki ve geçmişteki tıbbi sorunlarını her an için tam ve doğru olarak yansıtan ve hekimi, her an için önemli konuma gelebilecek potansiyel sorunlar konusunda uyaran dinamik kayıtlara ihtiyaç vardır.¹⁰ Probleme yönelik tıbbi kayıtların tıbbi çekirdeğini Weed şu dört temel elemanı içerecek şekilde tanımlamıştır.

- 1- Veri tabanı
- 2- Problem listesi
- 3- Progres notları (gelişim notları)
- 4- Plan (o andaki problem için)



Şekil 1. Weed'e Göre Probleme Yönelik Tıbbi Kayıtların Temel Bileşenleri.⁹

İyi hazırlanmış tıbbi kayıt, aile hekimine yardımcı olan en faydalı araçlardanır. Etkili olduğunda sağlık çalışanları arasında hastanın bakımı ile ilgili önemli bilgilerin iletilmesini, kolay dokümantasyonunu, hastanın sürekli bakımı için gerekli hayati bilgilerin elde edilmesini sağlar. Verilerin sadece toplanmasından ve insani düşünceden arınmasından kaçınılmalıdır.⁹ Aile hekimi hastalarını uzun dönem izler. Akut hastalıklar tamamıyla izole bir olay olarak tedavi edilemez, kişinin ve ailenin bakımı uzun bir süreyi kapsadığı için bu perspektif içinde ele alınmalıdır. Örneğin gebe bir kadında kan

basıncı hafif yüksek olabilir. Daha önceki dönemdeki kan basınçları karşılaştırılmalı ve böylece gerçek önemi anlaşılmalıdır. Benzer şekilde, gebenin sigara ve alkol alışkanlığı, kilo alımı, psikolojik durumu not edilmeli ve izlenmelidir.

Probleme yönelik tıbbi kayıtların bir çok avantajı vardır: Hastanın sorunları başarı ile belirlenmekte, tedavi için mantıklı bir formül hazırlanmakta, tüm sorunlar içinde spesifik olanlar ayrıca değerlendirilmekte, problem listesine göre tedavi düzenlenmektedir. Böylece tedaviye devam eden başka bir hekim, hastayı rahatça izleyebilir. Dezavantajları; çok zaman alması, araya giren problemlerin tasnif güçlüğü nedeniyle polikliniklerden ziyade eğitim veren hastanelerde uygulanmasıdır.

2.5.2. Kaynak Yönelimli Tıbbi Kayıtlar

Geçmişte kullanılan geleneksel aile hekimliği merkezi kayıtları, kayıttaki materyalin kaynağına göre yapılandırılıyordu ve buna kaynak yönelimli tıbbi kayıt adı veriliyordu (Kaynak Yönelimli Tıbbi Kayıtlar = Source Oriented Medical Records =SOMR). Bu kayıtlar; laboratuvar verileri, EKG raporları, konsültan raporları, hekim notları, hemşire notları, radyografi notları idi ve bunların her biri birbirinden bağımsız olarak farklı alanlarda farklı kişilerce dolduruluyordu. Materyallerin bu şekilde organize edilmesi sonucunda dosya bir günlük gibi oluyordu ve takip edilen hastanın bakımında göreceli olarak kısıtlı bir değeri vardı ve muhtemelen akut hastalık epizotlarında yeterliydi. Kaynağa yönelik kayıt tutmanın avantajları; çok kullanılır ve anlaşılır olması ve kolayca devam ettirilebilmesidir.¹⁰ Kaynak yönelimli tıbbi kayıtlar kolay toparlanabilir olmasına rağmen dezavantajları vardı. Hastayı tanımayan birisi için hastanın sorunu hakkında tam bir bilgi almak çok zaman alıyordu; hastanın tüm sorunlarını bir arada görülmesini engellemekteydi. Özellikle öyküde, kişinin tanısı konulan bir sorununun seyrinin sorgulanması ve izlenmesi çok zaman alıyordu.⁹

2.6. Tıbbi Kayıtlara Ulaşım ve Gizlilik

Hasta kayıtları gizli bilgiler içerir ve bilgilerin gizliliği varolan yasal düzenlemelere paralel bir şekilde korunmalıdır. Hasta dosyalarının hastalara verilmesi konusu tartışmalı olmakla birlikte genel kanaat hastanın istediğinde kendisiyle ilgili bilgilere ulaşması yönündedir. 1974’de Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) hasta hakları yasası kabul edildi. Hastanın tıbbi kayıtlara ulaşması konusunda bazı eyaletlerde,

daha önceki örnek dava kararlarına göre hastanın tıbbi kayıtlara ulaşması lehinde kararlar alındı. Hastanın klinik bakıma katkısı hala tartışmalı bir konudur. Hasta kayıtlarının hasta ile paylaşılmasının sağlık hizmetinin kalitesini artırdığı konusunda herhangi bir kanıt olmamasına rağmen genel kanı, hastanın anlayışını ve uyumunu artırdığı yönündedir. Schade (California, Los Gatos’da bir aile hekimi) hastalarına kendi tıbbi kayıtlarının tamamını saklama izni veriyor, sadece kısa bir ofis notunu kendinde bulunduruyordu. Böylece hastalar acilde bir konsültan tarafından görüldüğünde ya da yeni bir bölgeye taşındıklarında kendilerine ait tıbbi kayıtları oluyordu. Hastalarına kendi tıbbi kayıtlarına ulaşma imkanının verilmesinin kendi tıbbi sorunlarını ve tedavilerini daha iyi anlamanın yanında, hastanın hekimi dava etme olasılığını azalttığına inanıyordu.²

Ülkemizde 1998 yılında Resmi Gazete’de yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği’nde mahremiyete saygı gösterilmesi ve bilgilerin gizli tutulması ile ilgili maddeler bulunmaktadır. Mahremiyete saygı gösterilmesi (madde 21), hastanın mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta mahremiyetinin korunmasını açıkça talep edebilir. Her türlü tıbbi müdahale hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir. Mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu isteme hakkı;

- * Hastanın sağlık durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesini
- * Muayenenin, teşhisin, tedavinin ve hastayla doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makul bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesini
- * Tıbben sakınca olmayan hallerde yanında bir yakını bulunmasına izin verilmesini
- * Tedavisiyle doğrudan ilgisi olmayan kimselerin, tıbbi müdahale sırasında bulunmamasını
- * Hastalığın mahremiyeti gerektirmedikçe hastanın şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemesini
- * Sağlık harcamalarının kaynağını gizli tutulmasını kapsar. Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez. Eğitim verilen sağlık kurum ve kuruluşlarında hastanın tedavisiyle doğrudan ilgili olmayanların tıbbi müdahale sırasında bulunması gerekli ise; önceden veya tedavi sırasında bunun için hastanın ayrıca rızası alınır.

Bilgilerin gizli tutulması (madde 23), sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanunla müsaade edilen haller dışında, hiçbir şekilde açıklanamaz. Kişinin

rızasına dayansa bile, kişilik haklarından bütünüyle vazgeçilmesi, bu hakların başkalarına devri veya aşırı şekilde sınırlandırılması neticesini doğuran hallerde bilginin açıklanması, bunların açıklayanın hukuki sorumluluğunu kaldırmaz. Hukuki ve ahlaki yönden geçerli ve haklı bir sebebe dayanmaksızın hastaya zarar verme ihtimali bulunan bilginin ifşa edilmesi, personelin ve diğer kimselerin hukuki ve cezai sorumluluğunu da gerektirir. Araştırma ve eğitim amacıyla yapılan faaliyetlerde de hastanın kimlik bilgileri rızası olmaksızın açıklanamaz.¹¹

Michael ve Bordley'in 1982'de yaptıkları bir çalışmada; hastaların %80'inin tıbbi kayıtlarının görülmesine izin verilmesi gerektiğine inandıkları bulunmuştur. Fakat hastalar tıbbi kayıtların bir örneğinin kendilerinde olmasının, onları görmek kadar önemli olduğu konusunda emin değillerdi. Herhangi bir geçerli tıbbi neden yoksa en iyi tutum, hastaların kendi kayıtlarını incelemesine istendiğinde bir örneğinin alınmasına izin verilmesidir. Tufo ve ark., hastaların kendi kendilerine yardım ve sorumluluklarını vurgulamak amacıyla tıbbi kayıtlarını kendilerine verdiler. Beklenen, hastanın, bilginin doğruluğu konusunda geri bildirim vermesi ve hastanın kendi sağlık durumunu anlama düzeyinin artmasıdır. Fischback ve ark. hastanın da sağlık bakımına katılmasını destekliyorlardı. Hastanın bilmediği değil fakat şüphelendiği bir durum endişeye yol açıyordu.² Tıbbi kayıtların hasta ile paylaşılmasına yer verilmesi önemlidir. Fakat eğer zararlı olacaksa gizli tutulmalıdır. Örneğin, bazı yaşlı hastalar için, 10–12 problemten oluşan listeyi ve birçok tedaviyi görmek kafa karıştırıcı olabilir veya depresyona neden olabilir. Emosyonel sorunları olan hastalar, progres notlarını anlamakta ve bunlarla başa çıkmakta güçlük çekebilirler.

Bilgisayarın tıbbi kayıtları tutmada kullanılması ile bu bilgilerin kişiye özel gizli bilgiler olduğu konusu daha fazla dikkat çekti. Tıbbi kayıtlara yönetim amacı ile, sağlık hizmeti sunmayan kişilere de kayıtlara erişim izni verilmeye başlandı. Bu kişilerin hastanın bilgilerinin gizliliği konusundaki duyarlılıkları ve bu bilgilerin kullanımı konusundaki etik ve profesyonel kodları sınırlıydı.

2.7. Tıbbi Bilgi Kartları

Günümüzdeki mobil toplumun bir gereği olarak hasta hakkındaki bazı bilgileri içeren manyetik kartların hazırlanıp hastaya verilmesi gündeme gelmiştir. Hastanın tıbbi pasaportu şeklinde olması planlanan bu kartlar kredi kartı büyüklüğündedir ve hastayla

ilgili tıbbi sorunları ve diğer gerekli tıbbi bilgileri içerir. Gelişen teknoloji sayesinde bu kartlara çok sayıda tıbbi bilgi, hastanın fotoğrafı, imzası, röntgen filmleri, EKG, CT ve MR sonuçları yüklenebilmektedir.² Bu kart kişinin tıbbi kaydının seçilmiş bir bölümünü içeren bir mikrofilmdir. Örneğin geçirilmiş MI, DM, ilaç allerjileri, antikoagülan ilaçlar ve immunizasyon durumunu içerir. Lazer optik teknoloji sayesinde bu kartlarda 800 sayfa veri depolanabilmektedir. Kartları kullanabilmek için özel oku-yaz ünitesi ve IBM uyumlu bilgisayarlar gereklidir. Özel yazılım programları tıbbi kayıtların gizliliğini sağlar. Hastanın resmi ve imzası görünmeyen bir şekilde karta yerleştirilebilir ve bu sahtesinin yapılmasını ya da transferini imkansız kılar.

2.8. Önerilen Kayıt Sisteminin Özellikleri

İyi organize edilmiş ve geliştirilmiş tıbbi kayıt, beraberinde çok iyi bir tıbbi bakımı getirecektir. Fakat aynı zamanda kötü veya yetersiz bakımı da gözler önüne serecektir. Aile hekimliği merkezi kayıt sistemlerini, problem yönelimli sisteme dönüştüren hekimlerin, geçmiş sistemden kaynaklanan olumsuz tecrübeleri olmuştur. Kayıtlar içinde kaybolan sorunlar tanımlanmış ve daha ileri araştırma yapılmamış anormal laboratuvar bulguları ortaya çıkarılmıştır.

Yeni bir kayıt sistemine dönüşüm, kayıt sisteminin tekrar değerlendirilmesini ve organizasyonu beraberinde getirecektir ki; bu sistem, hasta ve hekim için sorunları ortaya çıkarması ve yeni bir bakış açısı getirmesi açısından önemlidir. Kayıtlar problem yönelimli formata dönüştürüleceği zaman en iyisi en aktif kayıtlarla başlamak ve daha az aktif olanları sonraya bırakmaktır. En faydalı olanı bütün yeni hastalara yeni formatta başlamak ve kronik hastalığı olan ve sık izlenenleri ise yeni formata çevirmektir. İndeks kartlarını yazmak ve kayıtları transfer etmek için akşamları çalışabilecek geçici bir personel alınabilir. Hekim, problem listesini hazırlamalıdır. Bu oldukça zaman alan bir aktivite olmasına rağmen gözden geçirme; hekimin unuttuğu konularla tekrar karşılaşması nedeni ile faydalıdır.

2.9. Verilerin Aktarılması

Aile hekiminin hastanın tüm tıbbi geçmişini kayıtlara geçirmesi önemlidir. Böylece gerektiğinde, hastanın karşılaştırmalı tıbbi profili diğer hekim ve hekim dışı sağlık çalışanlarına sunulabilir. Kıymetli tıbbi bilgi sıklıkla düzensiz olarak her tarafta

bulunur ve ihtiyaç olduğunda bulunamaz ya da arşiv yapılamaz. Yeni bir hasta görüldüğünde, hastanın bakımında daha önce görev alan diğer hekimler, resmi kurumlar, hastaneler ve özel sağlık kurumlarından hastanın tüm tıbbi bilgilerine ulaşılmalıdır. Her bir hekimin hasta ile ilgili tam bir tıbbi bilgi birikimine ulaşması için birçok tetkiki tekrar etmesi, tedavi edici süreci geçirmesi gerekecektir ve böylece zaman ve para kaybedilecektir. Transfer edilen kayıt POMR ya da buna benzer kayıt sisteminde ise eski ve yeni hekim için, hastanın bakımı için faydalı olacağından ve kolayca anlaşılacağından dolayı kaygı uyandırmayan bir deneyim olacaktır. Gelecekte tıbbi kayıtların merkezi bilgisayar sistemine alınması, bu sorunları ortadan kaldıracaktır. Ulusal sağlık hizmetleri olan ülkelerde örneğin İngiltere’de tıbbi kayıt devletin malıdır ve hasta başka bir bölgeye onunla birlikte otomatik olarak transfer olur.

Birtwhist ve Anderson’un 1989’da yaptığı bir çalışmada, aile hekimlerinin sadece yarısının (%52) düzenli olarak hastanın daha önceki tıbbi kayıtlarını istediği gösterilmiştir. Bilgi elde edildiğinde, hastanın sorununun kısa bir öyküsü, daha önceki konsültan raporlarının kopyası ve hastane çıkış özetinin tercih edildiği saptandı. Şaşırtıcı olarak, aile hekimliği merkezinde progres notları nadiren kullanılıyordu.

POMR gibi iyi organize bir kayıt sistemi aile hekiminin, konsültasyon isteğiyle problem listesini özetleyerek hastasının tüm sağlık durumu hakkında konsültan hekim ile daha etkin iletişimine izin verir. Bu da uzman hekimi, sadece kendisinin ilgili olduğu alandaki hastalığı tedavi etmekten uzaklaştırır ve hastanın tüm tıbbi, sosyal, psikiyatrik problemleri konusunda ve konsültasyon istediği sorun konusunda bilinçlilik yaratır. Eğer bir kardiyologa koroner bakım ünitesinde ciddi bir hasta danışılmış ise düşünülmesi ve yönetimi yapılması gereken diğer sorunları da içeren açık bir problem listesi, aile hekiminin rolünü kolayca gözönüne serer Herhangi bir verinin gözden geçirilebilmesi ve hızlı, doğru ve faydalı bir biçimde derlenmesi için okunabilirliği şarttır. Bu, hastaların sağlık durumunun tam olarak ve hızla gözden geçirilmesini sağlar. Hekimin el yazısı yıllar içerisinde hızlı not tutmanın ürünü olarak okunmaz olmuştur. Bu da etkin iletişim ve iyi kayıt için büyük bir engel oluşturur. Bu sorun, şimdilerde artan sayıda hekimin, progres notlarını daktilo ettirmesi ile aşılmıştır. Okunabilirliğin iyileştirilmesi, grup halinde çalışılan merkezler için de bir avantajdır. Okunmayan kayıtlara mahkemede güvenilmez. Hekimlerin kendi notlarını okuyamaması utanç vericidir. Çünkü hakim okunamayan kaydın kullanılamayacağını düşünecektir. Buna ek

olarak, organize olmayan ve okunamayan kayıt, hekimin hasta bakım kalitesinin sorgulanmasına neden olacaktır. Anlaşılabilir ve doğru tıbbi kayıt iyi bakımı sembolize eder ve hekimin kaliteye önem verdiğini gösterir ki bu organize bir bakım planında istenen bir özellik olmuştur.

2.10. Amerikan Aile Hekimliği Konseyi ve Ulusal Kalite Sağlama Komitesi'nin Önerdiği Kayıt Sistemi

Amerikan Aile Hekimliği Birliği'nin önerilerine göre hasta kayıtları anlaşılır olmalı ve hastanın genel sağlık durumuyla birinci basamak hekimleri, konsültanlar ve yabancı sağlık personeli için yeterli ve hızlı bir bakış sağlayabilmelidir.²

A-Kayıtlar okunabilir olmalıdır.

B-Hasta ile ilgili bilgiler

1- Hastanın profili

- Yaş (doğum tarihi)
- Cinsiyet
- Meslek
- Eğitim
- Ekonomik durum
- Aile yapısı
- Aktivite durumu
- Ağırlığı
- Boyu
- Alışkanlıkları
- Kan basıncı

2- Olası risk faktörleri hakkında bilgi

- Ailesel ve genetik hastalık öyküsü
- Alkol ve içki alışkanlıkları
- Sigara alışkanlığı
- Çevresel riskler
- Yaşam tarzı

- Stres faktörleri
- 3- Varlığı veya yokluğu mutlaka belirtilmesi gereken özel durumlar
 - Alerji
 - İlaç etkileşimi ve intoleransı
- 4- Geçmiş öykü hakkında bilgiler
 - Geçirdiği hastalıkları
 - Geçirdiği ameliyatlara
 - Mevcut olan küçük sorunları
- 5- Açık ve kolaylıkla tanımlanan bilgiler
 - Primer sorunlar
 - İlgili ve diğer sorunlar
 - Hastanın aldığı diğer ilaçlar
 - Aşılama durumu
 - Laboratuvar ve röntgen sonuçları
- 6- Aşağıdaki konularda iyi organize edilmiş klinik gelişmelerin uygun kaydı olmalı ve bu kayıtlara ulaşılabilirliktir.
 - Hastanın sağlık durumu
 - Hastanın sorunları hakkında gözlemler
 - Tartışma
 - Testler
- 7- Aşağıdaki konularda kolayca anlaşılabilir ve açık bir şekilde bilgi olmalı ve ulaşılabilirliktir.
 - Hastanın sağlık bakımında her bir sorunu için tedavi ve yönetim planı
 - Her sorun için sağlık eğitimi

Bu konuda Amerikan Ulusal Kalite Sağlama Komitesi'nin öngördüğü şartlar ise şunlardır:

1. Hasta kaydındaki her sayfada hasta adı veya dosya numarası bulunmalıdır.
2. Kişisel/biyografik bilgiler içerisinde hastanın adresi, iş vereni, ev ve iş telefonları ve evlilik durumu bulunmalıdır.
3. Her türlü tıbbi kaydın başına kimin tarafından kaydedildiği yazılmalıdır.
4. Kayıtların hepsinde tarih bulunmalıdır.
5. Kayıtlar okunaklı olmalıdır.

6. Problem listesinde önemli tıbbi durumlar ve hastalıklar belirtilmelidir.
7. İlaç alerjileri ve yan etkileri belirgin bir şekilde kaydedilmelidir. Eğer bu konuda bilgi yoksa bilgi olmadığı da yazılmalıdır.
8. Özgeçmişte önemli kazalar, ameliyatlar ve hastalıklar yazılmalıdır.
9. 14 yaşın üzerindeki hastalar için sigara, alkol ve madde kullanımı sorgulanmalıdır.
10. Hikaye ve fizik muayenede hastanın başvuru nedeniyle ilgili yeterli bilgi bulunmalıdır.
11. Laboratuvar ve diğer testler uygun bir şekilde kaydedilmelidir.
12. Tanılar bulgularla uyumlu olmalıdır.
13. Tedavi planı bulgularla uyumlu olmalıdır.
14. Takiple veya bir sonraki muayeneyle ilgili not bulunmalıdır.
15. Bir önceki görüşmede çözümlememiş sorunlar sonraki görüşmede ele alınmalıdır.
16. Yetersiz ve aşırı konsültan kullanımı gözden geçirilmelidir.
17. Konsültasyon istenmişse konsültan notu da dosyada bulunmalıdır.
18. Konsültasyon, laboratuvar ve görüntüleme raporları yeniden incelenmesi mümkün olacak şekilde dosyalanmalıdır.
19. Hasta, tanı veya tedavi amacı ile gereksiz riske maruz bırakılmamalıdır.
20. Aşılama kaydı bulunmalıdır.
21. Koruyucu hizmetler ve kurumun uygulamaları doğrultusunda kaydedilmelidir.¹²

2.11. Uluslararası Hastalık Sınıflandırması Versiyon-10 (ICD-10)

"Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması", İngilizce olarak " International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems " ya da kısaca "ICD" olarak kullanılan tanımlamanın dilimizdeki karşılığıdır. Bir hastalık sınıflandırması, hastalık isimlerinin kesin kriterlere göre bir araya getirilmesinden oluşan bir kategoriler sistemi olarak tanımlanabilir. Tamamen teorik açıdan bakılırsa, hastalıkları çeşitli eksenlerde, örneğin etkilenen vücut kısmına (topografi), nedene (etiyoloji), dokudaki patolojik değişikliğin tipine (morfoloji) ya da sonuçta ortaya çıkan fonksiyonel anormalliğe göre sınıflandırmak mümkündür. Fakat pratikte, hastalıkların vücudun birden fazla bölümünü etkileyebilmeleri, bazı hastalıkların nedeninin bilinmemesi ve bazı patolojik değişikliklerin özgün olmaması

gibi nedenlerle hiçbir eksen tek başına yeterli değildir. Alternatif olarak, her bir hastalığın birkaç eksene göre sınıflandırıldığı, çok eksenli bir sınıflandırma yapılabilir ancak bu durum hastalığın tüm kriterlere göre tanımlanmasını gerektireceğinden kullanımı zorlaştırır.

Hastalıkların istatistiksel sınıflandırması, hastalık verilerinin, kullanıcı tarafından kolayca değerlendirilip incelenebileceği bir formda sunulmasını gerektirir. O halde, kullanışlı ve anlaşılır bir bilgi elde edebilmek için, hastalıkların sistemli ve anlamlı bir şekilde düzenlenmesi gereklidir. Bu amaçla, tamamen teorik bir yaklaşım yerine pratik bir yaklaşımda bulunmak en uygun yoldur ve ICD'nin geliştirilmesinde bu yaklaşım göz önüne alınmıştır.

ICD, istatistiksel bir sınıflamadır. ICD'nin getirdiği istatistiksel sınıflama ile tıp kitaplarında bölüm başlarında bulunan hastalık sınıflandırmaları arasındaki ayrımı belirlemek gerekir. Burada, genellikle birbiri ile karıştırılabilecek durumlarla etkenlerinin farklılığına göre düzenlenmiş bir hastalık grubu değerlendirilir. İstatistiksel sınıflamada ise birbirine benzer hastalık veya durumlar bir araya getirilip, taşıdıkları öneme göre sınıflandırılmaktadır. Buna ek olarak, her hastalık için o hastalığa özgü bir kod kullanılmaktadır. ICD, bu yapısı sayesinde, gerek sağlık hizmetlerinin yönetimi gerekse epidemiyolojik çalışmalarda kullanım kolaylığı sağlamaktadır. Hasta takibi, hasta kayıt ve arşivlerinin tutulması ve bunlara erişim, kaynak yönetimi gibi idareye yönelik kullanımının yanı sıra hastalıklarla ilgili istatistiksel çalışmalar ve uluslararası niteliği sayesinde ülkeler arasında sağlıkla ilgili karşılaştırmalar yapma olanağı da sağlamaktadır. Buradan da anlaşılacağı üzere ICD'nin önemli bir fonksiyonu da hastalıklara uluslararası ortak bir dil kazandırmaktadır. Bunlara ek olarak ICD, hastalık ve ölüm kodlamalarında getirdiği bazı uluslararası kural ve hatırlatmalarla hastalık tanısının yazılması ya da ölüm nedeninin belirtilmesinde kayıtların mümkün olduğu kadar doğru tutulması konusunda dolaylı bir katkıda da bulunmaktadır.

Hastalıklarla ilgili istatistik çalışmalarının geçmişi 300 yıl öncesine kadar dayanmaktadır. İlk etkin çalışma 17. yüzyılın sonunda İngiltere'de John Graunt'un hazırlamış olduğu ölüm verileri ile ilgili London Bills of Mortality adlı çalışmadır. Graunt bu çalışmasında, ölüm kayıtlarında ölen kişilerin yaşlarının yazılmadığı tarihlerde, 6 yaşın altında ölen çocukların oranını hesaplamaya çalışmış ve o günün koşullarına göre oldukça iyi bir tahminde bulunmuştur. Graunt bu hesaplamayı

yaparken, ölüm nedenlerinin çocuklar için de benzer olduğu varsayımından hareket etmiştir.

Hastalıkların sistematik bir şekilde sınıflandırılması ile ilgili gelişmeler ise 18. yüzyılda başlamıştır. Bugünkü mevcut sınıflamanın yapısı büyük ölçüde İngiltere Genel Kayıt Bürosu'nda ilk tıbbi istatistik uzmanı olarak çalışan William Farr'ın çalışmalarına dayanmaktadır. Yüzyılın ikinci yarısında çalışmalar hastalık terminolojisi ve bunların kullanımında uluslararası birlikteliğin sağlanmasına odaklanmıştır. Bu dönemlerde dikkati çeken üçüncü bir nokta da hastalıkların istatistiksel sınıflamasının uluslararası önemi olmuştur.

Uluslararası İstatistik Enstitüsü, 1891 yılında Jacques Bertillon başkanlığında ölüm nedenleri ile ilgili yeni bir sınıflama hazırlanması için bir komite kurmuş, bu komitenin yapmış olduğu çalışmalar 1893 yılında tamamlanmış ve önerileri Enstitü tarafından kabul edilmiştir. Sınıflama, genel hastalıklar ile belli bir organ ya da anatomik bölgeye özgü hastalıkların birbirinden ayrılması ilkesine dayanmaktadır. Bu çalışma başlangıçta "Bertillon Ölüm Nedenleri Sınıflaması" olarak adlandırılmış ve birçok Avrupa, Kuzey ve Güney Amerika ülkelerinde kullanılmaya başlanmıştır.

1900 yılında Fransa hükümeti, Ölüm Nedenleri Uluslararası Sınıflamasının (Bertillon Ölüm Nedenleri Sınıflaması) revizyonu için çağrıda bulunmuş ve bu girişim yaklaşık 10 yılda bir yapılan revizyon konferansları serisini başlatmış ve bugün onuncu revizyon olan ICD-10'a kadar ulaşılmıştır. 1948 yılında kurulan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 6. Konferans'tan bu yana Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması'ndan sorumlu olmuştur.

Bu tarihsel gelişim süreci içinde, bazı dönemlerde ICD yapı ve içeriğinde önemli değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Bunlardan birincisi, önceleri sadece ölüm nedenlerini kapsayan sınıflamaya hastalık nedenlerinin de dahil edilmesidir. 1938 yılında yapılan 5. Konferans'ta morbidite istatistikleri için hastalık sınıflamasına olan gereksinim dile getirilmiş ve 1948 yılındaki 6. Konferans "Ölüm Nedenleri ve Hastalıkların Uluslararası Listesi"nin revizyonu amacıyla toplanmıştır. Bu konferansta hem mortalite hem de morbidite ile ilgili kapsamlı bir liste kabul edilmiştir. Bununla beraber ölümün temel nedenini seçmede uluslararası kurallar getirilmiş, hayati istatistikler ve sağlık istatistikleri alanında uluslararası işbirliğinin sağlanması konusunda önerilerde bulunulmuştur.

Önemli değişikliklerin ikincisi 1975 yılında kabul edilen 9. revizyonda gerçekleşmiştir. Bu değişiklikler, daha spesifik kodlama için belli bazı kodlara isteğe bağlı beşinci basamağın dahil edilmesi, neoplazmların morfolojileri ile ilgili ayrı bir kod grubu (M kodları) oluşturulması, bazı tanısal durumlarda isteğe bağlı çift kodlama sisteminin getirilmesi ve akıl hastalıkları ile ilgili her bir kategorinin içeriğinin açıklanmasıdır. Bu sonuncusunun nedeni, akıl hastalıklarında uluslararası kabul görebilecek bir terminolojinin bulunmasındaki güçlülüdür. ICD-9 kitapçığı 1977/78 yıllarında basılmış ve pek çok ülkede kullanıma girmiştir.

Üçüncü önemli değişiklik, 1989 yılında Cenevre'de toplanan 10. Uluslararası Konferans'ta kodlama sisteminde yapılan köklü değişikliktir. DSÖ 1991 yılında ICD-10'un yayınlanmasını kabul etmiş, 1994 yılında da uygulamaya geçirilmesini planlamıştır. ICD-10, daha önceki revizyondan (ICD-9) üç temel farklılık taşımaktadır:

- Cilt sayısı ikiden üçe çıkarılmıştır.
- Birinci ciltte hastalık kodlarının yer aldığı bölüm sayısı 17'den 21'e çıkarılmıştır.
- Numerik kod yerine alfanumerik kodlama yapısı getirilmiştir.

ICD-10 kodlarında birinci basamakta kullanılabilecek 26 harften 25'i kullanılmıştır. "U" harfi ile başlayan kod yoktur, bunlardan U00-U49 arası kodlar, yapılan revizyon kesinleşinceye kadar olabilecek ilaveler ve revizyonlar arasında ulusal ya da uluslararası düzeyde ortaya çıkabilecek zorluklarda geçici kodlamalar için, U50-U99 arası kodlar ise yerel araştırmalarda kullanılmak üzere boş bırakılmıştır.¹³

2.12.ICPC-2 (International Classification of Primary Care Second Edition Plus)

Birinci basamak araştırmalarındaki veri toplama işlemleri 1970'lere kadar çoğunlukla ICD kullanılarak sınıflandırılmaktaydı. ICD'nin yapı olarak hastalıkları temel alması ve orijinal mortalite istatistiklerini kaydetmesi, birçok semptomun ve hastalık dışı durumların görüldüğü birinci basamakta kodlama zorluklarına neden olması ile The International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC), Dünya Aile Hekimleri Birliği (Wonca) ve Amerikan Hastaneler Birliği (American Hospital Association (AHA) tarafından ICD-8 temel alınarak, 1972 yılında geliştirilmeye başlanmış ve 1975 yılında yayınlanmıştır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri için tamamlanmış bir sınıflandırma veya kodlama sistemi yoktur. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-

IV) sınıflandırması, Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından ICD'den derlenerek geliştirilen ve idame edilen bir kodlama sistemidir. DSM-IV, mental hastalıkların tanımlamaları ve tanı kriterlerini de içeren; tanı konulması, tedavi, eğitim, araştırma ve yönetsel amaçlarla kullanılan bir kodlama sistemidir. ICD'den derlenen bir diğer kodlama sistemi olan International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O); neoplastik oluşumların, yeri, huyu ve morfolojik yapılarına göre sınıflandırılmalarında kullanılan bir kodlama sistemidir. International Classification of Impairments, Disability and Handicaps (ICIDH) kodlama sistemi ise WHO tarafından, sakatlık, engellilik ve özürllülüğün sınıflandırılması için geliştirilmiştir. Bu üç ana sistem için de farklı merkezlerde "kodlama" süreci devam etmektedir; ICPC (Hollanda), Read Kodları (İngiltere) ve SNOMED Systematized NOMenclature of MEDicine Clinical Terms (SNOMED CT) (Kanada). Güçlü ve zayıf yönleri olan ve rekabet içindeki bu sistemler farklı ülkelerde kullanılmaktadır. Tüm sistemlerin gelişimi devam etmektedir.

ICPC, WONCA Sınıflandırma Komitesi tarafından oluşturulmuş, birinci basamak sağlık hizmetleri için geliştirilmiştir. İlk önce ICD yapısına dayalı olarak ICHPPC oluşturulmuştur. 1979'da geliştirilen ICHPPC-2 de birinci basamakta karşılaşılan pek çok hastalık ve semptom için uygun ve yeterli olamamıştır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde sınıflandırmanın genel özellikleri şunlardır: Hasta-merkezli bakımı desteklemeli, birinci basamak sağlık hizmetlerinde karşılaşılan semptom ve hastalıkların geniş spektrumuna yanıt verebilmeli, eşanlamlı olmayan zengin bir sözlüğe sahip olmalı, yapısal temeli olmalı, hizmet özelliklerinde kolaylıkla veri toplanabilmeli, olası tüm birinci basamak alanlarında kullanılabilir olmalı, multilingual ve multikültürel olmalı, veri analizleri ve veri toplamayı destekliyor olmalıdır.

Bu özelliklerle karşılaştırıldığında ICPC, probleme dayalı tıbbi kayıt yapısı ve iki eksenli sınıflaması ile bazı güçlü ve zayıf yönlere sahipti. ICPC; uluslararası, multilingual, kolay kullanılabilir, hasta merkezli, birinci basamak için özgül, geliştirilebilir, epidemiyolojik araştırmalar, hasta hakları ve sorumluluklar, komorbidite, takip aralıkları ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin geniş spektrumu açılarından uygundu. ICPC'nin zayıf yönleri; geniş hastalık ve hastalık tanılarına yanıt verememesi, eşanlamlı listesinin ve ayrıntı düzeyinin sınırlı olması, diğer kodlarda geniş haritalamanın olmaması, klinik hasta bakımı veya uygulama ihtiyaçları için tam bir

kodlamaya sahip olmaması, pek çok sorunun anlamsız kodlarla bitmesi (F99 Gözün diğer hastalıkları gibi), kodlamaların nedenlerinde veri karşılaştırmasının zor olmasıdır. 1993 yılında, WONCA International Classification Committee (WICC) ICPC-2 üzerinde çalışmalara başladı. İlk hedefleri ICHPPC-2 içerdiği eski kriterleri ICPC'ye yerleştirerek genişletmekti. Ancak kullanıcılar için tanı kriterleri değil, sınıflandırma kriterleri gerçekçi değildi. Ayrıca ICD-9 ile karşılaştırmaya uygun değildi. Her bir ICPC sınıfına ICD-10 ile karşılaştırmalı eklemeler yapılarak aile hekimliği için indirekt olarak tanı uygulamaları desteklenebildi. 1995 yılında ICPC Plus yayınlandı. 1998 yılı Nisan ayında ICPC-2 Plus7 yayınlandı. Bu yayının ardından hızlı bir şekilde, İngilizce olarak elektronik versiyonu oluşturuldu (ICPC2-E). Bugün ICPC-2 kodlamasının Oxford Üniversitesi tarafından yayınlanan kitapçığı 31 dilde çevirisini de kapsamaktadır.

ICPC2-E'nin en önemli kullanım alanları, yeni bilgisayar tabanlı hasta kayıtları ve bakım epizotlarının oluşturulmasıdır. Bu ikisi yakın ilişkili olup birinci basamakta ve aile hekimliğinde hasta verilerinin oluşturulması için ilkeler geliştirir. Bakım epizodu, bir sağlık sorunu nedeniyle kişinin ilk başvurusuyla, bu sorunun tamamen geçmesine kadar olan süreçtir. ICPC-2 yapı olarak iki eksenlidir. Birinci ekseninde 17 bölümden oluşan vücut sistemleri, ikinci ekseninde ise iki basamaklı sayıdan oluşan, numerik kodlar bulunmakta ve yedi benzer komponent içermektedir. Bu yedi komponent ;

1. Şikayet ve semptom
2. Teşhise yönelik, tarama ve koruyucu
3. Medikasyon, tedavi, prosedürler
4. Test sonuçları
5. İdari
6. Sevk ve diğer başvuru nedenleri
7. Teşhis/hastalık

Herhangi bir yerdeki verinin manuel kodlanmasını basitleştiren ve hekim tarafından kullanımını kolaylaştıran ve ezberi kolaylaştıran özelliği mevcut olup kodlar üç haneli, başlıklar ICD-10 başlıklarına uygun ve kısadır. Kullanımda organ, sistem veya bölümlere göre doğru alfa kodu seçilip belirti, tanı veya uygulamaya uyan, iki rakamlı numerik kod seçildikten sonra kodlama işlemi yapılır. Numerik kodlar 1'den 99'a kadardır. 1'den 29'a kadar olanlar semptom/şikayet, 30'dan 69'a kadar olanlar

(girişimler, ilaç yazımı, sevk vb.) ve 70’den 99’a kadar olan kodlar ise tanılarla ilgilidir.¹⁴

2.13. Türkiye’de Tıbbi Kayıtların Durumu

Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile Hacettepe Üniversitesi arasında yapılan protokol ile DSÖ tarafından tüm dünyada uygulanması amaçlanan “Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması”nın “Avustralya Uyarlaması” olan ICD–10-AM eğitimine başlanmıştır.¹⁵ ICD-10 web sayfası oluşturulmuştur. Dört basamaklı tanılar, liste, indeks ve kullanım kurallarını içeren metinler şu an ulaşılabilir durumdadır. İletişim, sorun çözme ve kısmen eğitim için web sitesi ve bir mail adresi kullanımdadır. Hastanelerde kodlamalar, basit arama-bulma araçları ile yapılabilmektedir. Birçok sağlık ocağında otomasyonda sık kullanılanlar listesi mevcuttur. Devlet Hastaneleri’nde bazı servislerde 20–50 kod içeren ve yardımcı sağlık personeli tarafından (hemşire, tıbbi sekreter) kullanılan listeler bulunmaktadır. Eğitim hastanelerinde asistanlar kendi oluşturdukları listeleri kullanmakta ve kodlama kuralları iyi bilinmediğinden hatalı kodlamalar olmaktadır. “Diğer” açıklamalı kodlar sık kullanılmaktadır. ICD-10’un bu haliyle kullanımı bile, hastanelerin karşılaştırılmasına imkan tanımaktadır. Eğitim ile uygulama kuralları yaygınlaştırılacaktır. Standart, kodlama kurallarının adapte edildiği, kullanımı kolay bir arayüz yaygınlaştırılacaktır. Veri toplama için standartlar, minimum veri seti ve veri toplama alt yapısı oluşturulacaktır. Eğitim kitapçıkları basılmalı; tıp, diş hekimliği, hemşirelik, sağlık meslek yüksek okullarına ICD–10 ile ilgili müfredat eklenmelidir. ICD–10 ile ilgili verileri değerlendirip sağlık politikaları haline dönüştürecek birimler oluşturulmalıdır.¹⁶

2.14. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Kullanılan Kayıtlar

Sağlık ocağında çalışan sağlık personelinin tutacağı kayıtlar formlar şeklinde düzenlenmiştir.¹⁶ Sağlık ocağında kullanılacak kayıt formları ile bunların nasıl kullanılacağı, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan “Veri Toplama ve Bildirim Formları Kullanım Kılavuzu” ile belirlenmektedir.¹⁷ Bu kayıtların neler olacağı sağlık hizmetlerindeki gelişmeler ve uygulamaya konulan hizmet programları dikkate alınarak ve zaman zaman gözden geçirilerek yeniden düzenlenmektedir. Bütün sağlık

ocaklarında doldurulması gereken bilgi formları aynı olduğundan, ülke düzeyinde toplanan bilgiler de temelde standardize edilmiş olmakla beraber bazı illerde, sağlık müdürlükleri gerekli gördükleri ek bilgileri de sağlık ocaklarından istemektedirler. Sağlık ocaklarından toplanan bilgiler bir ili, illerden toplanan bilgiler de ülkeyi yansıtır. Sağlık ocaklarında ne kadar iyi kayıt tutulursa, ülke hakkında o kadar doğru ve geçerli bilgiler elde edilmiş olur.¹⁸

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Grubunun Seçimi

Çalışma grubu olarak Çukurova Üniversitesi Adana Ticaret Odası Yalın Erez Sağlık Merkezi'ne 2003 yılının üçer aylık dönemlere ayrılarak rasgele seçilmiş dört ayında başvuran toplam 734 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi.

3.2. Çukurova Üniversitesi Adana Ticaret Odası Yalın Erez Sağlık Merkezi Aile Hekimliği Polikliniği

Çukurova Üniversitesi Adana Ticaret Odası Yalın Erez Sağlık Merkezi Aile Hekimliği Polikliniği, Yüreğir İlçesi'ne bağlı Cumhuriyet Mahallesi, Süleyman Vahit Caddesi üzerindedir. Üniversite'ye bağlı olarak çalışan Aile Hekimliği Polikliniği; önünde belediyeye ait bir parkı olan iki katlı bir binada yapılmaktaydı. Bina; Adana Ticaret Odası tarafından, hastalara ücretsiz muayene hizmeti verilmesi şartıyla, hibe edilmişti. Giriş katında, hastaların müracaat ettikleri, hasta kayıt kabul bürosu; dosyaların nümerik olarak tasnif edildiği arşiv; hastaların vital bulgularının alındığı ve aile planlaması hizmetlerinin verildiği hemşire odası; bu odadan girişi olan jinekolojik muayene odası; kan şekeri, idrar tahlili, idrarda gebelik testi, hematokrit, periferik yayma ve sedimantasyon incelemelerinin yapılabildiği bir laboratuvar, iki poliklinik odası; EKG cihazı, minör cerrahi müdahale odası bulunmaktaydı. İkinci katta ise, toplantı odası; kütüphane; çay ocağı; sorumlu hekim odası; iki poliklinik ve diş hekimi odası bulunmaktaydı. Polikliniklerde, rotasyon bitiminde gelen aile hekimliği asistanları ile 15 günlük aile hekimliği stajı için gelen intörn doktorlar çalışmaktaydı. Aile Hekimliği araştırma görevlileri hastanedeki her rotasyon bitiminde birer aylık sürelerle Aile Hekimliği Polikliniğinde çalışmaktadırlar.

Merkezde, Medikososyal Aile Hekimliği Polikliniği ile birer yıllık sürelerle dönüşümlü çalışan iki öğretim üyesi; rotasyon durumuna göre değişen sayılarda Aile Hekimliği araştırma görevlileri ve yine staj durumuna göre intörn doktorla bir kayıt memuru ve bir hemşire çalışmaktadır. Merkez randevu sistemi ile çalışmakta olup, hastalar ücretsiz muayene edilmekte, üniversite hastanesinde sevksiz kabul gören sosyal

güvenceleri olanlara resmi reçete yazılabilmekte ve laboratuvar incelemeleri yapılabilmekteydi. Aile planlaması hizmetleri (danışmanlık, rahim içi araç uygulaması, oral kontraseptif, prezervatif) ücretsiz sağlanmaktaydı.

3.3. Veri Toplama

Veriler bilgisayar ortamına, “Uysal WebPatient 1.0”¹⁹ programı ile aktarıldı (Ek 1). Her dosya için; hastanın adı-soyadı, protokol numarası ve cinsiyeti girilerek mükerrer giriş olup olmadığı kontrol edildi; ikinci aşamada hastanın başvuru şikayetleri ve tanıları tarihleri ile birlikte ICD-10'a göre kodlandı (Ek 2).

3.4. Dosya Kayıtlarından Bilgisayar Ortamına Veri Girişi

0-14 yaş grubundaki hastaların medeni durumları ile ilgili kısımlar boş bırakıldı. Tetkik sonucu getiren hastaların şikayeti kısmı “laboratuvar muayenesi” olarak kodlandı. Konsültasyon ve sevk istenen hastalarla aile planlaması için başvuran hastaların dosyalarındaki ilgili bölümler “danışma” olarak kodlandı. Herhangi bir bilgi olmayan bölümler “bilgi yok” şeklinde dolduruldu. İlk başvuru tarihleri çalışma açısından uygun olmasına karşın, 24 dosyada, hasta adı soyadı dışında herhangi bir bilgiye rastlanmadığından, toplamlarda farklılıklar ortaya çıkmıştır.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Uysal Webpatient 1.0¹⁹ programına girilen veriler önce Excel formatına çevrildi. Bu verilerin minimum-maksimum ve tutarlılık hata kontrolleri yapıldı ve istatistiksel paket program yardımıyla analiz edildi.

4. BULGULAR

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adana Ticaret Odası Yalın Erez Sağlık Merkezi Aile Hekimliği Uygulama Polikliniğine 2003 yılının üçer aylık dönemlerinden rasgele seçilmiş dört ayında (Ocak, Mayıs, Temmuz, Kasım) başvuran kişilerin dosyalarının retrospektif olarak incelenmesi ve sağlık hizmet profilinin ortaya konulması planlanan bu çalışmada, veriler beş ana başlık altında analiz edilmiştir.

4.1. Örneğe Giren Kişilerin Sosyodemografik Bilgileri

4.2. Aile Hekimliği Polikliniği'ne 2003 Yılında İlk Başvurularını Yapan Kişilerin Takip Eden Başvurularının Yıllara Göre Dağılımı

4.3. Aile Hekimliği Polikliniği'ne Başvuranların Yakınmaları

4.4. Aile Hekimliği Polikliniği'ne Başvuranlara Konulan Tanılar

4.5. Aile Hekimliği Polikliniği'ne Başvuranların Yakınma ve Tanılarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Çalışmaya toplam 770 dosya alınmasına rağmen kayıtlarda bazı verilerin eksik olması nedeniyle toplam sayılarında farklılıklar ortaya çıkmıştır.

4.1. Örneğe Giren Kişilerin Sosyodemografik Bilgileri

İncelenen 770 hasta dosyasından 36'ında doğum tarihi ile ilgili kayda rastlanmamıştır. Geriye kalan 734 dosyanın 254'ü erkek; 480'i ise kadın hastalara aitti.

Tablo 1. Hastaların Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre Dağılımı

Yaş Grupları	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%**
0-4	106	50,0	106	50,0	212	28.9
5-9	33	62,3	20	37,7	53	7.2
10-14	20	46,5	23	53,5	43	5.9
15-19	14	26,4	39	73,6	53	7.2
20-24	14	17,3	67	82,7	81	11.0
25-29	11	17,7	51	82,3	62	8.4
30-34	7	14,6	41	85,4	48	6.5
35-39	10	24,4	31	75,6	41	5.6
40-44	9	25,7	26	74,3	35	4.8
45-49	12	38,7	19	61,3	31	4.2
50-54	3	16,7	15	83,3	18	2.5
55-59	6	28,6	15	71,4	21	2.9
60-64	4	33,3	8	66,7	12	1.6
65-69	1	16,7	5	83,3	6	0.8
70-74	4	33,3	8	66,7	12	1.6
75-79	0	0.0	6	100,0	6	0.8
Toplam	254	34.6	480	65.4	734	100.0

*Satır Yüzdesi **Sütun yüzdesi $\chi^2 = 67,94$ SD= 2 p= 0,0001

Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran hastaların genel yaş ortalaması 21.9 ± 19.4 olup % 42'sinin 0-14 yaş grupları arasında olduğu; 65 ve üzeri yaştaki hastaların oranının % 3,2; % 65,4'ünün kadın olduğu dikkat çekmektedir (Tablo 1).

Tablo 2. Hastaların Eğitim Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Eğitim durumu	Erkek	Kadın	Toplam	%
Bilgi yok	158	150	308	42,0
Okur –yazar değil	18	153	171	23,3
Okur yazar	17	41	58	7,9
İlkokul mezunu	41	89	130	17,7
Ortaokul mezunu	5	23	28	3,8
Lise mezunu	13	20	33	4,5
Üniversite mezunu	2	4	6	0,8
Toplam	254	480	734	100,0

$\chi^2 = 86,81$ SD = 6 p= 0,0001

Çalışmamızda, 734 hastanın eğitim durumu belirlenmiş olup, 0-4 yaş grubundaki 212 hastanın eğitim durumu sorgulanmadığı için “bilgi yok” olarak kaydedilmiştir. Bu nedenle 0-4 yaş grubunu oluşturan 212 dosyada bilgi olmadığını kabul edersek 308-212=96 dosyada eğitim durumunun kaydedilmediği saptanmıştır (Tablo 2).

4.2. Aile Hekimliği Polikliniği'ne 2003 Yılında İlk Başvurularını Yapan Kişilerin Takip Eden Başvurularının Yıllara Göre Dağılımı

Tablo 3. Başvuruların Yıllara Göre Dağılımı

Başvurular	Yıllar											
	2003		2004		2005		2006		2007		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%**
1.	734	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	734	52,8
2.	187	75,1	38	15,2	11	4,4	5	2,0	8	3,2	249	17,9
3.	58	48,7	44	36,9	7	5,8	5	4,2	5	4,2	119	8,6
4.	24	30,7	37	47,4	7	8,9	5	6,4	5	6,4	78	5,6
5.	13	26,5	24	49,0	5	10,2	1	2,0	6	12,0	49	3,5
6.	5	13,2	21	55,3	4	10,5	3	7,9	5	13,2	38	2,7
7.	6	21,4	13	46,4	6	21,4	3	10,7	0	0,0	28	2,0
8.	6	28,6	9	42,9	5	23,8	1	4,8	0	0,0	21	1,5
9.	2	11,8	10	58,8	2	11,8	1	5,9	2	11,8	17	1,2
10.	2	14,3	8	57,1	2	14,3	0	0,0	2	14,3	14	1,0
11.	1	9,1	6	54,5	3	27,3	0	0,0	1	9,1	11	0,8
12.	1	10,0	5	50,0	3	30,0	0	0,0	1	10,0	10	0,7
13.	1	11,1	4	44,4	2	22,2	1	11,1	1	11,1	9	0,6
14.	1	16,7	3	50,0	2	33,3	0	0,0	0	0,0	6	0,4
15.	0	0,0	3	50,0	3	50,0	0	0,0	0	0,0	6	0,4
Toplam	1041	74,9	225	16,2	62	4,5	25	1,8	36	2,6	1389	100,0

*sattır yüzdesi **sütun yüzdesi

2003 yılında açılan dosyalar çalışmaya alındığından ilk başvuruların tümü 2003 yılına aittir. Takip eden başvurular 2007 yılına kadar azalarak devam etmiştir. Toplam 1389 başvurudan 1041'i 2003 yılında yapılmıştır (Tablo 3).

4.3. Aile Hekimliği Polikliniği'ne Başvuranların Yakınmaları

Tablo 4. Birinci Başvurudaki Yakınmaların Dağılımı

Sıra No	Yakınmalar	ICD-10	n	%
1.	Öksürük	R05	114	9,3
2.	Solunum Anormallikleri, Dispne, Stridor, Hırıltı (Wheezing), Periyodik Solunum, Hiperventilasyon, Ağız Solunumu, Hıçkırık, Hapşırık, Solunumun Diğer Tanımlanmamış Anormallikleri	R06	94	7,7
3.	Baş ağrısı	R51	67	5,5
4.	Abdominal ve Pelvik Ağrı, Akut Batın, Üst Karın Ağrısı, İnfanıl Kolik, Pelvik ve Perineal Ağrı, Alt Karnın Diğer Bölgelerine Lokalize Ağrı, Diğer ve Tanımlanmamış Karın Ağrısı	R10	66	5,4
5.	Pruritis (Kaşıntı)	L29	57	4,6
6.	Sebebi Bilinmeyen Ateş, Üşüme ile Ateş, Sebat Eden Ateş, Tanımlanmamış Ateş	R50	56	4,6
7.	Otalji ve Kulak Efüzyonu	H92	46	3,7
8.	Fonksiyonel Bağırsak Bozuklukları, diğer, Kabızlık, Fonksiyonel Diyare, Başka Yerde Sınıflanmamış, Nörojenik Bağırsak, Başka Yerde Sınıflanmamış Megakolon, Anal Spazm, Tanımlanmamış Fonksiyonel Bağırsak Bozuklukları	K59	43	3,5
9.	Bel Ağrısı	M54.5	40	3,3
10.	Ekstremitte Ağrısı	M79.6	40	3,3
11.	Beklenen Normal Fizyolojik Gelişimin Olmayışı, Büyüme Gelişme Geriliği, Kilo Alamama	R62	40	3,3
12.	Bulantı ve Kusma	R11	31	2,5
13.	Genel Semptom ve Bulgular	R68	30	2,4
14.	Göğüs Ağrısı, tanımlanmamış	R07.4	29	2,4
15.	Derinin ve Subkutanöz Dokunun Lokalize Şişme ve Yumrusu	R22	27	2,2
16.	Boğaz Ağrısı	R07.0	25	2,0
17.	Dispepsi	K30	24	2,0
18.	Deri Değişiklikleri, Diğer, Siyanoz, Solukluk, Kızarma, Spontan Ekimozlar, Deri Değişiklikleri Diğer ve Tanımlanmamış	R23	24	2,0
19.	Disüri	R30	24	2,0
20.	Gebelik, Doğrulanmış	Z32.1	23	1,9
21.	Diğer Yakınmalar		328	26,6
22.	Toplam		1228	100

Hastaların ilk başvurularındaki yakınmalar sıklık sırasına göre; öksürük, solunum anormallikleri, baş ağrısı şeklindedir. En az sıklıkta ise gebelik nedeni ile başvuru yapıldığı bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 5. Tüm Başvurularda (n=1389) En Sık Karşılaşılan İlk 20 Yakınmanın Dağılımı

Sıra No	Yakınmalar	ICD-10	n	%
1.	Öksürük	R05	264	11,9
2.	Solunum Anormallikleri, Dispne, Stridor ,Hırıltı (Wheezing), Periyodik Solunum, Hiperventilasyon, Ağız Solunumu, Hıçkırık, Hapşırık, Solunumun Diğer Tanımlanmamış Anormallikleri	R06	215	9,7
3.	Sebebi Bilinmeyen Ateş, Ateş, Üşüme İle, Sebat Eden Ateş, Ateş Tanımlanmamış	R50	144	6,5
4.	Baş ağrısı	R51	104	4,7
5.	Laboratuar Muayenesi	Z01.7	97	4,4
6.	Abdominal ve Pelvik Ağrı, Akut Batın, Üst Karın Ağrısı, Pelvik ve Perineal Ağrı, Alt Karın Diğer Bölgelerine Lokalize Ağrı, Karın Ağrısı Diğer ve Tanımlanmamış	R10	90	4,1
7.	Pruritis (Kaşıntı)	L29	85	3,8
8.	Otalji ve Kulak Efüzyonu	H92	78	3,5
9.	Fonksiyonel Bağırsak Bozuklukları, diğer, Kabızlık, Fonksiyonel Daire, Nörojenik Bağırsak, Başka Yerde Sınıflanmamış, Megakolon, Başka Yerde Sınıflanmamış, Anal Spazm, Fonksiyonel Bağırsak Bozuklukları, Tanımlanmamış	K59	71	3,2
10.	Bulantı ve Kusma	R11	63	2,8
11.	Bel Ağrısı	M54.5	57	2,6
12.	Ekstremitte Ağrısı	M79.6	52	2,3
13.	Beklenen Normal Fizyolojik Gelişimin Olmayışı, Büyüme Gelişme Geriliği, Kilo Alamama	R62	48	2,2
14.	Boğaz ağrısı	R07.0	45	2,0
15.	Dispepsi	K30	41	1,9
16.	Baş dönmesi (Vertigo)	R42	39	1,8
17.	Dizüri	R30.0	39	1,8
18.	Deri Değişiklikleri, Diğer, Siyanoz, Solukluk, Kızarma, Spontan Ekimozlar, Deri Değişiklikleri Diğer ve Tanımlanmamış	R23	38	1,7
19.	Vagina salgılarında ve sürüntülerinde anormal bulgular	R87.2	38	1,7
20.	Derinin ve subkütanöz dokunun lokalize şişme, kitle ve yumrusu	R22	35	1,6
21.	Diğer		571	25,8
22.	Toplam		2214	100,0

Tüm başvurular incelendiğinde (en fazla 15 başvuru yapılmış; toplam 2214 başvuru) en sık öksürük, solunum anormallikleri ve ateş yakınması için başvuruda bulunulmuştur. En az sıklıkta ise, deri ve subkütanöz dokunun lokalize şişme ve yumrusu nedeni ile başvuruda bulunulmuştur (Tablo 5).

4.4. Aile Hekimliği Polikliniği'ne Başvuranlara Konulan Tanılar

Tablo 6. Birinci Başvurudaki Tanıların Dağılımı

Sıra No	Tanılar	Tanı ICD-10	n	%
1.	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları, Birden Fazla ve Tanımlanmamış Yerlerin	J06	93	8,1
2.	Üriner Sistemin Diğer Bozuklukları, Üriner Sistem Enfeksiyonu	N39	78	6,8
3.	Hipertansiyon, Önceden Mevcut Olan, Gebelik, Doğum ve Lohusalıkta Devam Eden	Q10	57	4,9
4.	Artropatiler Diğer Tanımlanmış, Başka Yerde Sınıflanmamış	M12.8	49	4,2
5.	Gebelik, Doğrulanmış	Z32.1	32	2,8
6.	Demir Eksikliği Anemisi	D50	31	2,7
7.	Abdominal ve Pelvik Ağrı, Akut Batın, Üst Karın Ağrısı, Pelvik ve Perineal Ağrı, Alt Karın Diğer Bölgelerine Lokalize Ağrı, Karın Ağrısı Diğer ve Tanımlanmamış		31	2,7
8.	Dermafitoz (Tinea Kapitis, Kerion, Tinea Pedis, Tinea inguim, Tinea Kruris)	B35	26	2,3
9.	Nonsüpüratif Otitis Media	H65	25	2,2
10.	Beklenen Normal Fizyolojik Gelişimin Olmayışı, Büyüme Gelişme Geriliği, Kilo Alamama		25	2,2
11.	Kandidiyazis, Moniliaz (pamukçuk), Kandida Stomati, Ürogenital Bölgelerin Kandidiyazisi, Vulva Vagina Kandidiyazisi	B37	22	1,9
12.	Bağırsak Parazitozu	B82	22	1,9
13.	Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu, Tanımlanmamış	J22	22	1,9
14.	Rutin Çocuk Sağlığı Muayenesi	Z00.1	20	1,7
15.	Obezite	E66	19	1,6
16.	Somatizasyon Bozukluğu	F45.0	19	1,6
17.	Akut Tonsillit	J03	17	1,5
18.	Kas Zorlanması (Muscular Strain)	M62.6	17	1,5
19.	Anksiyete Bozuklukları	F41	16	1,4
20.	Anemi, Tanımlanmamış	D64.9	15	1,3
21.	Diğer Tanılar		519	44,9
22.	Toplam		1155	100

Birinci başvuruda en sık konulan tanıları sırasıyla; akut üst solunum yolu enfeksiyonları, üriner sistem enfeksiyonu, hipertansiyon olarak bulunurken; anemi en az konulan tanı olarak bulunmuştur (Tablo 6).

Tablo 7. Tüm Başvurularda (n=1389) En Sık Konulan İlk 20 Tanının Dağılımı

Sıra No	Tanımlar	ICD-10	n	%
1.	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları, Birden Fazla ve Tanımlanmamış Yerlerin	J06	234	11,0
2.	Üriner Sistemin Diğer Bozuklukları, Üriner Sistem Enfeksiyonu	N39	130	6,1
3.	Hipertansiyon, Önceden Mevcut Olan , Gebelik, Doğum ve Lohusalıkta Devam Eden	Q10	129	6,0
4.	Demir Eksikliği Anemisi	D50	62	2,9
5.	Artropatiler Diğer Tanımlanmış, Başka Yerde Sınıflanmamış	M12.8	52	2,4
6.	Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu, Tanımlanmamış	J22	50	2,3
7.	Dermafitoz (Tinea Kapitis, Kerion, Tinea Pedis, Tinea inguin, Tinea Kruris)	B35	50	2,3
8.	Gebelik, Doğrulanmış	Z32.1	46	2,2
9.	Nonsüpüratif Otitis Media	H65	46	2,2
10.	Rutin Çocuk Sağlığı Muayenesi	Z00.1	45	2,1
11.	Akut Tonsillit	J03	43	2,0
12.	İnsülin-Bağımlı Olmayan Diyabet	E11	43	2,0
13.	Abdominal Ağrı, Pelvik Ağrı, Perineal Ağrı, Üst Karın Ağrısı, Bağırsak Gazi, İnfantil Kolik, Tamamlanmamış Diğer Karın Ağrıları	R10	41	1,9
14.	Kandidiyazis, Moniliaz (pamukçuk), Kandida Stomati, Ürogenital Bölgelerin Kandidiyazisi, Vulva Vagina Kandidiyazisi	B37	38	1,8
15.	Somatizasyon Bozukluğu	F45.0	34	1,6
16.	Akut Sünizit	J01	32	1,5
17.	Obezite	E66	32	1,5
18.	Anemi, Tanımlanmamış	D64.9	32	1,5
19.	Beklenen Normal Fizyolojik Gelişimin Olmayışı	R62	31	1,5
20.	Serviks Uterinin Enflamatuvar Hastalığı	N72	31	1,5
21.	Diğer Tanılar		934	43,7
22.	Toplam		2135	100,0

Tüm başvurular (en fazla 15 başvuru yapılmış; toplam 1389 başvuru) incelendiğinde en sık konulan tanımlar sıklık sırasına göre; akut üst solunum yolu enfeksiyonları, üriner sistem enfeksiyonu, hipertansiyon şeklinde devam ederken; en az konulan tanı serviks uterinin enflamatuvar hastalığı olarak saptanmıştır (Tablo 7).

4.5. Aile Hekimliği Polikliniği'ne Başvuranların Yakınma ve Tanılarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Tablo 8. 0–14 Yaş Grubundaki Çocukların Birinci Başvurularındaki Yakınmalarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Yakınmalar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Öksürük	R05	48	54,5	40	45,5	88	17,2
2.	Solunum Anormallikleri, Dispne, Stridor, Hırıltı (Wheezing), Periyodik Solunum, Hiperventilasyon, Ağız Solunumu, Hıçkırık, Hapşırık, Solunumun Diğer Tanımlanmamış Anormallikleri	RO6	25	42,4	34	57,6	59	11,5
3.	Sebebi Bilinmeyen Ateş, Ateş, Üşüme ile, Sebat Eden Ateş, Ateş Tanımlanmamış	R50	24	50,0	24	50,0	48	9,4
4.	Beklenen Normal Fizyolojik Gelişimin Olmayışı, Büyüme Gelişme Geriliği, Kilo Alamama	R62	19	50,0	19	50,0	38	7,4
5.	Fonksiyonel Bağırsak Bozuklukları, diğer, Kabızlık, Fonksiyonel Diyare, Nörojenik Bağırsak, Başka Yerde Sınıflanmamış, Megakolon, Başka Yerde Sınıflanmamış, Anal Spazm, Fonksiyonel Bağırsak Bozuklukları, Tanımlanmamış	K59	17	54,8	14	45,2	31	6,1
6.	Genel Semptom ve Bulgular	R68	14	53,8	12	46,2	26	5,1
7.	Abdominal ve Pelvik Ağrı, Akut Batın, Üst Karın Ağrısı, infantil kolik, Pelvik ve Perineal Ağrı, Alt Karın Diğer Bölgelerine Lokalize Ağrı, Karın Ağrısı Diğer ve Tanımlanmamış	R10	9	36,0	16	64,0	25	4,9
8.	Bulantı ve Kusma	R11	15	60,0	10	40,0	25	4,9
9.	Otalji ve Kulak Efüzyonu	H92	12	48,0	13	52,0	25	4,9
10.	Baş ağrısı	R51	4	30,8	9	69,2	13	2,5
11.	Diğer Yakınmalar		80	59,8	54	40,2	134	26,6
12.	Toplam		267	52,0	245	48,0	512	100

*satır yüzdesi **sütun yüzdesi

0-14 yaş arasındaki çocukların ilk başvuru yakınmalarına bakıldığında en sık öksürük, solunum anormallikleri ve ateş nedeni ile başvuru yapıldığı bulundu. En az baş ağrısı nedeni ile başvuru yapıldığı görülmektedir (Tablo 8).

Tablo 9. 0-14 Yaş Grubundaki Çocukların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları, Birden Fazla ve Tanımlanmamış Yerlerin	J06	31	44,9	38	55,1	69	16,6
2.	Abdominal ve Pelvik Ağrı, Akut Batın, Üst Karın Ağrısı, İnfantil Kolik, Pelvik ve Perineal Ağrı, Alt Karnın Diğer Bölgelerine Lokalize Ağrı, Karın Ağrısı Diğer ve Tanımlanmamış	R10	16	51,7	15	48,3	31	7,5
3.	Beklenen Normal Fizyolojik Gelişimin Olmayışı, Büyüme Gelişme Geriliği, Kilo Alamama	R62	13	53,8	12	46,2	25	6,0
4.	Rutin Çocuk Sağlığı Muayenesi	Z00.1	13	65,0	7	35,0	20	4,6
5.	Bağırsak Parazitizmi, Tanımlanmamış	B82.9	9	52,9	8	47,1	17	4,1
6.	Akut Tonsillit	J03	8	47,1	9	52,9	17	4,1
7.	Demir Eksikliği Anemisi	D50	5	31,3	11	68,7	16	3,9
8.	Üriner Sistemin Diğer Bozuklukları, Üriner Sistem Enfeksiyonu	N39	2	12,5	14	87,5	16	3,9
9.	Nonsüpüratif Otitis Media	H65	10	66,7	5	33,3	15	3,6
10.	Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu, Tanımlanmamış	J22	8	57,1	6	42,9	14	3,4
11.	Diğer Tanılar		97	54,8	78	45,2	175	42,4
12.	Toplam		212	48,9	203	51,1	415	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

0-14 yaş arasındaki çocukların en sık; akut üst solunum yolu enfeksiyonları, abdominal ve pelvik ağrı, akut batın, üst karın ağrısı, pelvik ve perineal ağrı, alt karnın diğer bölgelerine lokalize ağrı, karın ağrısı diğer ve tanımlanmamış, beklenen normal fizyolojik gelişimin olmayışı, büyüme gelişme geriliği, kilo alamama, en az sıklıkla akut alt solunum yolu enfeksiyonu tanısı aldığı görülmüştür (Tablo 9).

Tablo 10. 15-64 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Yakınmaların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Yakınmalar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Baş ağrısı	R51	8	15,7	43	84,3	51	7,5
2.	Pruritus (Kaşıntı)	L29	12	28,0	31	72,0	43	6,4
3.	Bel Ağrısı	M54.5	3	7,9	35	92,1	38	5,6
4.	Abdominal ve Pelvik Ağrı, Akut Batın,Üst Karın Ağrısı, İnfantil Kolik, Pelvik ve Perineal Ağrı, Alt Karın Diğer Bölgelerine Lokalize Ağrı, Karın Ağrısı Diğer ve Tanımlanmamış	R10	8	21,1	30	78,9	38	5,6
5.	Ekstremitte Ağrısı	M79.6	7	20,6	27	79,4	34	5,0
6.	Solunum Anormallikleri, Dispne, Stridor, Hırıltı (Wheezing), Periyodik Solunum, Hiperventilasyon Ağız Solunumu, Hıçkırık, Hapşırık, Solunumun Diğer Tanımlanmamış Anormallikleri	RO6	11	37,5	20	62,5	31	4,6
7.	Dispepsi	K30	6	21,5	22	78,5	28	4,1
8.	Öksürük	R05	8	29,7	19	70,3	27	4,0
9.	Gebelik, doğrulanmış	Z32.1	0	0,0	26	100,0	26	3,8
10.	Göğüs Ağrısı, Tanımlanmamış	R07.4	5	20,0	20	80,0	25	3,7
11.	Diğer Yakınmalar		72	21,5	263	78,5	335	49,6
12.	Toplam		140	20,7	536	79,3	676	100,0

*sadır yüzdesi **sütun yüzdesi

15-64 yaş grubundaki hastaların birinci başvurularındaki yakınmaları, sıklık sırasına göre, baş ağrısı, pruritus (kaşıntı) ve bel ağrısı olarak bulunmuştur. En az sıklıkta göğüs ağrısı yakınması ile başvurulmuştur (Tablo 10).

Tablo 11. 15-64 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Üriner Sistemin Diğer Bozuklukları, Üriner Sistem Enfeksiyonu	N39	10	16,7	50	83,3	60	9,3
2.	Hipertansiyon, Önceden Mevcut Olan , Gebelik, Doğum ve Lohusalıkta Devam Eden	Q10	8	18,2	36	81,8	44	6,9
3.	Gebelik, doğurulanmış	Z32.1	0	0,0	32	100,0	32	5,0
4.	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları, Birden Fazla ve Tanımlanmamış Yerlerin	J06	8	33,4	16	66,6	24	3,7
5.	Dermafıtoz (Tinea Kapitis, Kerion, Tinea Pedis, Tinea inguin, Tinea Kruris)	B35	7	33,4	14	66,6	21	3,3
6.	Somatizasyon Bozukluğu	F45.0	1	5,3	18	94,7	19	3,0
7.	Obezite	E66	2	11,2	16	88,8	18	2,8
8.	Kandidiyazis, Moniliaz (pamukçuk), Kandida Stomati, Ürogenital Bölgelerin Kandidiyazisi, Vulva Vaginal Kandidiyazis	B37	0	0,0	17	100,0	17	2,6
9.	Demir Eksikliği Anemisi	D50	1	6,7	14	93,3	15	2,3
10.	Kas Zorlanması (Muscular Strain)	M62.6	4	26,7	11	73,3	15	2,3
11.	Diğer Tanılar		89	23,7	288	76,3	377	58,7
12.	Toplam		130	20,2	512	79,8	642	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

15-64 yaş grubunda hastaların birinci başvurularında aldıkları tanıların sıklık sırasına göre; üriner sistemin diğer bozuklukları, üriner sistem enfeksiyonu, hipertansiyon, önceden mevcut olan, gebelik, doğum ve lohusalıkta devam eden ve gebelik, doğurulanmış olarak bulunmuştur (Tablo 11).

Tablo 12. 65 Yaş ve Üzeri Gruptaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Yakınmalarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Ekstremitte Ağrısı	M79.6	1	25,0	3	75,0	4	8,9
2.	Solunum Anormallikleri, Dispne, Stridor, Hırıltı (Wheezing), Periyodik Solunum, Hiperventilasyon, Ağız Solunumu, Hıçkırık, Hapşırık, Solunumun Diğer Tanımlanmamış Anormallikleri	RO6	1	25,0	3	75,0	4	8,9
3.	Görme Yolları Bozuklukları, Tanımlanmamış	H47.7	1	33,3	2	66,7	3	6,7
4.	Otalji ve Kulak Efüzyonu	H92	1	33,3	2	66,7	3	6,7
5.	Abdominal ve Pelvik Ağrı, Akut Batın, Üst Karın Ağrısı, İnfantil Kolik, Pelvik ve Perineal Ağrı, Alt Karın Diğer Bölgelerine Lokalize Ağrı, Karın Ağrısı Diğer ve Tanımlanmamış	R10	1	33,3	2	66,7	3	6,7
6.	Baş ağrısı	R51	0	0,0	3	100,0	3	6,7
7.	İşitme Kaybı, Tanımlanmamış	H91.9	1	50,0	1	50,0	2	4,4
8.	Dispepsi	K30	1	50,0	1	50,0	2	4,4
9.	Pruritus (Kaşıntı)	L29	1	50,0	1	50,0	2	4,4
10.	Eklem Ağrısı	M25.5	1	50,0	1	50,0	2	4,4
11.	Diğer Yakınmalar		2	11,8	15	88,2	17	37,8
12.	Toplam		10	22,3	35	77,7	45	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

65 yaş ve üzeri yaş grubundaki hastaların birinci başvurularındaki yakınmalar sıklık sırasına göre; ekstremitte ağrısı, solunum anormallikleri ve görme yolları bozuklukları, tanımlanmamış olarak bulundu. En az sıklıkta eklem ağrısı nedeniyle başvuru yapılmıştı (Tablo 12).

Tablo 13. 65 Yaş ve Üzeri Gruptaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Hipertansiyon, Önceden Mevcut Olan , Gebelik, Doğum ve Lohusalıkta Devam Eden	Q10	3	23,1	10	76,9	13	24,5
2.	İnsülin-Bağımlı Olmayan Diyabet	E11	2	40,0	3	60,0	5	9,4
3.	Aterosklerotik Kalp Hastalığı	I25.0	1	20,0	4	80,0	5	9,4
4.	Depresif Nöbet	F32	0	0,0	2	100,0	2	3,8
5.	Anksiyete Bozuklukları, Diğer	F41	0	0,0	2	100,0	2	3,8
6.	Kalp Yetmezliği	I50	0	0,0	2	100,0	2	3,8
7.	Dispepsi	K30	1	50,0	1	50,0	2	3,8
8.	Primer Yaygın Osteoartroz	M15.0	0	0,0	2	100,0	2	3,8
9.	Ekstremitte Ağrısı	M79,6	0	0,0	2	100,0	2	3,8
10.	Osteoporoz , Patolojik Kırıksız	M81	0	0,0	2	100,0	2	3,8
11.	Diğer Tanılar		5	31,3	11	68,7	16	30,2
12.	Toplam		12	22,6	41	77,4	53	100,0

*satur yüzdesi **sütun yüzdesi

65 yaş ve üzeri yaş grubundaki hastaların birinci başvurularındaki aldıkları tanıların sıklık sırasına göre, hipertansiyon, insüline bağımlı olmayan diyabet ve aterosklerotik kalp hastalığı olarak bulunmuştur. En az sıklıkta patolojik kırıksız osteoporoz tanısı konulmuştur (Tablo 13).

Tablo 14. 0-4 Yaş Grubundaki Çocukların Birinci Başvurularındaki Yakınmalarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Yakınmalar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Öksürük	R05	36	53,0	32	47,0	68	18,4
2.	Solunum Anormallikleri, Dispne, Stridor, Hırıltı (Wheezing), Periyodik Solunum, Hiperventilasyon, Ağız Solunumu, Hıçkırık, Hapşırık, Solunumun Diğer Tanımlanmamış Anormallikleri	R06	18	37,5	30	62,5	48	13,0
3.	Sebebi Bilinmeyen Ateş, Ateş, Üşüme İle, Sebat Eden Ateş, Ateş Tanımlanmamış	R50	18	48,7	19	51,3	37	10,0
4.	Fonksiyonel Bağırsak Bozuklukları, diğer, Kabızlık, Fonksiyonel Daire, Nörojenik Bağırsak, Başka Yerde Sınıflanmamış, Megakolon, Başka Yerde Sınıflanmamış, Anal Spazm, Fonksiyonel Bağırsak Bozuklukları, Tanımlanmamış	K59	17	54,9	14	45,1	31	8,4
5.	Genel Semptom ve Diğer Belirtiler	R68	14	53,9	12	46,1	26	7,0
6.	Beklenen Normal Fizyolojik Gelişimin Olmayışı, Büyüme Gelişme Geriliği, Kilo Alamama	R62	10	41,7	14	58,3	24	6,5
7.	Bulantı Ve Kusma	R11	14	60,9	9	39,1	23	6,2
8.	Otalji ve Kulak Efüzyonu	H92	9	64,3	5	35,7	14	3,8
9.	Anal ve Pelvik Ağrı, Akut Batın, Üst Karın, İntil Kolik, Pelvik ve Perineal Ağrı, Alt Karının Elerine Lokalize Ağrı, Karın Ağrısı Diğer ve Tanımlanmamış	R10	5	38,5	8	61,5	13	3,5
10.	Rutin Çocuk Sağlığı Muayenesi	Z00.1	5	62,5	3	37,5	8	2,2
11.	Diğer Yakınmalar		42	54,6	35	45,4	77	20,9
12.	Toplam		188	50,9	181	49,1	369	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

0-4 yaş arasındaki çocukların ilk başvurularında en sık rastlanan yakınmalar; öksürük, solunum anormallikleri, dispne, stridor, hırıltı (wheezing), periyodik solunum, hiperventilasyon, ağız solunumu, hıçkırık, hapşırık, solunum diğer tanımlanmamış anormallikleri ve ateş olarak bulundu. En az başvuru sebebi rutin çocuk sağlığı muayenesi için olduğu bulundu (Tablo 14).

Tablo 15. 0-4 Yaş Grubundaki Çocukların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları, Birden Fazla ve Tanımlanmamış Yerlerin	J06	26	43,4	34	56,6	60	20,2
2.	Abdominal ve Pelvik Ağrı, Akut Batın, Üst Karın Ağrısı, Pelvik ve Perineal Ağrı, Alt Karın Diğer Bölgelerine Lokalize Ağrı, Karın Ağrısı Diğer Ve Tanımlanmamış	R10	16	53,4	14	46,6	30	10,1
3.	Rutin Çocuk Sağlığı Muayenesi	Z00.1	11	61,2	7	38,8	18	6,1
4.	Beklenen Normal Fizyolojik Gelişimin Olmayışı, Büyüme Gelişme Geriliği, Kilo Almamama	R62	4	30,8	9	69,2	13	4,4
5.	Süperatif ve Tanımlanmamış Otitis Media	H62	2	16,7	10	83,3	12	4,0
6.	Bebek Bezi (Napkin) Dermatiti	L22	6	50,0	6	50,0	12	4,0
7.	Demir Eksikliği Anemisi	D50	3	30,0	7	70,0	10	3,4
8.	Nonsüperatif Otitis Media	H65	9	90,0	1	10,0	10	3,4
9.	Akut Tonsillit	J03	4	44,5	5	55,5	9	3,0
10.	Bağırsak Parazitismi, tanımlanmamış	B82.9	3	37,5	5	62,5	8	2,7
11.	Diğer Tanılar		64	55,7	51	44,3	115	38,7
12.	Toplam		148	49,8	149	50,2	297	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

0-4 yaş arası çocukların birinci başvurularında en sık konulan tanı; akut üst solunum yolu enfeksiyonu, birden fazla ve tanımlanmamış yerlerin, abdominal ve pelvik ağrı, akut karın ağrısı, pelvik ve perineal ağrı, alt karın diğer bölgelerine lokalize ağrı, karın ağrısı diğer ve tanımlanmamış ve rutin çocuk sağlığı muayenesi olduğu bulunmuştur. En az konulan tanı bağırsak parazitismi, tanımlanmamış olarak bulundu (Tablo 15).

Tablo 16. 5-9 Yaş Grubundaki Çocukların Birinci Başvurularındaki Yakınmalarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Yakınma	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Öksürük	R05	9	64,3	5	35,7	14	17,5
2.	Beklenen Normal Fizyolojik Gelişimin Olmayışı, Büyüme Gelişme Geriliği, Kilo Alamama	R62	6	66,7	3	33,3	9	11,2
3.	Solunum Anormallikleri, Dispne, Stridor, Hırıltı (Wheezing), Periyodik Solunum, Hiperventilasyon, Ağız Solunumu, Hıçkırık, Hapşırık, Solunumun Diğer Tanımlanmamış Anormallikleri	R06	5	71,4	2	28,6	7	8,7
4.	Abdominal ve Pelvik Ağrı, Akut Batın, Üst Karın Ağrısı, Pelvik Ve Perineal Ağrı, Alt Karın Diğer Bölgelerine Lokalize Ağrı, Karın Ağrısı Diğer ve Tanımlanmamış	R10	2	28,6	5	71,4	7	8,7
5.	Sebebi Bilinmeyen Ateş, Ateş, Üşüme İle, Sebat Eden Ateş, Ateş Tanımlanmamış	R50	3	42,9	4	57,1	7	8,7
6.	Otalji ve Kulak Efüzyonu	H92	1	20,0	4	80,0	5	6,2
7.	Pruritus (Kaşıntı)	L29	1	33,3	2	66,7	3	3,7
8.	Deri Değişiklikleri, Diğer, Siyanoz, Solukluk, Kızarma, Spontan Ekimozlar, Deri Değişiklikleri Diğer Ve Tanımlanmamış	R23	2	66,6	1	33,4	3	3,7
9.	Boğaz Ağrısı	R07.0	3	100,0	0	00,0	3	3,7
10.	Baş ağrısı	R51	2	66,6	1	33,4	3	3,7
11.	Diğer Yakınmalar		15	78,9	4	21,1	19	23,8
12.	Toplam		49	61,3	31	38,7	80	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

5-9 yaş grubundaki çocukların birinci başvurularındaki en sık saptanan yakınmalar; öksürük, beklenen normal fizyolojik gelişimin olmayışı, büyüme gelişme geriliği, kilo alamama, solunum anormallikleri, dispne, stridor, hırıltı (wheezing), periyodik solunum, hiperventilasyon, ağız solunumu, hıçkırık, hapşırık, solunum diğer tanımlanmamış anormallikleri, en az başvuru sebebi ise baş ağrısı yakınması olduğu bulunmuştur (Tablo 16).

Tablo 17. 5-9 Yaş Grubundaki Çocukların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Akut Bronşit	J20	8	57,1	6	42,9	14	17,5
2.	Beklenen Normal Fizyolojik Gelişimin Olmayışı, Büyüme Gelişme Geriliği, Kilo Alamama	R62	6	66,7	3	33,3	9	11,3
3.	Akut Tonsillit	J03	3	50,0	3	50,0	6	7,5
4.	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları, Birden Fazla Ve Tanımlanmamış Yerlerin	J06	4	66,7	2	33,3	6	7,5
5.	Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu, Tanımlanmamış	J22	3	60,0	2	40,0	5	6,3
6.	Bağırsak Parazitizmi, Tanımlanmamış	B82.9	4	80,0	1	20,0	5	6,3
7.	Üriner Sistemin Diğer Bozuklukları, Üriner Sistem Enfeksiyonu	N39	0	0,0	4	100,0	4	5,0
8.	Demir Eksikliği Anemisi	D50	2	66,6	1	33,4	3	3,8
9.	Otitis Eksterna	H60	0	0,0	2	100,0	2	2,5
10.	Akut Sinüzit	J01	2	100,0	0	0,0	2	2,5
11.	Diğer Tanılar		14	60,0	10	40,0	24	30,0
12.	Toplam		46	57,5	34	42,5	80	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

5-9 yaş grubu çocukların birinci başvurularında en sık akut bronşit, beklenen normal fizyolojik gelişimin olmayışı, büyüme gelişme geriliği, kilo alamama ve akut tonsillit tanıları almışlardır. En az akut sinüzit tanısı konulmuştur (Tablo 17).

Tablo 18. 10–14 Yaş Grubundaki Çocukların Birinci Başvurularındaki Yakınmalarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Yakınmalar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Baş ağrısı	R51	1	16,7	5	83,3	6	9,5
2.	Derinin Ve Subkutanöz Dokunun Lokalize Şişme ve Yumrusu	R22	3	50,0	3	50,0	6	9,5
3.	Beklenen Normal Fizyolojik Gelişimin Olmayışı, Büyüme Gelişme Geriliği, Kilo Alamama	R62	3	60,0	2	40,0	5	7,9
4.	Abdominal ve Pelvik Ağrı, Akut Batın, Üst Karın Ağrısı, Pelvik ve Perineal Ağrı, Alt Karın Diğer Bölgelerine Lokalize Ağrı, Karın Ağrısı Diğer ve Tanımlanmamış	R10	2	40,0	3	60,0	5	7,9
5.	Öksürük	R05	2	40,0	3	60,0	5	7,9
6.	Otalji ve Kulak Efüzyonu	H92	1	20,0	4	20,0	5	7,9
7.	Sebebi Bilinmeyen Ateş, Ateş, Üşüme İle, Sebat Eden Ateş, Ateş Tanımlanmamış	R50	3	75,0	1	25,0	4	6,3
8.	Solunum Anormallikleri, Dispne, Stridor, Hırıltı(Wheezing), Periyodik Solunum, Hiperventilasyon, Ağız Solunumu, Hıçkırık, Hapşırık, Solunumun Diğer Tanımlanmamış Anormallikleri	RO6	3	75,0	1	25,0	4	6,3
9.	Deri Değişiklikleri, Diğer, Siyanoz, Solukluk, Kızarma, Spontan Ekimozlar, Deri Değişiklikleri Diğer ve Tanımlanmamış	R23	1	33,3	2	66,7	3	4,8
10.	Gözde ağrı	H57.1	3	100,0	0	0,0	3	4,8
11.	Diğer Yakınmalar		10	58,9	7	41,1	17	27,0
12.	Toplam		32	50,8	31	49,2	63	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

10-14 yaş grubundaki çocukların birinci başvurularındaki en sık yakınmalar; baş ağrısı, derinin ve subkutanöz dokunun lokalize şişme ve yumrusu, beklenen normal fizyolojik gelişimin olmayışı, büyüme gelişme geriliği, kilo alamama, solunum anormallikleri bulunmuştur. Bu yaş grubunda en az başvuru gözde ağrı nedeni ile yapılmıştır (Tablo 18).

Tablo 19. 10-14 Yaş Grubundaki Çocukların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Üriner Sistemin Diğer Bozuklukları , Üriner Sistem Enfeksiyonu	N39	1	12,3	6	85,7	7	12,5
2.	Bağırsak Parazitozu	B82	2	50,0	2	50,0	4	7,1
3.	Kabakulak	B26	2	66,7	1	33,3	3	5,4
4.	Demir Eksikliği Anemisi	D50	0	0,0	3	100,0	3	5,4
5.	Konjonktivit	H10	3	100,0	0	0,0	3	5,4
6.	Akut Sinüzit	J01	0	0,0	3	100,0	3	5,4
7.	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları, Birden Fazla Ve Tanımlanmamış Yerlerin	J06	1	33,3	2	66,7	3	5,4
8.	Beklenen Normal Fizyolojik Gelişimin Olmaması, Büyüme Gelişme Geriliği, Kilo Alamama	R62	3	100,0	0	0,0	3	5,4
9.	Anemi, Tanımlanmamış	D64.9	0	0,0	2	100,0	2	3,6
10.	Akut Tonsillit	J03	1	50,0	1	50,0	2	3,6
11.	Diğer Tanılar		11	53,9	12	46,1	26	39,3
12.	Toplam		24	42,9	32	57,1	56	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

10-14 yaş grubundaki çocuklar birinci başvurularında en sık; üriner sistemin diğer bozuklukları, üriner sistem enfeksiyonu, bağırsak parasitozu ve kabakulak, en az akut tonsillit tanısı aldığı bulunmuştur (Tablo 19).

Tablo 20. 15-19 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Yakınmalarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Yakınmalar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Baş ağrısı	R51	0	0,0	8	100,0	8	9,2
2.	Dispepsi	K 30	2	33,3	4	66,7	6	6,9
3.	Bel Ağrısı	M54.5	2	50,0	3	50,0	5	5,7
4.	Solunum Anormallikleri, Dispne, Stridor , Hırıltı(Wheezing), Periyodik Solunum, Hiperventilasyon, Ağız Solunumu, Hıçkırık, Hapşırık, Solunumun Diğer Tanımlanmamış Anormallikleri	RO6	2	33,3	4	66,7	6	6,9
5.	Abdominal ve Pelvik Ağrı, Akut Batın, Üst Karın Ağrısı, İnfantil Kolik, Pelvik ve Perineal Ağrı, Alt Karın Diğer Bölgelerine Lokalize Ağrı, Karın Ağrısı Diğer ve Tanımlanmamış	R10	0	0,0	6	100,0	6	6,9
6.	Ekstremitte Ağrısı	M79.6	3	60,0	2	40,0	5	5,7
7.	Senkop ve Bayılma	R55	1	20,0	4	80,0	5	5,7
8.	Otalji ve Kulak Efüzyonu	H92	2	50,0	2	50,0	4	4,6
9.	Deri Değişiklikleri, Diğer, Siyanoz, Solukluk , Kızarma, Spontan Ekimozlar, Deri Değişiklikleri Diğer ve Tanımlanmamış	R23	2	50,0	2	50,0	4	4,6
10.	Pruritus (Kaşıntı)	L29	0	0,0	3	100,0	3	3,4
11.	Diğer Yakınmalar		11	29,8	26	70,2	37	39,8
12.	Toplam		23	26,5	64	73,5	87	100,0

*sadır yüzdesi **sütun yüzdesi

15-19 yaş grubundaki hastaların birinci başvurularında en sık nedenler; baş ağrısı, dispepsi ve bel ağrısı yakınması olduğu, en az sıklıkta ise pruritus (kaşıntı) yakınması nedeniyle başvurdukları görülmüştür (Tablo 20).

Tablo 21. 15-19 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Yakınmalar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Üriner Sistemin Diğer Bozuklukları, Üriner Sistem Enfeksiyonu	N39	3	37,5	5	62,5	8	9,9
2.	Demir Eksikliği Anemisi	D50	0	0,0	5	100,0	5	6,2
3.	Akut Sinüzit	J01	2	50,0	2	50,0	4	4,9
4.	Kandidiyazis, Moniliaz (pamukçuk), Kandida Stomati, Ürogenital Bölgelerin Kandidiyazisi, Vulva Vagina Kandidiyazisi	B37	0	0,0	4	100,0	4	4,9
5.	Polikistik Over Sendromu	E28.2	0	0,0	3	100,0	3	4,9
6.	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları, Birden Fazla ve Tanımlanmamış Yerlerin	J06	1	33,3	2	66,7	3	3,7
7.	Gastrit,tanımlanmamış	K29.6	1	33,3	2	66,6	3	3,7
8.	Gebelik, Doğrulanmış	Z32.1	0	0,0	3	100,0	3	3,7
9.	Dermafıtoz (Tinea Kapitis, Kerion, Tinea Pedis, Tinea inguin, Tinea Kruris)	B35	0	0,0	2	100,0	2	2,5
10.	Bağırsak Parazitozu	B82	1	50,0	1	50,0	2	2,5
11.	Diğer Tanılar		12	28,9	32	71,1	45	54,8
12.	Toplam		20	24,7	61	75,3	81	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

15-19 yaş grubundaki hastaların birinci başvurularında aldıkları tanıların sırasıyla; üriner sistemin diğer bozuklukları, üriner sistem enfeksiyonu, demir eksikliği anemisi, akut sinüzit olarak bulunurken en az sıklıkta bağırsak parazitozu tanısı konulmuştur (Tablo 21).

Tablo 22. 20-24 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Yakınmalarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Yakınmalar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Abdominal ve Pelvik Ağrı, Akut Batın, Üst Karın Ağrısı ,İnfanıl Kolik, Pelvik ve Perineal Ağrı, Alt Karnın Diğer Bölgelerine Lokalize Ağrı, Karın Ağrısı Diğer ve Tanımlanmamış	R10	2	16,6	10	83,4	12	9,2
2.	Pruritus (Kaşıntı)	L29	4	36,3	7	63,7	11	8,4
3.	Gebelik, Doğrulanmış	Z32.1	0	0,0	11	100,0	11	8,4
4.	Baş ağrısı	R51	2	28,5	5	71,5	7	5,3
5.	Dizürü	R30.0	1	16,6	5	83,4	6	4,6
6.	Menstrasyonun yokluğu azlığı ve seyrekliği	N91	0	0,0	5	100,0	5	3,8
7.	Öksürük	R05	0	0,0	5	100,0	5	3,8
8.	Derinin ve Subkutanöz Dokunun Lokalize Şişme Ve Yumrusu	R22	2	66,7	3	33,3	5	3,8
9.	Anormal kilo alma	R63.5	0	0,0	3	100,0	3	2,3
10.	Otalji ve Kulak Efüzyonu	H92	2	66,7	1	33,3	3	2,3
11.	Diğer Yakınmalar		8	12,7	55	87,3	63	48,1
12.	Toplam		21	19,1	110	80,9	131	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

20-24 yaş grubundaki hastaların birinci başvurularında en sık bulunan yakınmalar; abdominal ve pelvik ağrı, akut karın ağrısı, infantil kolik, pelvik ve perineal ağrı, alt karnın diğer bölgelerine lokalize ağrı, karın ağrısı diğer ve tanımlanmamış, pruritus (kaşıntı), gebelik, doğrulanmamış şeklindeyken, en az otalji ve kulak efüzyonu nedeniyle başvuruda bulunulmuştur (Tablo 22).

Tablo 23. 20-24 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Üriner Sistemin Diğer Bozuklukları, Üriner Sistem Enfeksiyonu	N39	1	6,6	14	93,4	15	11,8
2.	Gebelik, Doğrulanmış	Z32.1	0	0,0	13	100,0	13	10,2
3.	Demir Eksikliği Anemisi	D50	1	16,7	5	83,3	6	4,7
4.	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları, Birden Fazla Ve Tanımlanmamış Yerlerin	J06	0	0,0	6	100,0	6	4,7
5.	Akut Vajinit	N76.0	0	0,0	6	100,0	6	4,7
6.	Somatizasyon Bozukluğu	F45.0	1	20,0	4	80,0	5	3,9
7.	Depresif Nöbet	F32	1	25,0	3	75,0	4	3,1
8.	Dermafitoz (Tinea Kapitis, Kerion, Tinea Pedis, Tinea inguim, Tinea Kruris)	B35	1	25,0	3	75,0	4	3,1
9.	Anemi, Tanımlanmamış	D64.9	0	0,0	3	100,0	3	2,4
10.	Migren, Tanımlanmamış	G43.9	0	0,0	3	100,0	3	2,4
11.	Diğer Tanılar		10	24,7	52	75,3	69	48,8
12.	Toplam		15	21,7	112	78,3	127	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

20-24 yaş grubundaki hastaların birinci başvurularında en sık konulan tanıların üriner sistemin diğer bozuklukları, üriner sistem enfeksiyonu, gebelik, demir eksikliği anemisi olduğu; en az sıklıkta migren tanısı aldıkları bulunmuştur (Tablo 23).

Tablo 24. 25-29 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Yakınmalarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Yakınma	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Pruritus (Kaşıntı)	L29	2	22,3	7	77,7	9	7,8
2.	Başağrısı	R51	0	0,0	8	100,0	8	7,0
3.	Dispepsi	K 30	1	14,3	6	85,7	7	6,1
4.	Bel Ağrısı	M54.5	1	14,3	6	85,7	7	6,1
5.	Vajina Salgılarında ve Sürüntülerinde Anormal Bulgular	R87.2	0	0,0	6	100,0	6	5,2
6.	Menstrasyonun yokluğu azlığı ve seyrekliği	N91	0	0,0	5	100,0	5	4,3
7.	Fonksiyonel Bağırsak Bozuklukları , diğer , Kabızlık , Fonksiyonel Daire, Nörojenik Bağırsak, Başka Yerde Sınıflanmamış, Megakolon, Başka Yerde Sınıflanmamış, Anal Spazm, Fonksiyonel Bağırsak Bozuklukları, Tanımlanmamış	K59	2	50,0	2	50,0	4	3,5
8.	Solunum Anormallikleri, Dispne, Stridor, Hırıltı (Wheezing), Periyodik Solunum, Hiperventilasyon, Ağız Solunumu, Hıçkırık, Hapşırık, Solunumun Diğer Tanımlanmamış Anormallikleri	RO6	0	0,0	4	100,0	4	3,5
9.	Otalji ve Kulak Efüzyonu	H92	0	0,0	4	100,0	4	3,5
10.	Eklem Ağrısı	M25.5	1	25,0	3	75,0	4	3,5
11.	Diğer Yakınmalar		10	17,6	47	82,4	57	49,6
12.	Toplam		17	14,8	98	85,2	115	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

25-29 yaş grubundaki hastaların birinci başvurularındaki en sık yakınmalar sıklık sırasına göre; pruritus (kaşıntı), başağrısı, dispepsi olarak bulunurken, en az eklem ağrısı yakınması nedeni ile başvurdukları saptanmıştır (Tablo 24).

Tablo 25. 25-29 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Gebelik, Doğrulanmış	Z32.1	0	20,0	6	80,0	6	6,9
2.	Üriner Sistemin Diğer Bozuklukları, Üriner Sistem Enfeksiyonu	N39	0	0,0	5	100,0	5	5,7
3.	Kandidiyazis, Moniliaz (pamukçuk), Kandida Stomati, Ürogenital Bölgelerin Kandidiyazisi, Vulva Vagina Kandidiyazisi	B37	0	0,0	4	100,0	4	4,6
4.	Dermafitoz (Tinea Kapitis, Kerion, Tinea Pedis, Tinea inguin, Tinea Kruris)	B35	2	50,0	2	50,0	4	4,6
5.	Demir Eksikliği Anemisi	D50	0	0,0	4	100,0	4	4,6
6.	Polikistik Over Sendromu	E28.2	0	0,0	4	100,0	4	4,
7.	Serviks Uterinin İnflamatuvar Hastalığı	N72	0	25,0	4	75,0	4	4,6
8.	Kas Zorlanması (Muscular Strain)	M62.6	0	0,0	4	100,0	3	4,6
9.	Obezite	E66	0	0,0	3	100,0	3	3,4
10.	Depresif Nöbet	F32	0	0,0	3	100,0	3	3,4
11.	Diğer Tanılar		12	31,4	35	68,6	51	56,3
12.	Toplam		14	15,0	73	85,0	87	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

25-29 yaş grubundaki hastaların birinci başvurularında aldıkları tanıların en sık gebelik, üriner sistemin diğer bozuklukları, üriner sistem enfeksiyonu, kandidiyazis, moniliaz (pamukçuk), kandida stomati, ürogenital bölgelerin kandidiyazisi, vulva vagina kandidiyazisi şeklinde sıralandığı; en az sıklıkla da depresif nöbet tanısı konduğu saptanmıştır (Tablo 25).

Tablo 26. 30-34 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Yakınmalarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Yakınmalar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Baş ağrısı	R51	3	33,3	6	66,7	9	9,2
2.	Bel ağrısı	M54.5	0	0,0	7	100,0	7	7,1
3.	Dispepsi	K 30	3	50,0	3	50,0	6	6,1
4.	Pruritus (Kaşıntı)	L29	2	33,3	4	66,7	6	6,1
5.	Dizüri	R30.0	1	16,6	5	83,4	6	6,1
6.	Otalji ve Kulak Efüzyonu	H92	3	60,0	2	40,0	5	5,1
7.	Göz ağrısı	H57.1	1	25,0	3	75,0	4	4,1
8.	Ekstremitte Ağrısı	M79.6	0	0,0	4	100,0	4	4,1
9.	Boğaz Ağrısı	R07.0	1	25,0	3	75,0	4	4,1
10.	Gebelik, Doğrulanmış	Z32.1	0	0,0	4	100,0	4	4,1
11.	Diğer Yakınmalar		8	18,7	35	81,3	43	43,9
12.	Toplam		22	22,5	76	77,5	98	100,0

*satır yüzdesi **sütun yüzdesi

30-34 yaş grubu hastaların birinci başvurularında en sık saptanan yakınmalar; baş ağrısı, bel ağrısı, dispepsi şeklinde sıralanırken, en az gebelik nedeniyle başvuru yapıldığı bulunmuştur (Tablo 26).

Tablo 27. 30-34 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Üriner Sistemin Diğer Bozuklukları, Üriner Sistem Enfeksiyonu	N39	0	0,0	8	100,0	8	10,8
2.	Gebelik, Doğrulanmış	Z32.1	0	0,0	5	100,0	5	6,8
3.	Kandidiyazis, Moniliaz (pamukçuk), Kandida Stomati, Ürogenital Bölgelerin Kandidiyazisi, Vulva Vagina Kandidiyazisi	B37	1	25,0	3	75,0	4	5,4
4.	Anksiyete Bozuklukları, Diğer	F41	2	50,0	2	50,0	4	5,4
5.	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları, Birden Fazla Ve Tanımlanmamış Yerlerin	J06	0	0,0	4	100,0	4	5,4
6.	Serviks Uterinin İnflamatuvar Hastalığı	N72	0	0,0	4	100,0	4	5,4
7.	Somatizasyon Bozukluğu	F45.0	0	0,0	3	100,0	3	4,1
8.	Gerilim Baş Ağrısı	G44.2	2	66,7	1	33,3	3	4,1
9.	Hipertansiyon, Önceden Mevcut Olan , Gebelik, Doğum Ve Lohusalıkta Devam Eden	Q10	2	66,7	1	33,3	3	4,1
10.	Dermafitoz (Tinea Kapitis, Kerion, Tinea Pedis, Tinea inguim, Tinea Kruris)	B35	0	0,0	2	100,0	2	2,7
11.	Diğer Tanılar		7	17,5	33	82,5	40	45,9
12.	Toplam		14	19,0	60	81,0	74	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

30-34 yaş grubunda yer alan hastaların birinci başvurularında en sık aldıkları tanı; üriner sistemin diğer bozuklukları, üriner sistem enfeksiyonu, kandidiyazis, moniliazis (pamukçuk), kandida stomati, ürogenital bölgelerin kandidiyazisi, vulva vagina kandidiyazisi, gebelik şeklinde sıralanırken, en az dermafitoz (tinea kapitis, kerion, tinea pedis, tinea inguim, tinea kruris) tanısı konulmuştur (Tablo 27).

Tablo 28. 35-39 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Yakınmalarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Yakınma	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Baş ağrısı	R51	2	50,0	3	50,0	5	7,2
2.	Pruritus (Kaşıntı)	L29	2	50,0	2	50,0	4	6,2
3.	Solunum Anormallikleri, Dispne, Stridor, Hırıltı (Wheezing), Periyodik Solunum, Hiperventilasyon, Ağız Solunumu, Hıçkırık, Hapşırık, Solunumun Diğer Tanımlanmamış Anormallikleri	RO6	2	50,0	2	50,0	4	6,2
4.	Göğüs Ağrısı, Tanımlanmamış	R07.4	0	0,0	4	100,0	4	6,2
5.	Bel Ağrısı	M54.5	0	0,0	3	100,0	3	4,6
6.	Abdominal ve Pelvik Ağrı, Akut Batın, Üst Karın Ağrısı, infantil kolik, Pelvik ve Perineal Ağrı, Alt Karın Diğer Bölgelerine Lokalize Ağrı, Karın Ağrısı Diğer ve Tanımlanmamış	R10	1	33,3	2	66,7	3	4,6
7.	Baş dönmesi (Vertigo)	R42	1	33,3	2	66,7	3	4,6
8.	Ağrı Başka Yerde Sınıflanmamış	R52	0	0,0	3	100,0	3	4,6
9.	Kırgınlık ve Yorgunluk	R53	1	33,3	2	66,7	3	4,6
10.	Gebelik, Doğrulanmış	Z32.1	0	0,0	3	100,0	3	4,6
11.	Diğer Yakınmalar		6	20,7	23	79,3	29	44,6
12.	Toplam		15	24,7	49	75,3	64	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

35-39 yaş grubunda yer alan hastaların ilk başvurularında en sık yakınma nedenleri; baş ağrısı, pruritus (kaşıntı), solunum anormallikleri, dispne, stridor, hırıltı (wheezing), periyodik solunum, hiperventilasyon, ağız solunumu, hıçkırık, hapşırık, solunumun diğer tanımlanmamış anormallikleri saptanmıştır. En az sıklıkta ise gebelik nedeniyle başvuru yapıldığı gözlenmektedir (Tablo 28).

Tablo 29. 35-39 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Üriner Sistemin Diğer Bozuklukları, Üriner Sistem Enfeksiyonu	N39	2	25,0	6	75,0	8	11,3
2.	Obezite	E66	0,0	33,3	6	100,0	6	8,5
3.	Hipertansiyon, Önceden Mevcut Olan , Gebelik, Doğum ve Lohusalıkta Devam Eden	Q10	3	50,0	3	50,0	6	8,5
4.	Gebelik, Doğrulanmış	Z32.1	0	0,0	5	100,0	5	7,0
5.	Anksiyete Bozuklukları, Diğer	F41	0	0,0	4	100,0	4	5,6
6.	Depresif Nöbet	F32	3	100,0	0	0,0	3	4,2
7.	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları, Birden Fazla ve Tanımlanmamış Yerlerin	J06	1	33,3	2	66,7	3	4,2
8.	Peptik Ülser,Yeri Tanımlanmamış	K27	1	33,3	2	66,7	3	4,2
9.	İnsülin Bağımlı Olmayan Diyabetes Mellitus	E11	0	0,0	2	10,0	2	2,8
10.	Tirotoksikoz (Hipertroidizm)	E05	0	0,0	2	100,0	2	2,8
11.	Diğer Tanılar		7	13,4	23	76,6	30	41,8
12.	Toplam		17	23,9	54	76,1	71	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

35-39 yaş grubundaki hastaların birinci başvurularındaki en sık aldıkları tanıları; üriner sistemin diğer bozuklukları, üriner sistem enfeksiyonu, obezite, hipertansiyon, önceden mevcut olan, gebelik, doğum ve lohusalıkta devam eden şeklinde sıralanırken, en az tirotoksikoz (hipertroidizm) tanısı aldıkları görülmektedir (Tablo 29).

Tablo 30. 40-44 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Yakınmalarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Yakınma	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Göğüs Ağrısı, Tanımlanmamış	R07.4	1	14,3	6	85,7	7	11,9
2.	Abdominal ve Pelvik Ağrı, Akut Batın, Üst Karın Ağrısı, İnfantil Kolik, Pelvik Ve Perineal Ağrı, Alt Karnın Diğer Bölgelerine Lokalize Ağrı, Karın Ağrısı Diğer ve Tanımlanmamış	R10	3	60,0	2	40,0	5	8,5
3.	Dispepsi	K 30	1	20,0	4	80,0	5	8,5
4.	Ağrı Başka Yerde Sınıflanmamış	R52	0	0,0	5	100,0	5	8,5
5.	Baş ağrısı	R51	0	0,0	4	100,0	4	6,8
6.	Pruritus (Kaşıntı)	L29	0	0,0	3	100,0	3	5,1
7.	Çarpıntı	R00.2	0	0,0	3	100,0	3	5,1
8.	Bel Ağrısı	M54.5	0	0,0	2	100,0	2	3,4
9.	Ekstremité Ağrısı	M79.6	1	50,0	1	50,0	2	3,4
10.	Boğaz Ağrısı	R07.0	0	0,0	2	100,0	2	3,4
11.	Diğer Yakınmalar		6	28,6	15	71,4	21	35,6
12.	Toplam		12	20,3	47	79,7	59	100,0

*sadır yüzdesi **sütun yüzdesi

40-44 yaş grubundaki hastaların birinci başvurularında en sık, göğüs ağrısı, abdominal ve pelvik ağrı, akut karın ağrısı, pelvik ve perineal ağrı, alt karnın diğer bölgelerine lokalize ağrı, karın ağrısı diğer ve tanımlanmamış, dispepsi olarak bulunurken, en az boğaz ağrısı yakınmasıyla başvuru olduğu görülmektedir (Tablo 30).

Tablo 31. 40-44 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Hipertansiyon, Önceden Mevcut Olan , Gebelik, Doğum ve Lohusalıkta Devam Eden	Q10	1	12,5	7		8	13,8
2.	Peptik Ülser, Yeri Tanımlanmamış	K27	2	50,0	2	50,0	4	6,9
3.	Somatizasyon Bozukluğu	F45.0	0	50,0	3	50,0	3	5,2
4.	İnsülin Bağımlı Olmayan Diyabetes Mellitus	E11	1	33,3	2	66,7	3	5,2
5.	Üriner Sistemin Diğer Bozuklukları, Üriner Sistem Enfeksiyonu	N39	0	0,0	3	100,0	3	5,2
6.	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları, Birden Fazla ve Tanımlanmamış Yerlerin	J06	2	66,7	1	33,3	3	5,2
7.	Gastrit, Tanımlanmamış	K29.7	1	66,7	1	33,3	2	3,4
8.	Kas Zorlanması (Muscular Strain)	M62.6	0	0,0	3	100,0	2	3,4
9.	Dermafitoz (Tinea Kapitis, Kerion, Tinea Pedis, Tinea inguim, Tinea Kruris)	B35	0	0,0	2	100,0	2	3,4
10.	Obezite	E66	1	50,0	1	50,0	2	3,4
11.	Diğer Tanılar		8	27,6	21	72,4	29	44,8
12.	Toplam		14	31,3	44	68,7	64	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

40-44 yaş grubunda hastaların birinci başvurularında aldıkları tanıların en sık; hipertansiyon, peptik ülser, somatizasyon bozukluğu olduğu en az ise obezite tanısı aldıkları bulunmuştur (Tablo 31).

Tablo 32. 45-49 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Yakınmalarının Cinsiyete**Göre Dağılımı**

Sıra No	Yakınma	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Ekstremitte Ağrısı	M79.6	2	20,0	8	80,0	10	19,7
2.	Pruritus (Kaşıntı)	L29	0	0,0	4	100,0	4	6,6
3.	Bel Ağrısı	M54.5	0	0,0	4	100,0	4	6,6
4.	Göğüs Ağrısı, Tanımlanmamış	R07.4	1	25,0	3	75,0	4	6,6
5.	Poliüri	R35	1	33,3	2	66,7	3	6,6
6.	Solunum Anormallikleri, Dispne, Stridor, Hırıltı (Wheezing), Periyodik Solunum, Hiperventilasyon, Ağız Solunumu, Hıçkırık, Hapşırık, Solunumun Diğer Tanımlanmamış Anormallikleri	RO6	2	66,7	1	33,3	3	4,9
7.	Disüri	R30.0	0	0,0	2	100,0	2	4,9
8.	Ağrı Başka Yerde Sınıflanmamış	R52	1	33,3	2	66,7	2	4,9
9.	Eklem Ağrısı	M25.5	0	0,0	2	100,0	2	3,3
10.	Öksürük	R05	1	50,0	1	50,0	2	3,3
11.	Diğer Yakınmalar		8	44,5	10	55,5	18	32,8
12.	Toplam		16	37,3	38	62,3	54	100,0

*satur yüzdesi **sütun yüzdesi

45-49 yaş grubundaki hastaların birinci başvurularında en sık ekstremitte ağrısı, pruritus (kaşıntı), bel ağrısı yakınmaları saptanırken, en az öksürük yakınmasıyla başvuru yapıldığı bulunmuştur (Tablo 32).

Tablo 33. 45-49 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Üriner Sistemin Diğer Bozuklukları, Üriner Sistem Enfeksiyonu	N39	1	14,3	6	85,7	7	12,5
2.	Hipertansiyon, Önceden Mevcut Olan , Gebelik, Doğum ve Lohusalıkta Devam Eden	Q10	2	33,3	4	66,7	6	10,7
3.	İnsülin Bağımlı Olmayan Diabetes Mellitus	E11	1	33,3	2	66,7	3	5,4
4.	Obezite	E66	1	33,3	2	66,7	3	5,4
5.	Primer Yaygın Osteartroz	M15.0	0	0,0	3	100,0	3	5,4
6.	Lipoprotein Metabolizması Bozuklukları ve Diğer Lipidemiler	E78	2	100,0	0	0,0	2	3,6
7.	Somatizasyon Bozukluğu	F45.0	0	0,0	2	100,0	2	3,6
8.	Aterosklerotik Kalp Hastalığı	I25.0	2	100,0	0	0,0	2	3,6
9.	Lumbago, siyatik ile	M54.4	1		1		2	3,6
10.	Kas Zorlanması (Muscular Strain)	M62.6	0	100,0	2	100,0	2	3,6
11.	Diğer Tanılar		8	33,4	16	66,6	24	
12.	Toplam		18	32,1	38	67,9	56	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

45-49 yaş grubu hastaların birinci başvurularında aldıkları en sık tanı; üriner sistemin diğer bozuklukları, üriner sistem enfeksiyonu, hipertansiyon, önceden mevcut olan, gebelik, doğum ve lohusalıkta devam eden, şeklinde sıralanırken en az sıklıkta başvuru nedeninin kas zorlanması olduğu görülmektedir (Tablo 33).

Tablo 34. 50-54 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Yakınmalarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Yakınmalar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Bel Ağrısı	M54.5	0	0,0	3	100,0	3	8,3
2.	Öksürük	R05	1	33,3	2	66,7	3	8,3
3.	Göğüs Ağrısı, Tanımlanmamış	R07.4	0	0,0	3	100,0	3	8,3
4.	Solunum Anormallikleri, Dispne, Stridor, Hırıltı (Wheezing), Periyodik Solunum, Hiperventilasyon, Ağız Solunumu, Hıçkırık ,Hapşırık, Solunumun Diğer Tanımlanmamış Anormallikleri	R06	1	33,3	2	66,7	3	8,3
5.	Başağrısı	R51	0	0,0	2	100,0	2	5,6
6.	Stomatit ve ilgili Lezyonlar	K12	1	50,0	1	50,0	2	5,6
7.	Ekstremitte Ağrısı	M79.6	1	50,0	1	50,0	2	5,6
8.	Menstrasyonun yokluğu azlığı ve seyrekliği	N91	0	0,0	2	100,0	2	5,6
9.	Derinin ve Subkutanöz Dokunun Lokalize Şişme ve Yumrusu	R22	1	50,0	1	50,0	2	5,6
10.	Dizürü	R30.0	0	0,0	2	100,0	2	5,6
11.	Diğer Yakınmalar		2	16,7	10	83,3	12	33,3
12.	Toplam		7	19,4	29	80,6	36	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

50-54 yaş grubundaki hastaların birinci başvurularındaki yakınmaları incelendiğinde en sık bel ağrısı, öksürük ve göğüs ağrısı nedeniyle başvuruda bulunulduğu görülmektedir. En az başvuru nedenin ise dizürü olduğu bulunmuştur (Tablo 34).

Tablo 35. 50-54 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Hipertansiyon,Önceden Mevcut Olan , Gebelik, Doğum ve Lohusalıkta Devam Eden	Q10	2	42,9	4	57,1	6	18,8
2.	Üriner Sistemin Diğer Bozuklukları,Üriner Sistem Enfeksiyonu	N39	0	0,0	3	100,0	3	9,4
3.	Somatizasyon Bozukluğu	F45.0	0	0,0	2	100,0	2	6,3
4.	Aterosklerotik Kalp Hastalığı	I25.0	0	0,0	2	100,0	2	6,3
5.	Dermafitoz (Tinea Kapitis, Kerion, Tinea Pedis, Tinea inguin, Tinea Kruris)	B35	1	100,0	0	0,0	1	3,1
6.	Kandidiyazis, Moniliaz (pamukçuk), Kandida Stomati, Ürogenital Bölgelerin Kandidiyazisi, Vulva Vagina Kandidiyazisi	B37	0	0,0	1	100,0	1	3,1
7.	İnsülin Bağımlı Olmayan Diyabetes Mellitus	E11	0	0,0	1	100,0	1	3,1
8.	Obezite	E66	0	0,0	1	100,0	1	3,1
9.	Angina Pektoris, Tanımlanmamış	I20.9	0	0,0	1	100,0	1	3,1
10.	Deri ve Subkutanöz Dokunun Granülomatöz Bozuklukları	L92	1	100,0	0	0,0	1	3,1
11.	Diğer Tanılar		2	15,4	11	84,6	13	40,6
12.	Toplam		6	21,2	26	78,8	32	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

50-54 yaş grubundaki hastaların birinci başvurularında aldıkları en sık tanı; hipertansiyon,üriner sistem enfeksiyonu, somatizasyon bozukluğu olarak bulunmuştur. En az konulan tanı ise deri ve subkutanöz dokunun granülomatöz bozuklukları olduğu görülmektedir (Tablo 35).

Tablo 36. 55-59 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Yakınmalarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Yakınmalar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Baş ağrısı	R51	2	33,3	4	66,7	6	14,6
2.	Öksürük	R05	2	50,0	2	50,0	4	9,8
3.	Solunum Anormallikleri, Dispne, Stridor, Hırıltı (Wheezing), Periyodik Solunum, Hiperventilasyon, Ağız Solunumu, Hıçkırık, Hapşırık, Solunumun Diğer Tanımlanmamış Anormallikleri	R06	2	50,0	2	50,0	4	9,8
4.	Ekstremitte Ağrısı	M79.6	0	0,0	3	100,0	3	7,3
5.	Çarpıntı	R00.2	0	0,0	3	100,0	3	7,3
6.	Eklem Ağrısı	M25.5	1	50,0	1	50,0	2	4,9
7.	Hipertansiyon, Önceden Mevcut Olan , Gebelik, Doğum ve Lohusalıkta Devam Eden	Q10	0	0,0	2	100,0	2	4,9
8.	Boğaz Ağrısı	R07.0	1	50,0	1	50,0	2	4,9
9.	Baş dönmesi (Vertigo)	R42	0	0,0	2	100,0	2	4,9
10.	Sebebi Bilinmeyen Ateş, Ateş, Üşüme ile, Sebat Eden Ateş, Ateş Tanımlanmamış	R50	1	50,0	1	50,0	2	4,9
11.	Diğer Yakınmalar		2	19,2	9	81,8	11	26,8
12.	Toplam		11	26,8	30	73,2	41	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

55-59 yaş grubundaki hastaların birinci başvurularındaki yakınmalarının baş ağrısı, öksürük, solunum anormallikleri, dispne, stridor, hırıltı (wheezing), periyodik solunum, hiperventilasyon, ağız solunumu, hıçkırık, hapşırık, solunumun diğer tanımlanmamış anormallikleri olarak sıralandığı; en az başvuru ise sebebi bilinmeyen ateş, ateş üşüme ile, sebat eden ateş, ateş tanımlanmamış olduğu saptanmıştır (Tablo 36).

Tablo 37. 55-59 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Hipertansiyon, Önceden Mevcut Olan , Gebelik, Doğum ve Lohusalıkta Devam Eden	Q10	0	0,0	8	100,0	8	21,6
2.	Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu, Tanımlanmamış	J22	2	66,7	1	33,3	3	8,1
3.	Aterosklerotik Kalp Hastalığı	I25.0	0	0,0	2	100,0	2	5,4
4.	Tirotoksikoz (Hipertroidizm)	E05	0	0,0	2	100,0	2	5,4
5.	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları, Birden Fazla ve Tanımlanmamış Yerlerin	J06	2	100,0	0	0,0	2	5,4
6.	Üriner Sistemin Diğer Bozuklukları, Üriner Sistem Enfeksiyonu	N39	1	50,0	1	50,0	2	5,4
7.	Menapozal ve diğer perimenapozal bozukluklar	N95	0	0,0	2	100,0	2	5,4
8.	Bağırsak Parazitismi, Tanımlanmamış	B82.9	1	50,0	0	50,0	1	2,7
9.	Anemi, tanımlanmamış	D64.9	0	0,0	1	100,0	1	2,7
10.	Akut Sinüzit	J01	0	0,0	1	100,0	1	2,7
11.	Diğer Tanılar		4	30,8	9	69,2	13	34,2
12.	Toplam		10	26,3	27	73,7	37	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

65-69 yaş grubundaki hastaların birinci başvurularında en sık aldıkları tanıların sıklık sırasına göre; hipertansiyon, akut alt solunum yolu enfeksiyonu ve aterosklerotik kalp hastalığı şeklinde olup, en az konulan tanı akut sinüzit olduğu görülmektedir (Tablo 37).

Tablo 38. 60-64 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Yakınmalarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Yakınma	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Baş ağrısı	R51	0	0,0	3	100,0	3	15,8
2.	Bel Ağrısı	M54.5	0	0,0	2	100,0	2	10,5
3.	Ekstremitte Ağrısı	M79.6	0	0,0	2	100,0	2	10,5
4.	Pruritus (Kaşıntı)	L29	2	100,0	0	0,0	2	10,5
5.	Abdominal ve Pelvik Ağrı, Akut Batın, Üst Karın Ağrısı, İnfantil Kolik, Pelvik ve Perineal Ağrı, Alt Karın Diğer Bölgelerine Lokalize Ağrı, Karın Ağrısı Diğer ve Tanımlanmamış	R10	1	50,0	1	50,0	2	10,5
6.	Baş dönmesi (Vertigo)	R42	0	0,0	1	100,0	1	5,3
7.	Eklem Ağrısı	M25.5	0	0,0	1	100,0	1	5,3
8.	Otalji ve Kulak Efüzyonu	H92	1	100,0	0	0,0	1	5,3
9.	Solunum Anormallikleri, Dispne, Stridor, Hırıltı (Wheezing), Periyodik Solunum, Hiperventilasyon, Ağız Solunumu, Hıçkırık, Hapşırık, Solunumun Diğer Tanımlanmamış Anormallikleri	RO6	1	100,0	0	0,0	1	5,3
10.	Öksürük	R05	1	100,0	0	0,0	1	5,3
11.	Diğer Yakınmalar		1	33,3	2	66,7	3	15,8
12.	Toplam		7	36,8	12	63,2	19	100,0

*satur yüzdesi **sütun yüzdesi

60-64 yaş grubundaki hastaların birinci başvurularındaki yakınmalarının sıklık sırasına göre baş ağrısı, bel ağrısı, ekstremitte ağrısı olduğu, en az ise öksürük yakınması nedeniyle başvuruda bulundukları bulunmuştur (Tablo 38).

Tablo 39. 60-64 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Hipertansiyon, Önceden Mevcut Olan , Gebelik, Doğum ve Lohusalıkta Devam Eden	Q10	0	0,0	6	100,0	6	27,3
2.	Dermafitoz (Tinea Kapitis, Kerion, Tinea Pedis, Tinea inguim, Tinea Kruris)	B35	2	66,7	1	33,3	3	13,6
3.	Primer Yaygın Osteartroz	M15.0	0	0,0	3	100,0	3	13,6
4.	İnsülin Bağımlı Olmayan Diabetes Mellitus	E11	0	0,0	1	100,0	1	4,5
5.	Üriner Sistemin Diğer Bozuklukları, Üriner Sistem Enfeksiyonu	N39	0	0,0	1	100,0	1	4,5
6.	Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu, Tanımlanmamış	J22	1	100,0	0	0,0	1	4,5
7.	Gastrit. Tanımlanmamış	K29.7	0	0,0	1		1	4,5
8.	Obezite	E66	0	0,0	1	100,0	1	4,5
9.	Osteoporoz, Patolojik Kırıksız	M81	0	0,0	1	100,0	1	4,5
10.	Kontakt Dermatit, Tanımlanmamış	L25	1	100,0	0	0,0	1	4,5
11.	Diğer Tanılar		1	33,3	2	66,7	3	13,6
12.	Toplam		5	22,8	17	77,2	22	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

60-64 yaş grubundaki hastaların birinci başvurularında sıklıkla aldıkları tanı; hipertansiyon, dermafitoz (tinea kapitis, kerion, tinea pedis, tinea inguim, tinea kruris) ve primer yaygın osteoartroz olarak görülmektedir. En az sıklıkla bu yaş grubunda kontakt dermatit tanısı olduğu görülmektedir (Tablo 39).

Tablo 40. 65-69 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Yakınmalarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Yakınma	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Ekstremitte Ağrısı	R73,9	1	33,3	2	66,7	3	33,3
2.	Hiperglisemi, tanımlanmamış	R73.9	0	0,0	1	100,0	1	11,1
3.	Ağrı Başka Yerde Sınıflanmamış	R52	0	0,0	1	100,0	1	11,1
4.	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları, Birden Fazla ve Tanımlanmamış Yerlerin	J06	0	0,0	1	100,0	1	11,1
5.	Pruritus (Kaşıntı)	L29	0	0,0	1	100,0	1	11,1
6.	Boğaz Ağrısı	R07.0	0	0,0	1	100,0	1	11,1
7.	Baş ağrısı	R51	0	0,0	1	100,0	1	11,1
8.	Diğer Yakınmalar		0	0	0	0	0	0,0
9.	Toplam		1	11,2	8	88,8	9	100,0

*sadır yüzdesi **sütun yüzdesi

65-69 yaş grubunda birinci başvurularını yapan hastaların toplam sekiz yakınma nedeniyle başvurduğu görülmektedir. Bu yakınmaların; ekstremitte ağrısı, hiperglisemi, ağrı başka yerde tanımlanmamış, akut üst solunum yolu enfeksiyonu, kaşıntı, boğaz ağrısı ve baş ağrısı olduğu saptanmıştır (Tablo 40).

Tablo 41. 65-69 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Primer Yaygın Osteoartroz	M15.0	0	50,0	2	50,0	2	16,7
2.	Hipertansiyon, Önceden Mevcut Olan , Gebelik, Doğum ve Lohusalıkta Devam Eden		0	0,0	1	100,0	2	8,3
3.	İnsüline Bağımlı Olmayan Diabetes Mellitus	E11	1	100,0	0	0,0	1	8,3
4.	Kandidiyazis, Moniliyazis (pamukçuk), Kandida Stomatiti, Ürogenital Bölgelerin Kandidiyazisi, Vulva Vagina Kandidiyazisi	B37	0	0,0	1	100,0	1	8,3
5.	Aterosklerotik Kalp Hastalığı	I25.0	0	0,0	1	100,0	1	8,3
6.	Kalp Yetmezliği	I50	0	0,0	1	100,0	1	8,3
7.	Dermafitoz (Tinea Kapitis, Kerion, Tinea Pedis, Tinea inguin, Tinea Kruris)	B35	0	0,0	1	100,0	1	8,3
8.	Lipoprotein Metabolizması Bozuklukları ve Diğer Lipidemiler	E78	1	100,0	0	0,0	1	8,3
9.	Anksiyete Bozuklukları, diğer	F41	0	0,0	1	100,0	1	8,3
10.	Osteoporoz, patolojik kırıksız	M81	0	0,0	1	100,0	1	8,3
11.	Diğer Tanılar		0	0,0	1	100,0	1	8,3
12.	Toplam		2	16,7	10	83,3	12	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

65-69 yaş grubunda birinci başvurularını yapan hastalarda en sık; primer yaygın osteoartroz, hipertansiyon ve insüline bağımlı olmayan diabetes mellitus tanıları konmuştur. En az sıklıkta ise osteoporoz, patolojik kırıksız tanısı almışlardır (Tablo 41).

Tablo 42. 70-74 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Yakınmalarının Cinsiyete**Göre Dağılımı**

Sıra No	Yakınmalar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Solunum Anormallikleri, Dispne, Stridor, Hırıltı (Wheezing), Periyodik Solunum, Hiperventilasyon, Ağız Solunumu, Hıçkırık, Hapşırık, Solunumun Diğer Tanımlanmamış Anormallikleri	R06	4	100,0	0	0,0	4	13,8
2.	Kırgınlık ve Yorgunluk	R53	1	25,0	3	75,0	4	13,8
3.	Abdominal ve Pelvik Ağrı, Akut Batın, Üst Karın Ağrısı, İnfantil Kolik, Pelvik ve Perineal Ağrı, Alt Karın Diğer Bölgelerine Lokalize Ağrı ,Karın Ağrısı Diğer ve Tanımlanmamış	R10	1	33,3	2	66,7	3	10,3
4.	Baş dönmesi (Vertigo)	R42	0	100,0	2	0,0	2	6,9
5.	Presbiakuzi	H91.1	1	0,0	0	100,0	1	6,7
6.	Görme Yolları Bozuklukları, Tanımlanmamış	H47.7	1	100,0	0	0,0	1	3,4
7.	Pruritus (Kaşıntı)	L29	1	100,0	0	0,0	1	3,4
8.	Otalji ve Kulak Efüzyonu	H92	1	100,0	0	0,0	1	3,4
9.	Bel Ağrısı	M54.5	0	0,0	1	100,0	1	3,4
10.	Ekstremitte Ağrısı	M79.6	0	0,0	1	100,0	1	3,4
11.	Diğer Yakınmalar		4	40,0	6	60,0	10	34,5
12.	Toplam		14	48,3	15	51,7	29	100,0

*sattır yüzdesi **sütun yüzdesi

70-74 yaş grubundaki hastaların birinci başvurularında en sık yakınmalar; solunum anormallikleri, dispne, stridor, hırıltı (wheezing), periyodik solunum, hiperventilasyon, ağız solunumu, hıçkırık, hapşırık, solunumun diğer tanımlanmamış anormallikleri, kırgınlık ve yorgunluk, abdominal ve pelvik ağrı, akut karın ağrısı, infantil kolik, pelvik ve perineal ağrı, alt karın diğer bölgelerine lokalize ağrı, karın ağrısı diğer ve tanımlanmamış şeklinde bulunmuştur. En az yakınma nedeni olarak ekstremitte ağrısı olduğu görülmektedir (Tablo 42).

Tablo 43. 70-74 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Hipertansiyon,Önceden Mevcut Olan , Gebelik, Doğum ve Lohusalıkta Devam Eden	Q10	2	28,6	5	71,4	7	25,9
2.	Aterosklerotik Kalp Hastalığı	I25.0	1	33,3	2	66,7	3	11,1
3.	İnsülin Bağımlı Olmayan Diabetes Mellitus	E11	1	50,0	1	50,0	2	7,4
4.	Anksiyete Bozuklukları, diğer	F41	1	100,0	0	0,0	1	3,7
5.	Nonsüpüratif Otitis Media	H65	0	0,0	1	100,0	1	3,7
6.	Osteoporoz, Patolojik Kırıksız	M81	0	0,0	1	100,0	1	3,7
7.	Dispepsi	K30	0	0,0	1	100,0	1	3,7
8.	Serebrovasküler Hastalıklar	I67	0	0,0	1	100,0	1	3,7
9.	Dermatit Diğer, Tanımlanmamış		1	100,0	0	0,0	1	3,7
10.	Üriner Sistemin Diğer Bozuklukları,Üriner Sistem Enfeksiyonu	N39	0	0,0	1	100,0	1	3,7
11.	Diğer Tanılar		3	37,5	5	62,5	8	29,6
12.	Toplam		9	33,3	18	66,7	27	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

70-74 yaş grubunda birinci başvurularında en sık konulan tanı; hipertansiyon, aterosklerotik kalp hastalığı, insülin bağımlı olmayan diabetes mellitus olarak bulunmuştur. En az sıklıkta ise üriner sistem enfeksiyonu tanısı aldıkları görülmektedir (Tablo 43).

Tablo 44. 75-79 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Yakınmalarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Yakınmalar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Eklem Ağrısı	M25.5	0	0,0	2	100,0	2	20,0
2.	Baş ağrısı	R51	0	0,0	2	100,0	2	20,0
3.	Dispepsi	K30	0	0,0	1	100,0	1	10,0
4.	Otalji ve Kulak Efüzyonu	H92	0	0,0	1	100,0	1	10,0
5.	Göğüs Ağrısı, Tanımlanmamış	R07.4	0	0,0	1	100,0	1	10,0
6.	Hiperglisemi , tanımlanmamış	R73.9	0	0,0	1	100,0	1	10,0
7.	Fonksiyonel Bağırsak Bozuklukları, diğer, Kabızlık, Fonksiyonel Diyare, Nörojenik Bağırsak, Başka Yerde Sınıflanmamış, Megakolon, Başka Yerde Sınıflanmamış, Anal Spazm, Fonksiyonel Bağırsak Bozuklukları, Tanımlanmamış	K59	0	0,0	1	100,0	1	10,0
8.	Hipertansiyon, Önceden Mevcut Olan , Gebelik, Doğum ve Lohusalıkta Devam Eden	Q10	0	0,0	1	100,0	1	10,0
9.	Diğer Yakınmalar		0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
10.	Toplam		0	0,0	10	100,0	10	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

75-79 yaş grubundaki hastaların birinci başvurularında toplam sekiz yakınma nedeniyle başvuru yapıldığı görülmektedir. En sık eklem ağrısı, baş ağrısı, dispepsi nedeniyle başvuru yapıldığı bulunmuştur (Tablo 44).

Tablo 45. 75-79 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularındaki Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Hipertansiyon, Önceden Mevcut Olan , Gebelik, Doğum ve Lohusalıkta Devam Eden	Q10	0	0,0	4	100,0	4	33,3
2.	İnsülin Bağımlı Olmayan Diabetes Mellitus	E11	0	0,0	2	100,0	2	16,7
3.	Depresif Nöbet	F32	0	0,0	1	100,0	1	8,3
4.	Aterosklerotik Kalp Hastalığı	I25.0	0	0,0	1	100,0	1	8,3
5.	Dispepsi	K30	0	0,0	1	100,0	1	8,3
6.	Romatizma, tanımlanmamış	M79	0	0,0	1	100,0	1	8,3
7.	Kalp Yetmezliği	I50	0	0,0	1	100,0	1	8,3
8.	Anüs ve Rektum Hastalığı, Tanımlanmamış	K62.9	0	0,0	1	100,0	1	8,3
9.	Diğer Tanılar		0	0,0		0,0	0	0,0
10.	Toplam		0	0,0	12	100,0	12	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

75-79 yaş grubundaki hastaların birinci başvurularında aldıkları en sık tanı; hipertansiyon, insülin bağımlı olmayan diabetes mellitus ve depresif nöbet olduğu görülmektedir (Tablo 45).

5. TARTIŞMA

Çalışmamıza dahil edilen hastaların yaş ortalaması 21.9 ± 19.4 yıl olarak hesaplanmıştır. Kocaeli Üniversitesi Değirmendere Aile Hekimliği Polikliniği'nde bu ortalama 48.9 ± 18.2 yıl, Kocaeli Üniversitesi Hereke Aile Hekimliği Polikliniği'nde 32.3 ± 18.4 yıl, Umurlu Aile Hekimliği Merkezi'nde 37,4'dür.²⁰ İstanbul Üniversitesi (İ.Ü.) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'nin 2000-2003 başvuruları incelendiğinde; kadın hastaların yaş ortalaması 49.44 ± 15.08 yıl, erkek hastaların yaş ortalaması ise 48.66 ± 16.22 yıl olarak bulunmuştur.²¹ Bu üniversitelerdeki aile hekimliği polikliniklerinin daha çok üniversite personeline ve ailelerine hizmet vermesi, sıklıkla kurum hekimliği gibi işlev görmesi,²² Hereke ve Umurlu bölgesinde daha çok emeklilerin yaşıyor olması, yaş ortalamasının bizim çalışmamızdakinden daha yüksek olmasında etkili olmuş olabilir. Polikliniğimizde 1999 yılı başvurularını inceleyen çalışmada da, bizim çalışmamıza benzer olarak hastaların yaş ortalaması 24.5 ± 20.3 yıl olarak bulunmuştur.²⁰ Hizmet verdiğimiz bölgenin göç alan bir bölge olması, çocuk ve genç nüfusun fazla olması yaş ortalamamızın diğer çalışmalarinkinden daha düşük olmasında rol oynamış olabilir.

Çalışmamıza dahil edilen 734 hastanın 480'i (% 65,4) kadın, 254'ü (% 34,6) erkekti. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde birinci basamak hekimlere başvuruları inceleyen ve 1973 yılında başlatılıp her yıl tekrarlanan National Ambulatory Medical Care Services (NAMCS) (Ulusal Ayaktan Tıbbi Bakım Hizmetleri) 2002 raporuna göre, 15 yaş altı hariç, tüm yaş gruplarında 890 milyon vizitin çoğunluğunu (% 59,4) kadınlar yapmıştır.²³

Avustralya'da 1991-1998 yılları arasında birinci basamak sağlık hizmetlerindeki değişim BEACH (Bettering the Evaluation and Care of Health) çalışması ile incelenmiş ve 1991'de % 80.5 olan erkek hasta popülasyonunun 1998'de % 68.0'e düştüğü ve kadın hasta popülasyonunun yedi yıl içinde % 19.5'den % 32.8'e yükseldiği gösterilmiştir.²⁴ Kocaeli Üniversitesi'nin yaptığı çalışmada da başvuran hastaların % 29,4'ünün erkek, % 70,7'sinin kadın olduğu saptanmış olup hastaların % 8,6'sı 15 yaş ve altında, % 16,8'i 65 yaş ve üzerinde bulunmuştur.²⁵ Bizim

çalışmamızda ise 15 yaş ve altı hastaların oranı % 42, 65 yaş ve üstündekilerinki ise % 3,2 olarak bulunmuştur.

Cerrahoğlu'nun Tarsus bölgesinde yaptığı çalışmada ise aile hekimliği hastalarının % 67.5'inin kadın, % 32.5'inin erkek olduğu bulunmuştur.²⁶ 2007 yılında yapılan ve Çukurova Üniversitesi –ATO Yalın Erez Sağlık Merkezi Aile Hekimliği Polikliniği'nin 1999 yılı çalışmalarını inceleyen araştırmada ise başvuran hastalarda kadınların oranı % 69.5, erkeklerin oranı % 30.5 olarak saptanmıştır²⁰

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran hastalar ile yapılan çalışmada, kuruluş tarihini olan Kasım 2000'den Kasım 2003'e kadar değerlendirilen hastaların % 65'inin kadın, % 35'inin erkek olduğu saptanmıştır.²²

Kadın hastalar birinci basamak sağlık hizmetinde başvuruların çoğunluğunu oluşturmaktadır. Bunun nedenleri; genel hasta karakteristiklerinde kadın hasta popülasyonunun daha yoğun olması, poliklinikte üreme sağlığına yönelik ayrı bir hizmet verilmesi olabilir. Aslında üreme sağlığı hizmetlerinin amacı; kadın ve erkeklerin, cinsel sağlık için gerek duydukları bilgi, eğitim ve hizmetlere ulaşmalarının sağlanması şeklinde tanımlanmıştır.²⁷ Buna rağmen sağlık çalışanları da dahil olmak üzere halkımız çoğunlukla üreme sağlığı hizmetlerini kadınlara yönelik bir hizmetmiş gibi algılamaktadır. Bu anlayışın değiştirilmesi için danışmanlık verilirken erkeklerin de katılımı sağlanmalı, başka yakınmayla gelen erkek hastalara kendilerine yönelik üreme sağlığı hizmetleri konusunda bilgi verilmelidir. Sağlık Bakanlığı'nın bir çalışmasında, kadınların daha fazla oranda sağlık hizmeti talep ettiği ve sağlık kontrolünden geçtiği bildirilmektedir.²⁸

İnsan sağlığının ya da hastalık durumunun belirlenmesinde biyolojik ve sosyal ilişkilerin kompleks ilişkisi etkili olmaktadır. Kadın ve erkeklerdeki sağlık ve hastalık örüntüleri belirgin farklılıklar gösterir. Kadınların beklenen yaşam süresi daha fazladır. Ancak pek çok toplumda, kadınların erkeklere göre daha fazla hastalık ve stres yaşadıkları bildirilmektedir.²⁹

Adolesan çağıdan başlayarak her dönemde daha fazla sağlık hizmetine gereksinim duyan kadın için hizmet açığı erkeklere göre daha fazladır. Kadının yaşam döngüsünde en uzun dönemi oluşturan doğurganlık çağı (15-49 yaş grubu) 15 yaş ve üzeri nüfusun % 38'ini, yine aynı yaş grubunda bulunan kadınların % 77'sini oluşturmaktadır.

Bu bağlamda kadın sağlığı açısından, özellikle üreme sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve hizmet kalitesinin yükseltilmesi önemlidir.³⁰

Stoverinck ve arkadaşları, özellikle 25-44 yaş arasındaki kadınların sağlık sorunlarını öne çıkardıklarını ve daha fazla sağlık hizmeti kullandıklarını bildirmektedirler.³¹

Bir araştırmada, kadınların erkeklerden daha fazla oranda sağlık ocağına başvurduğu ve kendilerine daha fazla oranda birden fazla tanı yazıldığı tespit edilmiştir. Bu fark, kadınların kendilerini daha iyi ifade etmeleri ve sağlık problemlerini öne çıkarmaları ile açıklanabilir. Ayrıca erkeklere oranla daha fazla zaman bulmaları da etken olabilir.³²

1 Ekim 2005 tarihinde Avrupa Erkek Sağlığı Forumu Viyana’da ilk Erkek Sağlığı Bildirgesi imzalanmıştır. Bu bildirmede, erkeklerin sağlık sorunlarına kadınlar gibi yaklaşmadıkları için milyonlarcasının tanı almadığı veya hastalığın ilerlemiş bir safhasında sağlık hizmeti talep ettikleri, her türlü sağlık hizmetine erişim konusunda başarısız kaldıkları vurgulanmıştır.³³ Çalışmamızda başvuru yapan erkek hastaların, kadın hastalardan az olması bu bildirgeyi destekler gibi görünmektedir.

Çalışmaya aldığımız hastaların 308’inde (% 42) eğitim durumu hakkında bilgiye rastlanmamıştır. Hastaların 171’inin (% 23,3) okur-yazar olmadığı; 58 hastanın (% 7,9) sadece okur-yazar olduğu; 130 hastanın (% 17,7) ilkokul mezunu, 28 hastanın (% 3,8) ortaokul mezunu olduğu; 33 hastanın (% 4,5) lise mezunu; 6 hastanın (% 0,8) üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. 0-4 yaş grubundaki 212 hastanın eğitim durumu sorgulanmayacağı için bilgi yok olarak girilmiştir. Bu nedenle 308-212=96 dosyada eğitim durumunun kaydedilmediği saptanmıştır. Bu veriler ışığında, çalışmaya alınan hastaların yaklaşık dörtte birinin okur-yazar olmadığı ve sadece çok küçük bir oranda üniversite mezunu olanların polikliniğimize başvurduğu ortaya çıkmaktadır. Ülkemizde son yıllarda genç kuşakta eğitim durumunda belirgin bir yükselme olmasına karşın okur-yazarlık oranı halen istenilen düzeyde değildir. Kayseri’de yapılan bir çalışmada, birinci basamağa başvuran kadınların % 9,7’sinin okur-yazar değil, % 1,8’inin okur-yazar, % 64,6’sının ilkokul mezunu, % 23,8’inin ortaokul ve üzeri mezunu olduğu ve ortalama öğrenim süresinin 5,86±3,25 yıl olduğu bulunmuştur.³⁴

Çalışmamızda en sık karşılaşılan yakınmalar; öksürük, solunum anormallikleri ve ateş, en az sıklıkta ise deri ile ilgili yakınmalar olarak saptanmıştır. A.B.D.’de 1997

yılında en sık genel tıbbi muayene, kontrol ziyareti ve öksürük; en az sıklıkta ise gripal semptomlar için başvuru yapılmıştır.³⁵ Benzer şekilde, 2007 yılında yapılan ve 1999 yılı Çukurova Üniversitesi –ATO Yalın Erez Sağlık Merkezi Aile Hekimliği Polikliniği'nin çalışmalarını ele alan araştırmada tüm başvurulardaki (en fazla 15 başvuru yapılmış; toplam 2328 başvuru) yakınmalar incelendiğinde en sık öksürük, ateş ve genel muayene-inceleme için; en az sıklıkta ise, fonksiyonel bağırsak bozuklukları yakınması ile başvuru yapıldığı bulunmuştur.²⁰ Wilkin ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre aile hekiminin en sık karşılaştığı sorunlar, kas ağrısı ve sıızısı, öksürük ve deri enfeksiyonu ve irritasyonu olarak bulunmuştur.³⁶ Cerrahoğlu'nun çalışmasında kodlama sistemi kullanılmamış; ağrı yakınması ilk sırada bulunmuş ve bu yakınmayı ateş, öksürük, vajinal akıntı izlemiştir.²⁶

Umurlu Aile Hekimliği Merkezi'nde yapılan çalışmada, hastaların en sık başvuru nedenleri; öksürük, ateş ve baş ağrısı olarak bulunmuştur. En az sıklıkta ise bulantı nedeniyle başvuru yapılmıştır.³⁷ Kocaeli Üniversitesi Hereke Aile Hekimliği Polikliniği'ne yapılan başvurular incelendiğinde, ilk sırayı üst solunum yolu yakınmaları (boğaz ağrısı, burun akıntısı, burun tıkanıklığı, hapsirik, öksürük) almaktadır. Bu bulgu, aile hekimliğine başvuru nedenleri³⁸ ve tanılar hakkındaki diğer çalışmalarla^{20,39} ve klasik bilgilerle⁴⁰ benzerlik göstermektedir.²⁵

Çalışmamızda, hastalara en sık konulan tanılar; akut üst solunum yolu enfeksiyonu, üriner sistem enfeksiyonu ve hipertansiyon olarak bulunmuştur. En az konulan tanılar ise; kas zorlanması, anksiyete bozuklukları ve anemi olarak sıralanmaktadır. 2007 yılındaki çalışmada da tüm başvurulardaki (en fazla 15 başvuru yapılmış; toplam 2328 başvuru) en sık tanılar; hipertansiyon, akut üst solunum yolu enfeksiyonları, üriner sistem enfeksiyonu; en az konulan tanı ise kandidiyazis olarak tespit edilmiştir.²⁰

Yakın bir bölge olan Doğankent Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesi 2003 yılı çalışma raporunda da benzer sonuçlar bulunmuş; tüm yaş gruplarında görülen ilk beş hastalık (150 başlıklı A listesine göre) sırasıyla; üst solunum yolu enfeksiyonu, akut tonsillit, akut bronşit, bronşiyolit, idrar yolu enfeksiyonu, iskelet-kas sistemi ve bağ dokusunun diğer hastalıkları şeklinde bildirilmiştir.⁴¹

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'nde yapılan çalışmada başvuran hastalarda hipertansiyon her iki cinsiyette en sık konulan tanı olarak bulunmuştur.²¹ Bulgumuz bu çalışma ile örtüşmektedir.

Britt ve ark⁴², birinci basamağa başvuru sayısını % 63.4 oranında bir başvuru; % 26.8 oranında iki başvuru ve % 9.7 oranında üç başvuru olarak bulmuşlardır.

Benzer şekilde Ç.Ü.T.F Aile Hekimliği Polikliniği'ne 1999 yılında ilk başvurularını yapan 885 kişinin takip eden başvurularına bakıldığında²⁰; % 59'u bir kez, % 12'si iki kez ve % 10'u üç kez başvuru yapmıştır. Benzer şekilde bizim çalışmamızda da, 2003 yılında ilk başvurusunu yapan 734 kişinin takip eden başvuruları incelendiğinde; % 52,8'i bir kez, % 17,9 iki kez, % 8,6'sının üç kez başvurduğu, başvuru sayısının giderek azalmakta olduğu saptanmıştır. Başvuru sayısı arttıkça kişi sayısının belirgin bir şekilde düştüğü gözlenmektedir. Bu durumun, hastanın akut sorununun giderilmiş olması; tetkik veya konsültasyon amacıyla bir üst basamağa yönlendirilen hastaların geri dönmeleri; bölgede mevsimlik çalışanların olması; polikliniğimizde çalışan araştırma görevlilerinin rotasyonları nedeniyle sık hekim değişikliği olması; hastaların sosyal güvencelerinin reçete yazılmasına uygun olmaması ve verilen hizmetten memnun kalmama gibi nedenlere bağlı olabileceği düşünülmektedir.²⁰

Çalışmamızda yer alan 0-4 yaş grubu çocukların sayısı 212 olup, bu % 28,9'luk oranla en fazla başvuruda bulunan yaş grubudur. Bu yaş grubu çocuklarda en sık başvuru nedenleri; öksürük, solunum anormallikleri ve ateş olarak bulunmuştur. En az başvuru nedeni ise rutin çocuk sağlığı muayenesidir. Benzer şekilde 1999 yılı verilerine dayanılarak yapılan çalışmada da,²⁰ en sık ilk başvuru yakınmaları; öksürük, ateş ve solunum anormallikleri olarak bulunmuş olup çalışmamız benzer niteliktedir. Rutin çocuk sağlığı hizmetlerinin çalışmamızda düşük oranda yer alması, polikliniğimizde aşı uygulamasının olmamasına ve bu yaş grubu çocukların aşılarının yapıldığı diğer birinci basamak sağlık kuruluşlarında izleniyor olmalarına bağlanabilir. 0-14 yaş grubunda da en sık başvuru nedeni de öksürük, solunum anormallikleri ve ateş olarak bulunmuştur.

Öksürük yaşamın her döneminde kişinin hekime başvurmasına yol açan ve en çok rastlanan semptomlardan biridir. Wilkin ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, solunum sistemindeki en sık semptomun öksürük olduğu saptanmıştır. Hastalar ikinci sıklıkta ateş ve halsizlik nedeniyle başvurmaktadır.⁴³

Çalışmamızda 15-65 yaş grubunun birinci başvurularındaki en sık başvuru nedenleri baş ağrısı, kaşıntı ve bel ağrısı şeklinde bulunmuştur. Bu yaş grubunda en sık konulan tanılar ise, üriner sistem enfeksiyonu, hipertansiyon ve gebelik olmuştur. 65 ve üstü yaş grubunda en sık başvuru nedenleri; ekstremitte ağrısı, solunum anormallikleri ve görme yolları bozuklukları olarak saptanırken, bu yaş grubunda en sık konulan tanılar; hipertansiyon, insülin bağımlı olmayan diyabet ve aterosklerotik kalp hastalığı olarak bulunmuştur.

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'nde yapılan çalışmada²¹, hipertansiyon her iki cinsiyette de en sık karşılaşılan hastalıktı ve her iki cinsiyette de aynı yaşlarda sıklığının arttığı bildirilmektedir (44 ve 66 yaşlarında) (K: % 24.3, E: % 4). Bizim çalışmamızda da, hipertansiyonun 35-39 yaş grubunda üçüncü sıklıkta konulan tanı olduğu, kadın ve erkeklerde eşit oranda (K: % 50, E: % 50) görüldüğü, 45-49 yaş grubunda en sık konulan ikinci tanı olduğu, 50-64 yaş grubunda ise en sık konulan tanı olduğu bulunmuştur. 65 ve üst yaş grubunda en sık tanılar; hipertansiyon, insüline bağımlı olmayan diyabetes mellitus, aterosklerotik kalp hastalığı, osteoartroz gibi yaşla artışı beklenen kronik hastalıklardır.

Ülkemizde hipertansiyon oldukça yaygın bir sağlık sorunudur. TEKHARF⁴⁴ çalışmasına göre, erişkin her üç kişiden birisinde hipertansiyon vardır. 2000 yılı nüfus verilerine göre ülkemizde 15 milyon hipertansif hasta vardır. Türkiye'de hipertansiflerin önemli bir kısmı (% 53) ekonomik olarak üretken çağ olan orta yaş grubundadır. 60 yaşından sonra hipertansiyon prevalansı % 60-80'lere yükselmektedir. Çalışmamızda Türk toplumunda hipertansiyonun kadın ve erkeklerde sık görülen ve toplum sağlığını tehdit eden bir hastalık olduğu gerçeği desteklenmektedir.

Sonuç olarak, hasta kayıtlarının eksiksiz tutulmasının, sürekli hasta bakımı sorumluluğu taşıyan Aile Hekimliği'nde özel bir önemi vardır. Hastanın kişisel ve tıbbi bilgilerinin, hekimlerin tanı ve yaptıkları işlemlerin önem derecesine bakılmaksızın kaydedilmesi gerekir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Yaptığımız çalışma sonucunda elde ettiğimiz bulgular aşağıda maddeler halinde özetlenmiştir:

- 1) Aile Hekimliği Uygulama Polikliniği'ne başvuran hastaların yaş ortalaması 21.9 ± 19.4 olup, çalışmaya dahil edilen 734 hastanın % 42'sinin (n=308) 0-14 yaş grubunda olduğu, bu yaş aralığında 0- 4 yaş arasında olan hastaların oranının % 28,9 (n=212) , 5-9 yaş arası olan hastaların oranının % 7,2 (n=53), 10-14 yaş grubundakilerin ise % 5,2 (n=43) oranında olduğu bulunmuştur.
- 2) Hastaların eğitim durumu incelendiğinde; 308 hastanın bilgisine rastlanmamıştır. Bu tüm hastaların % 42'sini oluşturmaktadır. Çalışmaya alınan hastaların % 23,3'ünün (n=171) okur-yazar olmadığı, % 7,9'unun (n=58) okur-yazar olduğu, % 17,7'sinin ilkokul mezunu, % 3,8'inin (n=28) ortaokul, % 4,5'inin (n=33) lise, % 0,8'inin ise (n=6) üniversite mezunu olduğu saptanmıştır.
- 3) Çalışmaya alınan hastalar toplam 1389 başvuruda bulunmuş olup yaş gruplarına göre ilk başvuru ve tüm başvurulardaki en sık yakınma ve tanılar aşağıdaki tabloda özetlenmiştir (Tablo 46).

Tablo 46. Çalışmaya Alınan Hastaların Başvuru Sayıları ve Yaş Gruplarına Göre En Sık Karşılaşılan Yakınmalar ve Tanılar

	Yakınmalar	Tanılar
İlk Başvuruda	1) Öksürük 2)Solunum Anormallikleri 3)Baş ağrısı	1)Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları 2) Üriner Sistem Enfeksiyonu 3) Hipertansiyon
Tüm başvurularda	1) Öksürük 2) Solunum anormallikleri 3)Ateş	1)Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları 2) Üriner Sistem Enfeksiyonu 3) Hipertansiyon
İlk başvurular		
0-14 Yaş	1) Öksürük 2) Solunum Anormallikleri 3)Ateş	1)Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları 2) Abdominal ve Pelvik Ağrı, Akut Batın, Üst Karın Ağrısı, İnfantil Kolik 3) Beklenen Normal Fizyolojik Gelişimin Olmayışı, Büyüme Gelişme Geriliği
15-64 Yaş	1) Baş ağrısı 2) Pruritus (Kaşıntı) 3) Abdominal ve Pelvik Ağrı, Akut Batın, Üst Karın Ağrısı, İnfantil Kolik	1) Üriner Sistem Enfeksiyonu 2) Hipertansiyon 3) Gebelik
65 Yaş ve Üstü	1) Ekstremitte Ağrısı 2) Solunum Anormallikleri 3) Görme Yolları Bozuklukları	1) Hipertansiyon 2) İnsülin Bağımlı Olmayan Diyabet 3) Aterosklerotik Kalp Hastalığı
0-4 Yaş	1) Öksürük 2) Solunum Anormallikleri 3)Ateş	1)Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları 2) Abdominal ve Pelvik Ağrı, Akut Batın, Üst Karın Ağrısı, İnfantil Kolik 3) Rutin Çocuk Sağlığı Muayenesi
5-9 Yaş	1) Öksürük 2)Beklenen Normal Fizyolojik Gelişimin Olmayışı, Büyüme Gelişme Geriliği 3) Solunum Anormallikleri	1) Akut Bronşit 2)Beklenen Normal Fizyolojik Gelişimin Olmayışı, Büyüme Gelişme Geriliği 3) Akut Tonsillit

Tablo 46. Çalışmaya Alınan Hastaların Başvuru Sayıları ve Yaş Gruplarına Göre En Sık Karşılaşılan Yakınmalar ve Tanılar (devam)

10-14 Yaş	1) Baş ağrısı 2)Derinin ve Subkutanöz Dokunun Lokalize Şişme ve Yumrusu 3)Beklenen Normal Fizyolojik Gelişimin Olmayışı, Büyüme Gelişme Geriliği	1) Üriner Sistem Enfeksiyonu 2) Bağırsak Parazitozu 3) Kabakulak
15-19 Yaş	1) Baş ağrısı 2) Dispepsi 3) Bel Ağrısı	1) Üriner Sistem Enfeksiyonu 2) Demir Eksikliği Anemisi 3) Akut Sünizit
20-24 Yaş	1) Abdominal ve Pelvik Ağrı, Akut Batın, Üst Karın Ağrısı, İnfantil Kolik 2) Pruritus (Kaşıntı) 3) Gebelik	1) Üriner Sistem Enfeksiyonu 2) Gebelik 3) Demir Eksikliği Anemisi
25-29 Yaş	1) Pruritus (Kaşıntı) 2) Baş ağrısı 3) Dispepsi	1) Gebelik 2) Üriner Sistem Enfeksiyonu 3) Kandidiyazis, Moniliaz (pamukçuk), Kandida Stomati, Ürogenital Bölgelerin Kandidiyazisi,Vulva Vagina Kandidiyazisi
30-34 Yaş	1) Baş ağrısı 2) Bel Ağrısı 3) Dispepsi	1) Üriner Sistem Enfeksiyonu 2) Gebelik 3) Kandidiyazis, Moniliazis (pamukçuk) Kandida Stomatiti, Ürogenital Bölgelerin Kandidiyazisi,Vulva Vagina Kandidiyazisi
35-39 Yaş	1) Baş ağrısı 2) Pruritus (Kaşıntı) 3) Solunum Anormallikleri	1) Üriner Sistem Enfeksiyonu 2) Obezite 3) Hipertansiyon
40-44 Yaş	1) Göğüs Ağrısı 2) Abdominal ve Pelvik Ağrı, Akut Batın, Üst Karın Ağrısı, İnfantil Kolik 3) Dispepsi	1) Hipertansiyon 2) Peptik Ülser 3) Somatizasyon Bozukluğu

Tablo 46. Çalışmaya Alınan Hastaların Başvuru Sayıları ve Yaş Gruplarına Göre En Sık Karşılaşılan Yakınmalar ve Tanılar (devam)

45-49 Yaş	1) Ekstremitte Ağrısı 2) Pruritus (Kaşıntı) 3)Bel Ağrısı	1)Üriner Sistem Enfeksiyonu 2)Hipertansiyon, 3)İnsülin Bağımlı Olmayan Diabetes Mellitus
50-54 Yaş	1) Bel Ağrısı 2) Öksürük 3) Göğüs Ağrısı, Tanımlanmamış	1) Hipertansiyon 2) Üriner Sistem Enfeksiyonu 3) Somatizasyon Bozukluğu
55-59 Yaş	1) Baş ağrısı 2) Öksürük 3) Solunum Anormallikleri,	1) Hipertansiyon 2) Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu 3) Aterosklerotik Kalp Hastalığı
60-64 Yaş	1) Baş ağrısı 2)Bel Ağrısı 3) Ekstremitte Ağrısı	1) Hipertansiyon 2) Dermafitoz (Tinea Kapitis, Kerion, Tinea Pedis, Tinea inguin, Tinea Kruris) 3) Primer Yaygın Osteartroz
65-69 Yaş	1) Ekstremitte Ağrısı 2) Hiperglisemi, tanımlanmamış 3) Baş ağrısı	1) Primer Yaygın Osteoartroz 2) Hipertansiyon 3) İnsülin Bağımlı Olmayan Diabetes Mellitus
70-74 Yaş	1) Solunum Anormallikleri 2) Kızgınlık ve Yorgunluk 3)Abdominal ve Pelvik Ağrı, Akut Batın, Üst Karın Ağrısı, İnfantil Kolik	1)Hipertansiyon 2)Aterosklerotik Kalp Hastalığı 3)İnsülin Bağımlı Olmayan Diabetes Mellitus
75-79 Yaş	1) Eklem Ağrısı 2)Baş ağrısı 3)Dispepsi	1)Hipertansiyon 2)İnsülin Bağımlı Olmayan Diabetes Mellitus 3)Depresif Nöbet

6.2. Öneriler

1) Sağlık kayıt sisteminin planlanması, kurulması ve çalıştırılması bir uzmanlık işidir. Bu nedenle çoğu ülkelerdeki gibi ülkemizde de üniversitelerde tıbbi dokümantasyon ya da sağlık kayıtları dalında eğitim veya lisans veren kuruluşların sayısı artırılmalı ve bu eğitimi alan kişiler, kayıtların doğru ve uygun şekilde tutulması için birinci basamakta görev almalıdırlar.

2) Sağlık alanında yapılacak çalışmalar için iki tip veri kaynağı vardır; araştırmalar ve tıbbi kayıtlar şeklindedir. Kayıtları düzenli olan ülkelere sağlık hizmet kalitesinin yüksek olduğu göz önünde tutulacak olursa, ülkemizde de ulusal sağlık veri tabanı uygulamasına önem verilmelidir.

3) Hızla gelişen teknolojiye yararlanarak, sağlık kayıt sistemleri ve birinci basamaktaki tıbbi kayıtlar yeniden düzenlenmelidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin geleceği elektronik sağlık kayıtları ve bilgi sistemi üzerine kurulu olacaktır. Birçok ülkede elektronik sağlık kaydı bir zorunluluktur. Avrupa’da kodlama sistemleri sağlık kaydının rutini haline gelmiştir. ABD’de The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) olarak bilinen yasa birinci basamak hekimlerinin de bildirimlerini elektronik olarak yapmalarını zorunlu tutmaktadır.⁴⁵ ABD’de birçok aile hekimliği merkezi elektronik sağlık kayıtlarını başarıyla uygulamaktadır. Ülkemizde de Sağlıkta Dönüşüm Projesi çerçevesinde benzer gelişimlerin yaşanması beklenebilir.

4) Elektronik sağlık kayıtlarının, aile hekimliğinin kaynak yönetimi ilkesi ile uyumlu olarak, akılcı ilaç, laboratuvar, görüntüleme, konsültasyon ve sevk kullanımı ve hastane yatışlarını azaltma, ekonomik tasarruf sağlama, sağlık ekibi arasındaki iletişimi artırma, görev dağılımlarını kolaylaştırma, veri kalitesini artırma, tıbbi hataları azaltma, hekime karar desteği sağlama gibi avantajları vardır.⁴⁶

5) Tüm dünyada yeni eğilim, hastaların daha doğrusu her insanın yaşam boyunca sağlığını ve hastalıklarını kayıt altına alan bir “sürekli sağlık kaydı”nın tutulmasıdır. 2002 yılında başlatılan Aile Hekimliğinin Geleceği (The Future of Family Medicine) projesinin sonuç raporunda da sağlık kayıtlarına önem verilmesi özellikle vurgulanmaktadır.⁴⁷ Bu raporu takiben, birçok birinci basamak sağlık kuruluşunda kayıtlara daha fazla önem verilmeye başlanmıştır.⁴⁸

6) Dünya Aile Hekimleri Birliği (Wonca) birinci basamaktaki sağlık kayıtlarında başvuru nedeni, tanı ve yapılan işlemin bir arada kodlanmasına imkan sağlayan International Classification of Diseases in Primary Care (ICPC-2) kodlama sisteminin kullanılmasını önermektedir.⁴⁹ Yakınmaların ICD-10'a göre kodlanmasında zorluklar yaşanmıştır. Birinci basamağa uygun olarak geliştirilen ICPC-2 kodlama sisteminin Türkiye'deki birinci basamağa uyarlanması önermekteyiz.

7) Hasta kayıtları eksiksiz tutulmalıdır. Bilgisayar tabanlı iyi bir kayıt sistemi geliştirilmelidir. Dosyaya dayalı tıbbi kayıt sisteminden bilgisayar tabanlı tıbbi kayıt sistemine geçiş döneminde, iki sistem bir arada kullanılmalıdır. Gerek bilgisayar tabanlı kayıtlar gerek dosya kayıtları olsun tam ve eksiksiz olarak tutulmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Saravi B M, Kabirzadeh A. Tıbbi Kayıtların Üretilmesinde İbn Sina'nın Rolü, *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* **2005**, 13: 137-139.
2. Aktürk Z. Aile Hekimliğinde Kayıtlar, *V. Ulusal Aile Hekimliği Kongre Kitapçığı*, Adana. **2002**; 58-69.
3. Saravi B M, Kabirzadeh A. Farklı Tıbbi Kayıt Biçimleri Tarihinin ve Bunların Tıp Eğitimine Etkilerinin İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*. **2006**; 14:159-162,
4. Ritchie L. *Computers in Primary Care*. Londra: William Heinemann Medical Books Ltd, **1984**; 5-33.
5. Mc Whinney I R. *A Textbook of Family Medicine*. 2nd Ed, Newyork: Oxford University Press, **1997**; 377-380.
6. Sümbüloğlu K. *Sağlık Alanına Özel İstatistiksel Yöntemler*. 2. Basım, Ankara: Somgür Yayıncılık, **1982**; 243-252.
7. Göçmen E. Tıbbi Kayıtların Tutulması ve Hukuksal Sorumluluk. (elektronik)
Erişim: <http://www.hukukrehberi.net/makaleler/guncelgoster.asp?id=44>
Erişim Tarihi: 11.11. **2008**.
8. Stephenson A. *A Textbook of General Practice*. 1st Ed, London: Hodder Arnold Publication, **1998**; 177-178.
9. Rakel R E, *The Problem Oriented Medical Care. Textbook of Family Practice*. 6th Ed, Philadelphia: W.B.Saunders Company, **2002**; 1587-1602.
10. Berkow R. *The Merck Manual*. 14. Baskı, İstanbul: Merk Yayıncılık, **1987**; 1639-1640.
11. Resmi Gazete. Hasta Hakları Yönetmeliği. TC Başbakanlık, Ankara, **01.08.1998**: Sayı: 23420.
12. National Committee for Quality Assurance. Elektronik Erişim: www.ncqa.org
Erişim Tarihi: 07 Ocak **2009**.
13. Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı Bilgi Toplu Dairesi;
Elektronik Erişim: http://www.bilgitoplumu.gov.tr/kdep/rapor/KDEP_53_Rapor.pdf
Erişim Tarihi: 10.02. **2009**.
14. Aile Planlaması İçin Kurs Notları, 1. Aşama, T.C Sağlık Bakanlığı. Elektronik Erişim: www.saglik.gov.tr/aile/doc/ailehekkursnotlari.doc
Erişim Tarihi: 26.02. **2009**
15. Ölçer S, Yedigöller Ö. ICD-10-AM Eğitim Dokümanı
Elektronik Erişim: www.konyasm.gov.tr/hbrc/dtyacsk.asp?sn=189-4k
Erişim Tarihi: 15.09. **2008**.
16. Çinal A. Türkiye'de ICD-10 Nasıl Uygulanıyor? Türk Bilişim Kongresi. (elektronik)
Erişim: (www.turkmia.org/eski/kongre/konusma/dizdar%20icd.pdf).
Erişim Tarihi: 12.08.2008.
17. Öztekin Z. Sağlık Ocağı İşlevi ve Yönetimi. T.C. Sağlık Bakanlığı, 3. Basım, Ankara, **1995**; 57-66.
18. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. Ankara, **2001**; 76-88.

19. **Uysal Y.** Uysal Açık Kaynak Kodlu Veri Analiz Programları.(elektronik)
Erişim:(www.webdata.name.tr) Erişim Tarihi:07.07.2008.
20. **Uz LR.** Çukurova Üniversitesi –ATO Yalım Erez Sağlık Merkezi Aile Hekimliği Polikliniği'nin 1999 Çalışmalarının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, 2007.
21. **Turfaner Ertürk N, Süt N, Sipahioğlu F.** A Three Years Profile of Patients Referring to Family Medicine Outpatient Clinics. *Cerrahpaşa J Med* 2004; 35: 115-121.
22. **Topallı R, Aladağ N, Tuncay MF, Topsever P. Ciğerli Ö, Görpelioğlu S.**Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniklerinin Sağlık Hizmeti Sunumundaki Yeri: Değirmendere Deneyimi.*Türk Aile Hekimliği Dergisi* 2003; 7(4) 165-170).
23. **David A, Woodwell and Donald K, Cherry MS.** National Ambulatory Medical Care Survey: 2002 Summary. Advance Data, 2004;346(26):1-44.
24. **Britt H, Charles J.** BEACH Project. Changes Since 1991. Avustralya, 1999 (Electronic) Erişim: (<http://www.Aihw.gov.au/inet/publications/health/>) Erişim tarihi:20.09.2008.
25. **Topallı R, Aladağ N, Tuncay MF, Topsever P. Ciğerli Ö, Görpelioğlu S.**Hereke Aile Hekimliği Merkezi 2001 Yılı Başvuru Nedenleri ve Yapılan Sevklerin Değerlendirilmesi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 2003; 7(1):18-22.
26. **Cerrahoğlu A.** Aile Hekimliği Saha Deneyimi Konuşma Metni. Edirne; 1. Ulusal Aile Hekimliği Günleri.Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. 2001.
27. **United Nations Populations Fund.** Improving Reproductive Health. (Electronic) Erişim: (<http://www.unfpa.org/mothers/contraceptive.html>) Erişim Tarihi: 29.08.2008.
28. **Toros A, Öztekin Z.** Major Issues of Health Services Utilization in Turkey. Health Services Utilization Survey in Turkey. Ministry of Health, Turkey, 89, 1996.
29. **Üreme Sağlığına Giriş, Katılımcı Rehberi.** T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Erişim:http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/yayinlar/pdf_dokumanlar/02_USG.pdf. Erişim tarihi: 10.02.2009.
30. **T.C Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü.** Türkiye' de Kadının Durumu. Ocak 2009, Ankara.Erişim: (<http://www.ksgm.gov.tr>) Erişim tarihi: 10.02.2009.
31. **Stoverinck M J, Lagro-Janssen A L, Weel C V.** Sex Differences in Health Problems, Diagnostic Testing and Referral in Primary Care. *J Fam Pract Dec*; 43 (6): 567-76, 1996.

32. **Buğdaycı R, Şaşmaz. T, Kurt A Ö, Tezcan H.** Bir Kent Tipi Sağlık Ocağında Yazılan Tanıların İncelenmesi. *Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni*. **Ekim 2002**; Yıl 23, Sayı 4.(Elektronik) Erişim: (www.thb.hacettepe.edu.tr/yazok.shtml).
33. **Avrupa Erkek Sağlığı Viyana Bildirgesi.** 1 Ekim **2005**. (Elektronik)
Erişim:(www.emhf.org/resource_images/TUViennadeclaration.pdf)
Erişim Tarihi: 11.01.2009.
34. **Naçar M., Çetinkaya F.,Öztürk Y.** Kayseri İli'nde 15-49 Yaş Grubu Kadınların Sağlık Ocağından Yararlanma Durumu ve Beklentileri.*Sürekli Tıp Eğitim Dergisi* **2004**; 13:106-109.
35. **Rakel RE,** *Textbook of Family Practice*. 6th Ed, Philadelphia: W.B. Saunders Company, **2002**: 14.
36. **Bozdemir N.** Türkiye'de Aile Hekimliği Panel Konuşma Metni. Prof. Dr. Emin U Erkoçak Konferanslar ve Paneller Dizisi Adana, **2001**.
37. **Şensoy N.** Umurlu Aile Hekimliği Merkezi'nde Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Profili: Aile Hekimliği Alan Eğitimi Gereksinimini Ne Ölçüde Karşılıyor? T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Aydın, **2005**.
38. **Gemalmaz AF, Gürsel FS, Başak O.** 1473 olgu ve 2304 başvurunun incelenmesi: ADÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Uygulaması Deneyimi. *V. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Özet Kitabı*. Adana, 27-30 Mart **2002**;366.
39. **Cerrahoğlu A.** Bir Aile Pratiğinde 3333 hasta ve 6608 Hasta Muayenesinin İncelenmesi. 3. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Özet Kitabı. İzmir, 23-25 Mayıs **1997**; Poster #19.
40. **Rakel RE.** *The Family Physician. Textbook of Family Practice*. Philadelphia, 5 nd. W.B. Saunders, **1995**; 3-19.
41. **Akbaba M, Sütölük Z, Yücel B, Özden N.** Doğanşehir Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesi 2003 Yılı Çalışma Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Adana, **2004**.
42. **Britt H, Sayer G, Miller G, Charles J, Scahill S, Horn F, Bhasale A, McGeechan K.** General Practice Activity in Australia 1998-99. Sidney, AIHW Publications. **1999**; 13-38.
43. **İnan M.** Birinci basamakta Tıbbi Kayıtlar ve Sağlık Hizmet Profili. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, **2002**.
44. **Altun B, Arici M, Nergizoğlu G, Derici U, Karatan O,Turgan J, Sindel S, Erbay B, Hasanoğlu E, Çağlar S.** Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the Patent study) in 2003. *J Hypertens.* **2005** Oct;23(10):1817-23.

45. Insurance Portability and Accountability Act. CMS **2006** (cited 2006 Jun 16);Available from: URL: <http://www.hipaa.org>)
46. Wang SJ, Middleton B, Prosser LA, Bardon CG, Spurr CD, Carchidi PJ, et al. A Cost Benefit Analysis of Electronic Medical Records in Primary Care. *Am J Med* **2003** April 1;114(5):397-403)
47. Jones WA, Avant RF, Davis N, Saultz J, Lyons P. Task Force Report 3. Report of the Task Force on Continuous Personal, Professional and Practice Development in Family Medicine. *Ann Fam Med* **2004**;2(Supplement 1):65-74)
48. McDougale L, Gabel LL, Stone L. Future of Family Medicine Workforce in the United States. *Fam Pract* **2006** Feb;23(1):8-9)
49. Wonca International Classification Committee. ICPC2R: International Classification of Primary Care. Londra: Oxford University Pres;**2005**)

8. EKLER

8.1 Ek 1. Araştırma Bilgi Formu

Dosya no

Ad-soyadı

Cinsiyeti

Doğum tarihi

Medeni durumu

Eğitim durumu

1.Başvuru Tarihi:

1.Başvuru 1. yakınma

2. yakınma

3. yakınma

4. yakınma

5. yakınma

1. Başvuru 1. tanı

2. tanı

3. tanı

4. tanı

5.tanı

8.2 Ek 2. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği Hasta Kayıt Programı 'UYSAL Webpatient 1.0'

Ç.Ü.T.F. AİLE HEKİMLİĞİ POLK. HASTA KAYIT PROGRAMI "UYSAL WebPatient 1.0" - Microsoft Internet Explorer

File Edit View Favorites Tools Help

Back Forward Stop Home Search Favorites Media Print Mail

Address "UYSAL WebPatient 1.0" Hasta Kayıt Programı

Şu anda girilen kayıt :

dosya no : 7899123
ad : mehmet
soyad : sönmez
cinsiyet : e

DOĞUM TARİHİ: gün: 5 ay: 10 yıl: 1965

MEDENİ DURUMU: evli_resmi_nikahi_var **EĞİTİM DURUMU:** ortaokul_mezunu

BAŞVURU-1 TARİH: 4 7 2003

BAŞVURU-1 / ŞİKAYET-1: ateş, sebebi bilinmeyen, üşüme ile birlikte, tanımlanmamış, diğer/R50

BAŞVURU-1 / ŞİKAYET-2: bulantı, kusma/R11

BAŞVURU-1 / ŞİKAYET-3: öksürük/R05

BAŞVURU-1 / ŞİKAYET-4: o

BAŞVURU-1 / ŞİKAYET-5: o

BAŞVURU-1 / TANI-1: alt solunum yolu enfeksiyonu(tanımlanmamış)/J22

BAŞVURU-1 / TANI-2: o

BAŞVURU-1 / TANI-3: o

Şekil 2 . Kayıt programının giriş sayfası.

Ç.Ü.T.F. AİLE HEKİMLİĞİ POLK. HASTA KAYIT PROGRAMI "UYSAL WebPatient 1.0" - Microsoft Internet Explorer

File Edit View Favorites Tools Help

Back Forward Stop Reload Home Search Favorites Media

Address "UYSAL WebPatient 1.0" Hasta Kayıt Programı

YENİ HASTA GİRİŞİ:

DOSYA NO:

AD: (büyük harf kullanmayınız)

SOYAD: (büyük harf kullanmayınız)

CİNSİYET: ☒ Erkek ☐ Kadın

[GİRİŞ SAYFASI](#) [HASTA SORGULAMA](#) [TÜM VERİLER](#)

Şekil 3. Kayıt programının yeni hasta giriş sayfası.



Şekil 4. Kayıt programının bilgi kontrol sayfası.

8.3. Çalışmamızda Geçen Hastalık ve Tanıların ICD-10 Kodları

Tablo 47. Çalışmada geçen ICD-10 Tanı Kodları

Hastalık veya Tanı Adı	ICD-10 Kodu
Yenidoğan Ateşi	P81.0
Yenidoğanın Kardiyovasküler Bozuklukları, Kalp Yetmezliği, Kardiyak Disritmi Yeni Doğanda Beslenme Problemleri, Kusma, Regürjitasyon, Yavaş Eksik Beslenme, Aşırı Beslenme, Meme Emmede Güçlük	P29
Yeni Doğanda Beslenme Problemleri, Kusma, Regürjitasyon, Yavaş Eksik Beslenme, Aşırı Beslenme, Meme Emmede Güçlük	P92
Yenidoğanın Primer Uyku Apnesi	P28.3
Yenidoğanın Diğer Apneleri	P28.4
Yenidoğan Sarılığı, Fizyolojik Sarılık, Anne sütü Sarılığı, Diğer Tanımlanmamış Sebeplere Bağlı Yenidoğan Sarılığı	P59
Yenidoğanda Kutanöz Hemoraji, Ekimoz, Peteşi	P54.5
Yenidoğanda Vajinal Hemoraji	P54.6
Yenidoğanda Hemoraji, Diğer Tanımlanmamış	P54.9
Aşırı Ağlama, Genel Semptom Ve Diğer Tanımlanmamış Belirtiler	R68
Enfektif Olmayan Yenidoğan Diyaresi	P78.3
Bebeklik Ve Çocukluk Dönemi Pikası	F98
Ateş, Sebebi Bilinmeyen, Üşüme İle Birlikte, Tanımlanmamış, Diğer	R50
Bulantı, Kusma R11	R11
Kabızlık, Fonksiyonel Diyare, Fonksiyonel Bağırsak Bozuklukları	K59
Abdominal Ağrı, Pelvik Ağrı, Perineal Ağrı, Üst Karın Ağrısı, Bağırsak Gazı, İnfantil Kolik, Tanımlanmamış Diğer Karın Ağrıları	R10
Solunum Anormallikleri, Dispne, Stridor, Hırıltı, Wheezing, Hıçkırık, Hapşırık, Hiperventilasyon, Ağız Solunumu, Solunumun Diğer Anormallikleri	R06
Öksürük	R05
Deride Siyanoz, Solukluk, Kızarma, Spontan Ekimoz, Diğer Tanımlanmamış Deri Değişiklikleri	R23
Kardiyak Üfürümler, Kardiyak Sesler, Benign Üfürümler R01	R01
Viral Enterit, Rotavirus Enteriti, Adenovirus Enteriti, Viral Bağırsak Enfeksiyonları	A08
Enfeksiyöz Kaynaklı Olduğu Düşünülen Diyare Ve Gastroenterit	A09
Bakteriyel Bağırsak Enfeksiyonu, E.coli, Kampilobakter, Yersinia, Clostridium Difficile Enteriti	A04

Tablo 47. Çalışmada geçen ICD-10 Tanı Kodları (devam)

Salmonella Enteriti	A02
Shigella Enteriti	A03
Akut Amipli Dizanteri, Kronik Bağırsak Amebiyazı, Bağırsakta Ameboma, Amipli Karaciğer Apsesi, Amipli Akciğer Apsesi, Kutanöz Amebiyaz	A06
Gastroenterit Ve Kolit, Enfektif Olmayan, Tanımlanmamış, Radyasyona Bağlı Gastroenterit, Toksik Gastroenterit ve Kolit	K52.9
Hepatomegali, Splenomegali	R16
Demir Eksikliği Anemisi	D50
Alfa Talasemi, Beta Talasemi, Delta-Beta Talasemi, Talasemi Taşıyıcılığı, Fetal Hemoglobinin Kalıtsal Taşıyıcılığı	D56
Orak Hücreli Anemi, Orak Hücre Taşıyıcılığı, Diğer Orak Hücre Bozuklukları	D57
Emosyonel Duruma Ait Semptom Ve Belirtiler, Huzursuzluk, Ajitasyon, Sinirlilik, Mutsuzluk, Kızgınlık, Stres, Şok	R45
Beklenen Normal Fizyolojik Gelişmenin Olmayışı, Büyüme Gelişme Geriliği, Kilo Alamama	R62
Yakınma veya Bilinen Teşhisi Olmayan Kişilerin Genel Muayene ve İncelemesi	Z00
Kulak Ağrısı (Otalji), Kulak Akıntısı (Otorre)	H92
Kulakta Yabancı Cisim	T16
Dış Kulağın Diğer Bozuklukları, Dış Kulakta Sıkışmış Serumen, Dış Kulak Yolu Kazanılmış Stenoza	H61
Enfektif veya Enfektif Olmayan Otitis Eksterna, Diğer Tanımlanmamış Otitis Eksterna, Dış Kulak Yolu Apseleri, Dış Kulak Sellülit	H60
Nonsüpüratif Otitis Media	H65
Konjonktivit	H10
Arpacık, Göz Kapağının Diğer Derin Enfeksiyonu, Şalazyon	H00
Dakriyoadenit, Dakriyosistit, Lakrimal Sistemin Tanımlanmamış Bozuklukları, Çapaklanma	H04
Strabismus (Şaşılık)	H50
Napkin Dermatiti, Bebek Bezi Dermatiti, Pişik	L22
Kızarıklık ve Diğer Tanımlanmamış Deri Döküntüsü	R21
Bağışıklama Sonrası Döküntü	T88
UV Işığa Bağlı Akut Deri Değişikliği	L56
Oral ya da Parenteral Alınan Maddeye Bağlı Döküntü, Gıdaya veya İlaça Bağlı Döküntü	L27
Bakteriyel Aşıların (BCG-DBT) Neden Olduğu Yan Etki	Y58
Aşıların (Viral, Riketsiyal, Protozoal), İmmünglobulinlerin ve Biyolojik Maddelerin Neden Olduğu Ters Etkiler	Y59

Tablo 47. Çalışmada geçen ICD-10 Tanı Kodları (devam)

Ağrı kesici, Ateş düşürücü ve Antienflamatuvarların yan etkisi	Y45
Yenidoğan Omfaliti	P38
Moniliaz (Pamukçuk), Kandida Stomatiti, Ürogenital Bölgelerin Kandidiyazı, Vulva ve Vajina Kandidiyazı	B37
Deride Abse, Fronkül, Karbonkül	L02
Miliaria (İsilik)	L74
İnfanıl Akne, Akne Vulgaris, Akne Kongulobata, Akne Tropika	L70
Dil Hastalıkları, Harita Dil, Glossit, Tanımlanmamış Dil Hastalıkları	K14
Dermatofitoz (Tinea Kapitis, Kerion, Tinea Pedis, Tinea Unguim, Tinea Cruris)	B35
Akut Nazofaranjit (Nezle)	J00
Yüzeyel Kafa Yaralanması	S00
Akut Tonsillit	J03
Pruritis (Kaşıntı)	L29
Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları (Birden Fazla ve Tanımlanmamış Yerlerin)	J06
Pnömoni (Tanımlanmamış Organizmalar)	J18
Bakteriyel Pnömoniler	J15
Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu (Tanımlanmamış)	J22
Akut Bronşit	J20
Akut Bronşiyolit	J21
Hipertansiyon (Önceden Mevcut Olan, Esansiyel, Gebelikte)	O10
Tip-1 Diabetes Mellitus	E10
Tip-2 Diabetes Mellitus	E11
Hiperglisemi, tanımlanmamış	R73.9
Üriner Sistem Enfeksiyonu	N39
Hiperlipidemi, Lipoprotein Metabolizması Bozuklukları	E78
Ovulasyon Ağrısı, Disparoniya, Vajinismus, Dismenore, Premenstrüel Gerilim Sendromu	N94
Kalp Yetmezliği	I50
Hipertiroidi	E05
Hiperezis Gravidarum O21	O21
Postmenopozal Osteoporoz, Patolojik Kırıksız Osteoporoz	M81
Kadın İnfertilitesi	N97
Patolojik Kırık İle Birlikte Olan Osteoporoz	M80
Cinsel Fonksiyon Bozukluğu	F52
Menopozal ve Perimenopozal Bozukluklar	N95
Menstruasyonun Yokluğu, Azlığı, Seyrekliği (Amenore, Oligomenore)	N91
Hipotroidi	E03

Tablo 47. Çalışmada geçen ICD-10 Tanı Kodları (devam)

Depresif Nöbet	F32
Yineleyen Depresif Bozukluk	F33
Anksiyete Bozuklukları	F41
Obsesif Kompulsif Bozukluk	F42
Organik Olmayan Uyku Bozuklukları	F51
Menstruasyonun Aşırı, Sık, Düzensiz Olması	N92
Baş Ağrısı	R51
Kırgınlık ve Yorgunluk	R53
Baş dönmesi (Vertigo)	R42
Ses Bozuklukları, Diğer Ve Tanımlanmamış	R49.8
Obezite	E66
Ortostatik Hipotansiyon I95.1	I95.1
Gerilim Baş Ağrısı	G44.2
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	F41.1
Organik Olmayan Uyku Bozukluğu, Tanımlanmamış	F51.9
Boğaz Ağrısı	R07
Boyun Ağrısı	M54.2
Servikal Disk Bozukluğu, Tanımlanmamış	M50.9
Yaygın Hiperhidroz	R61.1
Gebelik, Doğrulanmış	Z31.2
Gebelik, Henüz Doğrulanmamış	Z32.0
Rahim İçi Aracın Yerleştirilmesi	Z30.1
Dizüri	R30.0
Poliüri	R35
Üriner İnkontinans, Tanımlanmamış	R32
Omuzun Adezif Kapsüliti	M75.0
Serviks Uterinin Enflamatuvar Hastalığı	N72
Vajinanın Diğer Tanımlanmış Enflamatuvar Bozuklukları	N89.8
Rahim İçi Aracın Gözetimi	Z30.5
Raşitizm, Aktif	E55.0
Vitamin D Eksikliği, Tanımlanmamış	E55.9
Anormal Kilo Kaybı	R63.4
İleti Tipi İşitme Kaybı, Tek Taraflı Olup Diğer Kulakta İşitme Azalmamış	H90.1
Nonsüpüratif Otitis Media, Tanımlanmamış	H65.9
İşitme Kaybı Diğer, Tanımlanmamış	H91.8

Tablo 47. Çalışmada geçen ICD-10 Tanı Kodları (devam)

Presbiakuzi	H91.1
Kronik Farenjit	J31.2
Ağrılı İşeme, Tanımlanmamış	R30.9
Hematüri, Tanımlanmamış	R31
İdrar Retansiyonu	R33
Doğumdan Hemen Sonra Muayene ve Bakım	Z39.0
Emziren Annenin Bakım Ve Muayenesi	Z39.1
Rutin Doğum Sonrası Takip	Z39.2
Bel Ağrısı	M54.5
Kloasma	L81.1
Skabiyez	B86
Artropatiler, Diğer, Tanımlanmış, Başka Yerde Sınıflanmamış	M12.8
Primer Yaygın (Osteo)Artroz	M15.0
Eklem Ağrısı	M25.5
Ekstremitte Ağrısı	M79.6
Teşhis Edilmemiş Korku Verici Şikayeti Olan Kişi	Z71.1
Danışma, Tanımlanmamış	Z71.9
Çarpıntı	R00.2
Seboreik Dermatit, Tanımlanmamış	L21.9
Sebore Kapıt	L.21.0
Atopik Dermatit, Tanımlanmamış	L20.9
Kulak Zarının Perforasyonu, Tanımlanmamış	H72.9
Somatizasyon Bozukluğu	F45.0
Göğüs Ağrısı, Tanımlanmamış	R07.4
Solunumda Göğüs Ağrısı	R07.1
Mitral Kapak Hastalıkları, Diğer	I05.8
Prekordial Ağrı	R07.2
Fallot Tetralojisi	Q21.3
Abdominal Herni Diğer, Tanımlanmış Obstrüksiyon ve Gangrensiz	K45.8
Vajina Salgıları ve Sürüntülerinde Anormal Bulgular	R87.2
Serviks Uteri Salgıları ve Sürüntülerinde Anormal Bulgular	R87.1
Pediculus Humanus Capitis'e Bağlı Pediküloz	B85.0
Migren, Tanımlanmamış	G43.9
Anal Fissür, Akut	K60.0
Anüs Ve Rektum Hastalığı, Tanımlanmamış	K62.9

Tablo 47. Çalışmada geçen ICD-10 Tanı Kodları (devam)

Kas Zorlanması	M62.6
Akut Sinüzit	J01
Gastrit, Tanımlanmamış	K29.7
Dispepsi	K30
Lomber Omurga ve Pelvis Diğer ve Tanımlanmamış Kısımlarının Burkulma ve Gerilmesi	S33.7
Febril Konvülsiyon	R56.0
Siyatik	M54.3
Lumbago, Siyatik ile	M54.4
Bölgesel Büyümüş Lenf Nodları	R59.0
Üriner İnkontinans, Tanımlanmamış	R32
Ete Doğru Büyüyen Tırnak	L60.0
Senkop ve Bayılma	R55
Skar Yapmayan Saç Kaybı, Diğer	L65
Çiller	L81.2
Tiroid Fonksiyon Testlerinin Anormal Sonuçları	R94.6
Torasik Vertebrada Ağrı	M54.6
İnatçı Somatoform Ağrı Bozukluğu	F45.4
Angina Pectoris, Tanımlanmamış	I20.9
Astım, Tanımlanmamış	J45.9
Peptik Ülser, Yeri Tanımlanmamış	K27
Kolelitiazis, Diğer	K80.8
Aterosklerotik Kalp Hastalığı	I25.1
Rutin Çocuk Sağlığı Muayenesi	Z00.1
Jinekolojik Muayene (Genel) (Olağan)	Z01.1
Laboratuvar Muayenesi	Z01.7
Kabakulak	B26
Psoriasis	L40
Derinin ve Subkutanöz Dokunun Lokalize Şişme, Kitle ve Yumrusu	R22
Herpes Virüs Veziküler Dermatiti	B00.1
Organik Olmayan Enürezis	F98.0
Böbrek ve Üreter Taşı	N20
Vazomotor Rinit	J30.0
Tükrük Salgısı Bozuklukları	K11.7

Tablo 47. Çalışmada geçen ICD-10 Tanı Kodları (devam)

Panik Bozukluk (Epizodik Paroksizmal Anksiyete) F41.0	F41.0
Anoreksiya R63.0	R63.0
İmpetigo L01	L01
Pigmentasyon Diğer Bozuklukları L81	L81
Kronik Sinüzit	J32
Erkek İnfertilitesi	N46
Alt Ekstremitte Diğer Derin Damarlarının Flebit ve Tromboflebiti	I80.2
Epistaksis	R04.0
Gingivit ve Periodontal Hastalıklar	K05
Hemoptizi	R04.2
Viral Hepatit Taşıyıcısı	Z22.5
Akut Viral Hepatitler, Diğer	B17
Ağız Kokusu	R19.6
Mesenenin Nöromusküler Fonksiyon Bozukluğu, Başka Yerde Sınıflanmamış	N31
Girişimlerin Komplikasyonu, Başka Yerde Sınıflanmamış	T81
Kızıl	A38
Konuşma Bozuklukları Diğer ve Tanımlanmamış	R47.8
İnguinal Herni	K40
Organik Olmayan Enkopresis	F98.1
Galaktore	O92.6
Memenin Diğer Bozuklukları	N64
Nevüs, Neoplastik Olmayan	I78.1
Gonokok Enfeksiyonu	A57
Benign Prostat Hiperplazisi	N40
Baldırın Yüzeysel Yaralanması, Tanımlanmamış	S80.9
Baldırın Açık Yarası, Yer Tanımlanmamış	S81.9
Diş Renklenmeleri	K00.3
İyot Eksikliğine Bağlı Diffüz (Endemik) Guatr	E01.1
Alopesia (Kapitis) Totalis	L63.0
Diyafragma Hernisi	K44
Hiperprolaktinemi	E22.1
Hipofiz Bezi Benign Neoplazmı	D35.2
Sikatrisyel Alopesi (Skar Yapan Saç Kaybı)	L66
Antepartum Hemoraji, Tanımlanmamış	O46.9
Göğüste Yanma Hissi	R12

Tablo 47. Çalışmada geçen ICD-10 Tanı Kodları (devam)

Üriner Sisteme Ait Diğer Semptom ve Belirtiler	R39
Ürtiker	L50
Esansiyel Tremor	G25.0
Burun ve Nazal Sinüslerin Diğer Tanımlanmış Bozuklukları	J34.8
Nazal Septum Deviasyonu	J34.2
Ağız Kuruluğu, Tanımlanmamış	R68.2
Stomatit ve ilgili Lezyonlar	K12
Hemoptizi	R04.2
Esansiyel (Hemorajik) Trombositemi	D47.7
Katarakt, Tanımlanmamış	H26.9
Polikistik Over Sendromu	E28.2
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Diğer	J44
Viral Siğiller	B07
Anormal Kilo Alma	R63.5
Kızamık	B05
Distimi	F34.1
Memenin Enflamatuvar Bozuklukları	N61
Gözde Yabancı Cisim	T15
Göz Ağrısı	H57.1
Lipomatozis, Başka Yerde Sınıflanmamış	E88.2
Yumuşak Doku Bozuklukları, Kullanma, Aşırı Kullanma ve Basınç İle İlişkili	M70
Memenin Hipertrofisi	N62
Başın Yüzeysel Yaralanması, Tanımlanmamış Kısım	S00.1
Varisella (Su Çiçeği)	B01
Romatoid Artrit, Diğer	M06
Deri Duyu Bozuklukları	R20
Ağrı, Başka Yerde Sınıflanmamış	R52
Hemoroidler	I84
Hidrosel, Tanımlanmamış	N43.3
Anormal Kilo Kaybı	R63.4
Kronik Nonsüpüratif Otitis Media, Diğer	H65.4
Hemipleji	G81
Düşük Tehdidi	O20.0
Gebeliğe Bağlı Durum, Tanımlanmamış	O26.9
Toksik Olmayan Multinodüler Guatr	E04.2

Tablo 47. Çalışmada geçen ICD-10 Tanı Kodları (devam)

Diş Çürükleri	K02
Vitamin Eksiklikleri, Diğer	E56
Yarık Damak	Q35
Gövde Yanık ve Korozyonlar	T21
Kişisel Enfeksiyon ve Parazit Hastalıkları Öyküsü	Z86.1
Penisin Diğer Bozuklukları, Tanımlanmamış	N48.9
Sialoadenit	K11.2
Serebrovasküler Hastalıklar, Diğer	I67
Kızamıkçık (Rubella)	B06
Süpüratif ve Tanımlanmamış Otitis Media	H6
İnmemiş Testis, Unilateral	Q53.1
Bağırsak Parazitozu, Tanımlanmamış	B82.9
Pediculus Humanus Corporis'e Bağlı Pediküloz	B85.1
Rektosel	N81.6
Sistosel	N81.1
Kişisel Sağlıksız Uyku-Uyanma Düzeni Öyküsü	Z91.3
Dermatit Diğer, Tanımlanmış	L30.8
Down Sendromu	Q90



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ETİK KURULU**

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURULU

Toplantı Sayısı	Tarih
2	12.02.2008

KARAR No 14- Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adana Ticaret Odası'nın, Yalova Erez Sağlık Merkezi Aile Hekimliği Uygulama Polikliniği'nin bilimsel işbirliğiyle, Doç. Dr. Bera Sevil yönetiminde Arş. Gör. Dr. Özlem Öztekin tarafından tıpta uzmanlık tez çalışması olarak yürütülmesi öngörülen, "Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı polikliniğinin 2000 yılı çalışmalarını retrospektif olarak değerlendirilmesi." başlıklı proje, araştırma etiği yönünden değerlendirildi; toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

Prof. Dr. İter Uzel
Etik Kurulu Başkanı

Prof. Dr. Yurdanur Kulınc
Etik Kurulu Üyesi

Prof. Dr. Ayhan Usal
Etik Kurulu Üyesi

Toplantıya Katılmadı
Prof. Dr. Behnan Alper
Etik Kurulu Üyesi

Prof. Dr. Nelihan Seyrek
Etik Kurulu Üyesi

Toplantıya Katılmadı
Doç. Dr. Süreyya Soyupak
Etik Kurulu Üyesi

Toplantıya Katılmadı
Doç. Dr. Mehmet Kanadağı
Etik Kurulu Üyesi

Toplantıya Katılmadı
Yer. Doç. Dr. Gökçe Akınır
Etik Kurulu Üyesi

Ar. Gör. Dr. Şehinaz Ölmez
Etik Kurulu Üyesi

Toplantıya Katılmadı
Başhekim Nuriye Kabakçı
Etik Kurulu Üyesi

Öğrenci Temsilcisi Cem Başpınar
Etik Kurulu Üyesi

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Özlem Öztekin

Doğum yeri/Tarihi: Kayseri, 1973

Medeni Durumu: Bekar

Adres :Huzurevleri mah. 116 sok. Erciyes apt. No:4 Seyhan/Adana

Telefon: (0322) 2482934

Elektronik Posta Adresi: drooztekin@gmail.com

Mezun Olduğu Tıp Fakültesi: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi

Görev Yerleri:

2000-2002 Bingöl/Kiğı Sağlık Ocağı

2002-2004 Osmaniye 112 Acil Komuta Kontrol Merkezi

2004-2009 Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Araştırma Görevlisi

Dernek Üyelikleri: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği Mezunları Derneği

Yabancı Dil: İngilizce