



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**GÖĞÜS HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
HASTALARIN BAŞVURU SEBEPLERİNİN BİRİNCİ
BASAMAKTA YÖNETİLEBİLİRLİĞİNİN İNCELENMESİ**

FEYZA KARAGÖZ

UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2024-SAKARYA

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**GÖĞÜS HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
HASTALARIN BAŞVURU SEBEPLERİNİN BİRİNCİ
BASAMAKTA YÖNETİLEBİLİRLİĞİNİN İNCELENMESİ**

FEYZA KARAGÖZ

UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2024-SAKARYA

ONAY

Kurum : Sakarya Üniversitesi/Tıp Fakültesi
Program türü : Uzmanlık Tezi
Anabilim Dalı : Aile Hekimliği
Tez Sahibi : Feyza Karagöz
Sınav Tarihi : **Saat:**
Tez Başlığı :Göğüs Hastalıkları Polikliniğine Başvuran Hastaların Başvuru Sebeplerinin Birinci Basamakta Yönetilebilirliğinin İncelenmesi

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak oy birliği / oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

	Ünvan, Adı-Soyadı (Kurum adı)	İmza	Kabul/Ret*
Danışman (Üye)			
Üye			
Üye			

* Ret kararının gerekçesi onay sayfasının arkasında belirtilmelidir.

ONAY

“Bu tez... /... /2024 tarihinde yukarıdaki jüri tarafından oy birliği / oy çokluğu ile kabul edilmiştir.”

... /... /2024

Tıp Fakültesi Dekanı

BEYAN

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

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 22/09/2023 tarihinde onay alınarak hazırlanmıştır.

23/07/2024

Dr. Feyza Karagöz

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda aldığım uzmanlık eğitimim boyunca bilgi, fikir ve tecrübelerinden faydalandığım değerli hocamız Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Aydın'a

Tez hazırlama sürecimde bilgi ve tecrübesinin yanı sıra sabırlı ve özverili yaklaşımıyla bana destek olan Dr. Öğr. Üyesi Muhammet Raşit Aydın'a ve çalışmamın uygulanmasına olanak sağlayan ve bilgi birikimini benden esirgemeyen Prof. Dr. Yusuf Aydemir'e

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım hiçbir konuda desteğini esirgemeyen Uzm. Dr. Erkut Etçioğlu'na

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, her anımda bana destek olan çalışma arkadaşlarımdan öte ailem olan, Uzm. Dr. Kübra Eroğlu, Uzm. Dr. Müsemma Bolat, Dr. Duygu Kurban, Dr. Betül Sağıroğlu, Uzm. Dr. Ayşenur Derici ve Dr. Bilal Bolat'a

Hayatım boyunca iyi ve başarılı bir insan olmam için çabalayan, haklarını asla ödeyemeyeceğim, sevgi, saygı, güven ve desteklerini her zaman hissettiğim, sevgili annem ve babama; varlıklarından güç aldığım mutluluk kaynaklarım canım ablalarım ve abime

Koşulsuz sevgi ve fedakarlığı ile her daim yanımda olan en büyük desteğim ve en kıymetli varlığım canım sevgilim Gökhan Karaboğa'ya

Tüm kalbimle teşekkür ederim.

Dr. Feyza Karagöz

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR.....	ii
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ.....	vi
TABLO LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Sağlık Hizmetleri	3
2.1.1. Koruyucu sağlık hizmetleri	3
2.1.1.1. Primordiyal koruma	4
2.1.1.2. Birincil koruma	5
2.1.1.3. İkincil koruma	5
2.1.1.4. Üçüncül koruma	5
2.1.1.5. Dördüncül koruma	5
2.1.1.6. Beşincil koruma	6
2.1.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri	6
2.1.2.1. Birinci basamak sağlık hizmetleri	6
2.1.2.2. İkinci basamak sağlık hizmetleri.....	7
2.1.2.3. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri.....	7
2.1.3. Rehabilite edici sağlık hizmetleri.....	8
2.2. Aile Hekimliği.....	8
2.2.1. Aile hekimliği tanımı	8
2.2.2. Aile hekimliği disiplini	9
2.2.3. Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri	10
2.2.4. Aile hekimliği görev yetki ve sorumlulukları	12
2.3. Sağlık Hizmetlerinde Sevk Sisteminin Yeri ve Önemi	13
2.4. Birinci Basamakta Göğüs Hastalıklarının Yeri.....	17

3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Tipi	20
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	20
3.4. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi.....	20
3.5. Verilerin Analizi.....	21
3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları	21
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	21
4. BULGULAR	22
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	37
6. KAYNAKLAR	45
7. EKLER.....	49
7.1. EK-1: Etik Kurul Kararı.....	49
7.2. EK-2: Anket Formu	50
ÖZGEÇMİŞ	55

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

ASYE: Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu

ATC: Anatomik Terapötik Kimyasal Sınıflandırma Sistemi (Anatomic Therapeutic Chemical Classification)

BT: Bilgisayarlı Tomografi

DSÖ/WHO: Dünya Sağlık Örgütü/World Health Organization

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

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

ÜSYE: Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu

SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı

TSM: Toplum Sağlığı Merkezi

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WONCA: Dünya Aile Hekimleri Organizasyonu (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians)

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. WONCA Ağacı.....	11
-----------------------------	----

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri.....	222
Tablo 4.2. Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların bilinen solunum yolu hastalıkları	233
Tablo 4.3. Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran ve solunum yolu hastalıkları ile ilgili ilaç kullanan hastaların ilaç tipleri.....	233
Tablo 4.4. Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların bazı kronik hastalıklara sahip olma sıklıkları	244
Tablo 4.5. Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların kayıtlı oldukları aile sağlığı merkezi ve aile hekimlerine dair bazı özellikleri	244
Tablo 4.6. Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların başvuru sebeplerinin dağılımı	255
Tablo 4.7. Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların başvuru şikayetlerinin özellikleri.....	255
Tablo 4.8. Göğüs hastalıkları polikliniğine başvurmadan önce aile hekimine başvuran hastaların aile sağlığı merkezinde aldığı sağlık hizmetinin özellikleri	266
Tablo 4.9. Göğüs hastalıkları polikliniği öncesi aile hekimine başvuran hastaların aile hekiminden aldığı tanıların ve ön tanıların dağılımı	277
Tablo 4.10. Göğüs hastalıkları polikliniği öncesi aile hekimine başvurmamayan hastaların aile hekimine başvurmama sebepleri.....	277
Tablo 4.11. Göğüs hastalıkları polikliniğinde hastaların aldığı hizmetlerin özellikleri	288
Tablo 4.12. Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların göğüs hastalıkları uzmanından aldıkları tanıların dağılımı	29
Tablo 4.13. Göğüs hastalıkları polikliniğinde hastaları değerlendiren göğüs hastalıkları uzmanının hastaların birinci basamakta yönetimi hakkındaki görüşleri.....	300
Tablo 4.14. Aile hekimi unvanına göre göğüs hastalıkları uzmanına sevk edilme durumu	300
Tablo 4.15. Katılımcıların aile hekimine başvurmama nedenlerine göre birinci basamakta yönetilebilme durumları	311

Tablo 4.16. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile ilk başvurdıkları sağlık kurumu arasındaki ilişki	333
Tablo 4.17. Katılımcıların herhangi bir sağlık sorunları olduğunda ilk başvuracakları sağlık kurumu ile ASM hekiminin ünvanı arasındaki ilişki	344
Tablo 4.18. Katılımcıların aile hekimi ünvanı ile göğüs hastalıkları polikliniğine başvuru öncesi aile hekimine başvurma durumu arasındaki ilişki.....	344
Tablo 4.19. Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran hastalarda kronik hastalık sayısı ile aile hekimine başvuru sıklığı arasındaki ilişki	355
Tablo 4.20. Araştırmaya katılanların bazı özellikleri ile birinci basamakta yönetilebilme durumu arasındaki ilişki.....	366

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Bir eğitim ve araştırma hastanesinin Göğüs Hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların başvuru nedenlerini, aile hekimine başvuru geçmişlerini, başvuru sebeplerinin birinci basamakta yönetilebilirliğini ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin poliklinik yükü üzerindeki etkisini araştırmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmamız, Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran 18 yaş ve üzeri 500 hasta ile gerçekleştirilen tek merkezli, tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırmadır. Araştırma, 1 Ekim 2023 ile 28 Şubat 2024 tarihleri arasında yüz yüze görüşerek 34 soruluk anketle yapılmıştır. Verilerin analizinde SPSS 22.0 istatistiksel paket programı kullanılmış olup, istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR: Araştırmanın sonuçlarına göre, göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların %12,8'i birinci basamakta yönetilebilecek durumdayken, %30,6'sı birinci basamakta yönetilebilirdi ancak ilgili ilaçlar SGK kapsamında olmadığı için bu mümkün olmamıştır. Hastaların %36,0'lık bir kısmının laboratuvar, görüntüleme veya test imkanları yetersizliği nedeniyle birinci basamakta yönetilemez olduğu görülmüştür. Ayrıca, katılımcıların sahip oldukları kronik hastalık sayısı, aile hekimine başvuru sıklığı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir ($p<0,05$). Çalışmamızda katılımcıların aile hekiminin ünvanına göre şikayetleri için ilk başvurdıkları kurum, aile hekimine başvuru sıklığı ve göğüs hastalıkları polikliniğine başvuru öncesinde aile hekimine başvurma durumu gibi değişkenler arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklar belirlenmiştir ($p<0,05$).

SONUÇ: Aile hekimliği sisteminin güçlendirilmesi, zorunlu sevk uygulaması ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapasitesinin artırılması, hastaların ASM'lere başvurmasını teşvik ederek hastane yoğunluğunu azaltabilir ve sağlık hizmetlerinin verimliliğini artırabilir.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, ayaktan tedavi hizmeti, göğüs hastalıkları, temel sağlık hizmeti

ABSTRACT

Investigation of the manageability of patients who applied to the pulmonology outpatient clinic in primary care

INTRODUCTION AND AIM: To investigate the reasons for patients' visits to the Chest Diseases outpatient clinic of an educational and research hospital, their history of visiting family physicians, the manageability of their reasons for visiting at the primary care level, and the impact of primary healthcare services on the outpatient clinic workload.

MATERIALS AND METHODS: This single-center, descriptive cross-sectional study was conducted with 500 patients aged 18 and over who applied to the Sakarya Training and Research Hospital Chest Diseases Polyclinic. Data were collected through a 34-question survey administered face-to-face from October 1, 2023, to February 28, 2024. The SPSS 22.0 statistical package was used for data analysis, with statistical significance set at $p < 0.05$.

RESULTS: According to the study, 12.8% of patients at the chest diseases outpatient clinic could be managed in primary care, while 30.6% could be managed if the relevant systems were covered by SSI. Additionally, 36.0% of patients were not manageable in primary care due to limited laboratory, imaging, or testing options. There was also a significant difference between the number of chronic diseases and their frequency of visits to the family physician ($p < 0.05$). Furthermore, significant differences were observed between variables such as, the institution of first application based on the family doctor's title, frequency of applying to the family doctor, and the status of consulting the family doctor before visiting the chest diseases outpatient clinic ($p < 0.05$).

CONCLUSION: Strengthening the family medicine implementation, implementing mandatory referral, and increasing the capacity of primary healthcare services can encourage patients to visit Family Health Centers (ASMs), reduce hospital congestion, and improve the efficiency of healthcare services.

Keywords: Ambulatory care service, family medicine, primary health care, pulmonary medicine

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık sektöründe ilerleyen teknoloji ile beraber yoğun bilgi birikimi, sağlık alanını etkileyerek uzmanlık alanlarının çeşitlenmesine yol açmıştır. Uzmanlık dallarının çeşitlenmesi, bölünmelerin artmasına neden olmuş ve aşırı uzmanlaşma sonucunda hekimlerin hasta tedavisini sıklıkla hastalık tedavisi olarak ele almalarına yol açmıştır. Uzmanlaşmanın bir diğer sonucu ise, hekimlerin belirli bir hastalığı olan hastalara odaklanırken, genel sağlık sorunlarına sahip olan hastaların uygun sağlık hizmetlerine erişiminde zorluklar yaşamalarına neden olmuştur. İkinci Dünya Savaşı'nın ardından, hastaların kapsamlı ve bütüncül sağlık bakımına ihtiyaç duyduğu gerçeği, birincil bakım kavramını ortaya çıkarmış ve bu, genel pratisyenlik ve aile hekimliği gibi uygulamaların gelişimine yol açmıştır (Akdeniz ve ark., 2010).

Mevcut sağlık sistemi, kademeli sağlık hizmeti sunumu üzerine inşa edilmiştir. Bu sistemde, birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık sisteminin giriş noktası olup hastalar için ilk temas alanını oluşturur ve büyük önem arz eder. 1978 Alma Ata Deklarasyonu'nda belirtildiği üzere, birinci basamak sağlık hizmetleri, ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerin oluşturulması ve şekillendirilmesinde kritik bir rol oynar (Alma Ata Bildirgesi, 1978). Bu bağlamda, aile hekimliği birinci basamak sağlık hizmetlerinin merkezinde yer alır. Bu nedenle, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının etkili bir şekilde işleyebilmesi için iyi bir aile hekimliği uygulamasının varlığı kritiktir. Çünkü toplumda karşılaşılan sağlık sorunlarının yaklaşık %90'ı birinci basamak sağlık hizmetlerinde yönetilebilir (Ünalın, 2004).

Aile hekimliği uygulamalarının etkin bir şekilde kurulabilmesi için çeşitli unsurların tasarlanması ve hayata geçirilmesi gerekmektedir. Örneğin, sevk zinciri mekanizması, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini azaltma ve sürdürülebilir bir sağlık hizmeti sistemi oluşturma açısından önemli bir rol oynamaktadır (Çelik, 2011).

Bu çalışmanın amacı, zorunlu sevk sisteminin henüz tam olarak uygulanmadığı ülkemizdeki mevcut bir eğitim ve araştırma hastanesinin Göğüs Hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların başvuru nedenlerini, aile hekimine başvuru

geçmişlerini, başvuru sebeplerinin birinci basamakta yönetilebilirliğini ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin poliklinik yükü üzerindeki etkisini araştırmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler” olarak tanımlanmıştır. (T.C. Resmî Gazete, 12 Ocak 1961, sayı: 10705).

Sağlık hizmetleri, hastalıkların tedavisi ve toplumun genel sağlık durumunun iyileştirilmesi amacıyla sağlık kurumları tarafından sunulan hizmetlerdir. Bu hizmetler üç ana kategoriye ayrılmaktadır. Bunlar; koruyucu hizmetler, tedavi edici hizmetler ve rehabilite edici hizmetlerdir. Ülkemizde sağlık hizmetleri aşamalı bir sistem üzerinden sunulmakta olup, sağlık hizmetlerinin uygun seviyede verilmesi, etkili ve verimli bir sağlık hizmeti sunumunun temel koşullarından biridir. (Altay, 2007).

2.1.1. Koruyucu sağlık hizmetleri

Toplum sağlığının muhafaza edilmesi, hastalıkların önlenmesi veya erken teşhis edilmesi amacıyla sağlanan sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri olarak adlandırılır (Başol, 2015).

Koruyucu sağlık hizmetleri, bireylerin ve çevrenin sağlığını koruma amacıyla iki temel kategoride sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırma, sağlık hizmetlerinin kişisel sağlık ve çevresel sağlık olarak iki farklı boyutunu vurgulamaktadır. Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri genellikle sağlık profesyonelleri tarafından sunulan birinci basamak sağlık hizmetleri olarak kabul edilir. Bu hizmetler, Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen toplum sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezleri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, verem savaş dispanserleri gibi kurumlar aracılığıyla sunulmaktadır. Sağlık eğitimi, kişisel hijyenin teşviki, zararlı alışkanlıkların önlenmesi, ilaçla koruma, bağışıklama, ruh sağlığı hizmetleri, erken tanı ve tedavi, aile planlaması, anne-çocuk sağlığı ve beslenme düzenlemeleri gibi çeşitli unsurları içermektedir. Söz konusu hizmetlerin başarılı bir şekilde sunulabilmesi için sağlık personelinin, bulundukları bölgenin özelliklerini ve orada yaşayan topluluğun kültürel,

ekonomik ve sosyal yapısını iyi anlamaları gerekmektedir (Başol, 2015; Özdemir, 2021).

Çevresel sağlık koruma hizmetleri ise, insanların yaşadığı çevredeki olumsuz etkileri azaltmayı veya ortadan kaldırmayı hedefler. Verilmesi planlanan hizmetler, yalnızca sağlık sektörü değil, aynı zamanda diğer sektörlerle de iş birliği içinde gerçekleştirilir. Bu kapsamda belediyeler, Çevre ve Şehircilik Bakanlığı ile beraber Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı gibi kuruluşlar da önemli rol oynar. Çevreye yönelik koruyucu hizmetler, hava kirliliği, radyasyon ve gürültü kontrolü, sağlık eğitimi, zararlı haşerelerle mücadele, temiz ve yeterli su temini, katı ve sıvı atıkların güvenli bir şekilde bertaraf edilmesi, konut sağlığı gibi unsurları içerir. Bu iki temel kategori, toplumun genel sağlığını koruma ve geliştirme amacıyla birbirini tamamlayan hizmetler sunar. Kişiye yönelik koruyucu hizmetler bireylerin sağlığını korurken, çevreye yönelik koruyucu hizmetler çevrenin yaşanabilirliğini artırarak toplumun genel sağlığına olumlu katkıda bulunur. Bu nedenle, sağlık profesyonelleri ve farklı sektörler arasında iş birliği önemli olup sağlık, bireylerin ve toplumun refahını etkileyen çok yönlü bir konudur. Koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık ve hastalıkların önlenmesi amacıyla birçok farklı seviyede uygulanan bir yaklaşımı içermektedir. Bu seviyeler primordiyal, birincil, ikincil, üçüncül, dördüncül ve beşincil koruma olarak adlandırılır (Özdemir, 2021).

2.1.1.1. Primordiyal koruma

Bu seviyedeki koruyucu hizmetler, sağlığın korunması ile hastalıkların önlenmesi açısından etkin bir rol oynar. Bu koruma seviyesi, risk etkenlerinin henüz meydana gelmediği bir dönemde, bunların ortaya çıkmasını önlemek için çeşitli stratejileri içerir. Bu yaklaşımın temel amacı, bireylerin sağlıklı yaşam tarzlarını benimsemelerini teşvik ederek, hastalıkların başlangıcını ve risk etkenlerinin oluşmasını önlemektir. Bu sayede, toplumun genel sağlık durumu iyileştirilir ve sağlık harcamaları azaltılabilir. Primordiyal koruma, sağlık politikalarının ve toplum sağlığı programlarının önemli bir bileşeni olarak kabul edilir (Selçuk, 2020).

Örneğin, obezite ile mücadele ya da gençlerde sigara ve alkol kullanımını önleme çabaları, primordiyal koruma kapsamında yer almaktadır. Bu bağlamda, okullarda verilen eğitimler, gençlerin sağlıklı yaşam tarzlarını benimsemelerine yardımcı

olabilir. Aynı zamanda, toplum düzeyinde sağlıklı beslenme ile fiziksel aktiviteye özendirmek gibi önleyici önlemler de primordiyal koruma çerçevesinde değerlendirilebilir (Hancock, 2016).

2.1.1.2. Birincil koruma

Risk etkenleri hâlihazırda mevcut iken sağlık sorunlarının bireyde veya toplumda ortaya çıkmasını engellemek veya nedenlerini ortadan kaldırmak amacıyla sunulan hizmetlerdir. Ayrıca, sağlığın geliştirilmesini ve özel korumayı içerir. Örnek olarak, bağışıklama, yaşam tarzı değişiklikleri ve riskli davranışlardan kaçınma gibi stratejiler birincil koruma seviyesine dahil edilebilir (Jamouille, 2014; Selçuk, 2020).

2.1.1.3. İkincil koruma

Sağlık sorunlarını bireylerde ya da toplumda erken aşamada ortaya çıkarmak amacıyla sunulan hizmetlerdir. Bu sayede sağlık sorunlarının yayılma riski ve uzun vadeli etkileri azaltılır ve uygulanacak tedavi süreci kolaylaşır. Ükemizde meme, serviks (rahim ağzı) ve kolorektal kanser taramaları, kanser erken teşhisinde büyük önem taşıyan ikincil koruyucu sağlık hizmetleri örnekleridir. (https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/Dokumanlar/Raporlar/17.Agustos_2021_Kanser_Kontrol_Programi_versiyon-1.pdf, Erişim tarihi: 1 Aralık 2023).

2.1.1.4. Üçüncül koruma

Önceden uygulanmış koruma önlemlerinden yararlanma fırsatı bulamamış veya teşhisleri geç konmuş hastalar için önerilen bir yaklaşımdır. Bu aşamada temel amaç, en etkili tedavi ve rehabilitasyon koşullarını sağlamaktır. Üçüncül koruma, ileri aşamada hastalıkla ilgili geç komplikasyonların oluşmasını engellemeyi hedefler. Örneğin, bir kişide diyabet nedeniyle nöropati, nefropati veya retinopati gelişimini önlemek için bu aşama önemlidir (Selçuk, 2020).

2.1.1.5. Dördüncül koruma

Dördüncül koruma, 1986 yılında önerilen bir kavramdır ve Dünya Aile Hekimleri Organizasyonu (WONCA) tarafından benimsenmiş ve yayınlanmıştır. Bu yaklaşım, tıbbi müdahalelerin potansiyel zararlarını ele alır ve sağlık hizmetlerinin gereksiz tıbbileşmesini engellemeyi amaçlar. Dördüncül koruma, aşırı tıbbileşme riski taşıyan

hastalar ile toplumu tanımlamayı içerir. Bu yaklaşım, bu hastaları gereksiz tıbbi müdahalelerden korumayı, bilimsel ve etik olarak kabul edilebilir sağlık prosedürlerini uygulamayı hedefler (Akdeniz ve Kavukçu, 2017).

Gün geçtikçe, dördüncül koruma kavramı farklı uzmanlık alanları tarafından da benimsenmeye başlanmıştır. Örneğin üst solunum yolu enfeksiyonları için etkene uyumlu antibiyotik kullanımının teşvik edilmesi veya gereksiz kullanımının önlenmesi dördüncül koruma kavramının bir parçasıdır (Gérvás, 2012).

2.1.1.6. Beşincil koruma

Bireylerin sağlığına zarar verebilecek sağlıkla ilgili yanlış bilgilerin veya kulaktan duyma söylentilerin olumsuz etkilerini ortadan kaldırmayı amaçlayan bir yaklaşımı ifade eder. Beşincil koruma, diğer tüm koruma seviyelerini içeren ve onlarla birlikte çalışan bir yaklaşımdır. Diğer koruma yöntemlerinin etkili olabilmesi için yanlış bilgilendirmeye karşı dikkatli olunması gerekir (Kalra ve Kumar, 2019).

2.1.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, bireylerin hastalandığı zaman sunulan tıbbi muayene, teşhis ve tedaviyi içeren tıbbi hizmetleri kapsar. Bu tür sağlık hizmetlerinin temel amacı, koruyucu sağlık hizmetlerine rağmen hastalık gelişen durumlarda erken teşhis yaparak hızlı ve etkili bir tedavi protokolü uygulamak ve hastaları kısa sürede sağlıklarına kavuşturmadır (Tengilimoğlu ve Çalık, 2000).

Tedavi edici sağlık hizmetleri, genellikle birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak olarak sınıflandırılır. Bu hizmetler, Sağlık Bakanlığı, diğer bakanlıklar, üniversiteler ve özel kuruluşlar tarafından sunulmaktadır (Orhaner, 2006).

2.1.2.1. Birinci basamak sağlık hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri, bireylerin çeşitli nedenlerle başvurduğu sağlık hizmetlerini sunan bir sistemdir. Bu seviye, toplumun büyük bir kesimini tedavi etmekte, sağlık sorunlarını çözmekte, koruyucu sağlık hizmetleri sunmakta ve gerektiğinde hastaları ikinci ya da üçüncü basamak sağlık hizmetlerine sevk etmektedir (Starfield, 2009).

Birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları, ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde hastaların ayaktan yahut yataklı teşhis ve tedavilerini gerçekleştiren sağlık kuruluşlarıdır. Örnek olarak, Aile Sağlığı Merkezleri (ASM), Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM), ilçe sağlık müdürlüklerine bağlı birinci basamak sağlık kuruluşları, kamu kurumlarındaki kurum tabiplikleri, evde bakım merkezleri veya birimleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık birimleri ve entegre ilçe devlet hastaneleri sayılabilmektedir (T.C. Resmî Gazete, 10 Şubat 2022, sayı: 31746).

Günümüzde aile hekimliği, birinci basamak sağlık hizmetlerini sunan bir tıp disiplini ve Türkiye'de sağlık sisteminin birinci basamağının temelini oluşturur (Yılmaz ve ark., 2012).

2.1.2.2. İkinci basamak sağlık hizmetleri

İkinci basamak sağlık hizmetleri, daha geniş tıbbi bilgiye ve ileri teknolojiye ihtiyaç duymayan hastalıkların teşhis, tedavi ve yatışını sağlamak amacıyla düzenlenen hizmetleri ifade eder (Tengilimoğlu ve ark., 2012).

İkinci basamak sağlık hizmeti sunucuları, ilgili mevzuata uygun olarak ayaktan ya da yataklı teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri sunan sağlık kurumlarıdır. Bu çerçevede, eğitim ve araştırma hastaneleri dışındaki devlet hastaneleri, dal hastaneleri, semt poliklinikleri, Sağlık Bakanlığı'na bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, bakanlık tarafından ruhsatlandırılmış kamu hastaneleri, tıp merkezleri, dal merkezleri, özel hastaneler, özel tıp merkezleri, diyaliz merkezleri, üremeye yardımcı tedavi merkezleri, hiperbarik oksijen tedavi merkezleri ile tıbbi laboratuvarlar gibi, tanı ve tedavi merkezleri olarak ayrı ayrı ruhsatlandırılmış kurumlar örnek olarak verilebilir (T.C. Resmi Gazete, 10 Şubat 2022, sayı: 31746).

2.1.2.3. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, ileri tetkikler ve özel tedaviler gerektiren hastalıkların teşhisi ve tedavisi için ileri düzey teknoloji ile eğitim ve araştırma hizmetlerinin sunulduğu, özel altyapıya sahip üst düzey hastaneleri içerir. Üçüncü basamak sağlık hizmet sunucuları, Bakanlığa bağlı bulunan eğitim ve araştırma hastaneleri ile beraber devlet ve vakıf üniversitelerine bağlı hastaneleri içerir ve doğrudan üçüncü basamak olarak sınıflandırılırlar. Ayrıca, kamu ve özel sektöre ait

hastaneler, belirli yasal koşulları ve standartları sağladığında üçüncü basamak sağlık hizmet sağlayıcısı olarak kabul edilirler (T.C. Resmî Gazete, 10 Şubat 2022, sayı: 31746).

2.1.3. Rehabilit edici sağlık hizmetleri

Rehabilit edici sağlık hizmetleri, hastalık yahut kaza sonrası kişilerin kaybettikleri bedensel veya ruhsal yeteneklerini yeniden kazanmayı hedefleyen bir hizmet türünü ifade eder. Aynı zamanda günlük yaşamlarını bağımsız bir şekilde sürdüremeyen veya iş gücü kaybına uğrayan hastalara yönelik hizmetleri de içerir. Bu hizmetler tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olarak iki ayrı kapsamda değerlendirilebilir;

- Tıbbi Rehabilitasyon: Hastalık ya da kaza sonucu oluşan sakatlık, organ kaybı veya kaybedilen iş kapasitesinin geri kazandırılması amacıyla sunulan hizmetlerdir. Bu kapsamda protez uygulamaları, fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları, destek cihazları kullanımı ile komplikasyonların iyileştirilmesi gibi hizmetler bulunur.
- Sosyal Rehabilitasyon: Bu tür rehabilitasyon hizmetleri, sosyal çalışmacılar ve psikologlar tarafından verilir. Yaşlıların huzurevlerine yerleştirilmesi, sakat veya yaşlı bireylere bakım hizmeti sunan bakım evleri, uygun işe yerleşme ve işe uyum gösterme gibi konuları içerir (Tengilimoğlu, 2014).

2.2. Aile Hekimliği

2.2.1. Aile hekimliği tanımı

Aile hekimliği, diğer tıbbi branşlardan nispeten daha yeni bir gelişme gösteren bir disiplin olarak kabul edilmektedir. Aile hekimliğinin tanımı, 1900'lerin başlarından itibaren farklı kişiler ve kurumlar tarafından geliştirilmiştir (Güldal ve ark., 2012).

Aile hekimliği, ilk olarak 1974 yılında Avrupa'da yapılan Genel Pratisyenlik Konferansı'nda tanımlanmıştır. Bu tanım, aile hekimlerini genel pratisyenlerle eşit tutarak, tıp fakültesi mezunu hekimlerin yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın bireylere ya da topluma sürekli birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimler olarak belirtilir. Aile hekimlerinin hastalarına hastane ortamından ziyade hasta görüşme odalarında veya hastaların evlerinde hizmet verme görevi vurgulanmıştır. Temel amaçları, mümkün olan en erken teşhisi koymaktır. Ayrıca, hastalarının fiziksel,

sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarına dikkat eder ve değerlendirdirir (Avrupa Genel Pratisyenlik Konferansı, 1974).

WONCA Avrupa tarafından 2011 yılında güncellenen tanımına göre, Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik; zgn bir eğitim içeriği ve kanıta dayalı klinik uygulamaları olan, bilimsel ve akademik bir disiplindir. Bu uzmanlık alanı temelde birinci basamak sağlık hizmetlerine odaklanır ve bu alanda eğitim almış uzmanlar tarafından sunulan bir sağlık hizmeti türünü ifade etmektedir (https://www.tahud.org.tr/file/96f3dfc7-3961-4272-b5b7-e6cbbd7580ef/AH_AVRU_PA_TANIMI-2.pdf, Erişim tarihi: 1 Aralık 2023).

Aile hekimlerinin bireylere sağlık hizmeti sunmanın ötesinde, hasta-hekim ilişkilerini geliştirmek, hastaların savunucusu olmak, kaynak yönetimini yapmak, hastaların ihtiyaç duyduğu kaynaklara ulaşımını artırmak ve diğer sağlık hizmeti sağlayıcıları ile koordineli bir şekilde çalışmak gibi önemli görevleri bulunmaktadır (Göktaş, 2022).

2.2.2. Aile hekimliği disiplini

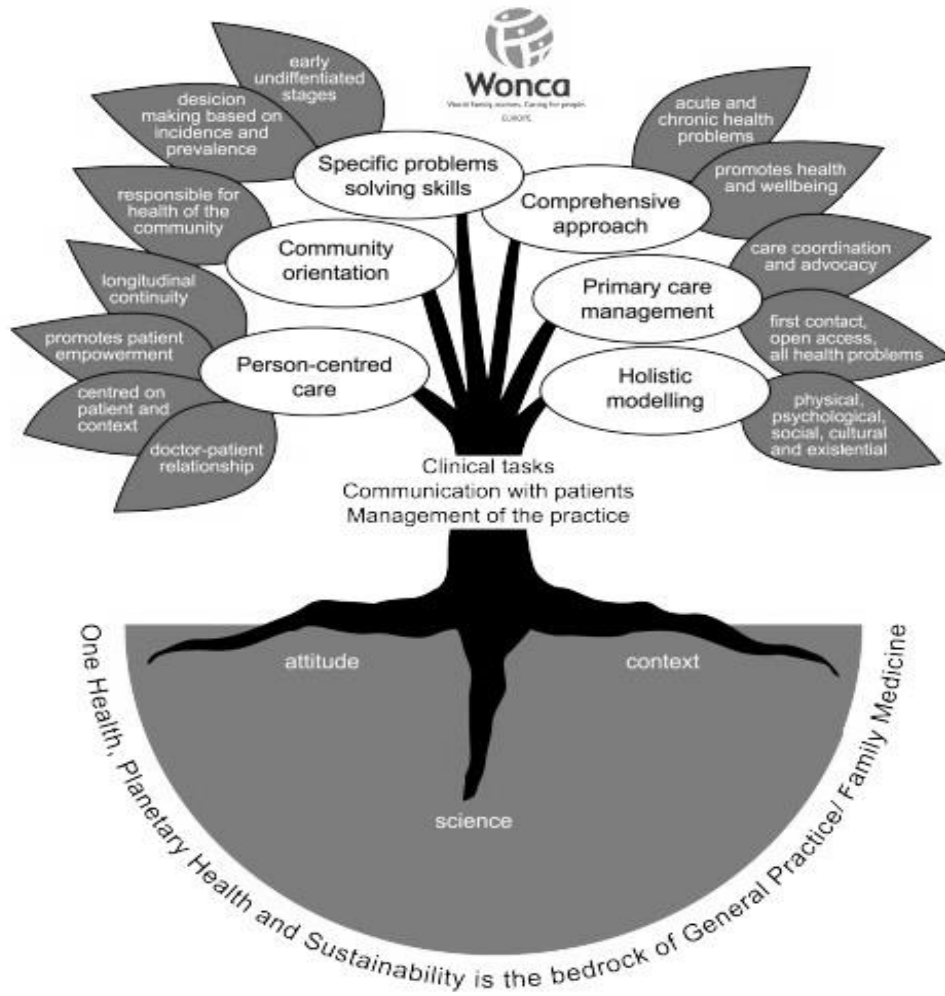
Aile hekimliği, özgün eğitim programlarına sahip, bilimsel temelli sağlık hizmetleri sunumu, genel pratisyenlik hizmetleri, araştırma ve geliştirme çalışmaları ile klinik araştırmaları içeren bir uzmanlık dalıdır. Bu tanımlamalar doğrultusunda aile hekimliği, bilimsel ve akademik çalışmaların sistematik olarak yürütüldüğü bir tıp uzmanlık dalı olarak kabul edilir. (Evans, 2011).

WONCA Avrupa, WONCA'nın bölgesel bir şubesi olarak, aile hekimliği disiplinini destekleyip geliştirmek için önemli bir rol üstlenmektedir. Bu hedef doğrultusunda, aile hekimliği/genel pratisyenlik disiplinini, mesleki görevleri ve aile hekimlerinin gereksinim duyduğu temel yeterlilikleri içeren bir uzlaşı bildirgesi 2002 yılında yayınlanmıştır. Söz konusu bildirge, 2011 ve 2023 yıllarında yapılan güncellemelerle revize edilmiştir. 2023 yılındaki güncelleme, aile hekimliği disiplininin temel özelliklerine evre sağlığının da eklenmesiyle dikkat çekmektedir. Bu temel özellikler, 12 madde ile detaylandırılmıştır, bu sayede insan sağlığına etki eden çevresel faktörlerin aile hekimliği pratiğindeki önemine vurgu yapılmıştır. Bu maddelere göre aile hekimliği;

- a) İlk başvuru noktası olarak sağlık sistemine öncülük eder, kişiye yaş, cinsiyet ve diğer özelliklere bakmaksızın kapsamlı sağlık hizmeti sunar.
- b) Sağlık kaynaklarının etkin kullanımını sağlayarak tıbbi bakımı koordine eder, diğer sağlık profesyonelleri ve uzmanlık alanlarıyla iş birliği ve gerektiğinde hasta için savunuculuk yapar.
- c) Kişiyi, ailesine ve topluma odaklanarak kişi merkezli bir yaklaşım geliştirmektedir.
- d) Hasta haklarını güçlendirme konusunda teşvik edici bir rol üstlenir.
- e) Hasta ile etkili iletişim kurarak, zaman içinde gelişen bir ilişki oluşturur, sağlık hizmeti sunumunda sürekliliği sağlar.
- f) Sağlık hizmeti sunumunda hastanın ihtiyaçlarına göre sürekliliği sağlar.
- g) Toplumdaki hastalık yaygınlığı ve insidansına dayalı özel bir karar verme süreci içerir.
- h) Bireyin akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir.
- i) Hastalığın erken aşamalarında ortaya çıkabilen ve acil müdahale gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.
- j) Hastaların ve yaşadıkları ekosistemlerin sağlığını ve refahını uygun ve etkili müdahalelerle teşvik eder.
- k) Çevre sağlığı ve toplum sağlığı perspektifinde özel bir sorumluluk üstlenir.
- l) Sağlık sorunlarına fiziksel, ruhsal, sosyokültürel, çevresel ve varoluşsal yönlerden bütünlük içinde yaklaşır (WONCA Europe, 2023).

2.2.3. Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri

Altı başlık altında toplanan çekirdek yeterlilikler, on iki temel disiplini, tutumları ve bağlamı içeren üç ek özellikle birlikte, WONCA ağacı olarak adlandırılmıştır. Bu ağacın temelinde, tek sağlık (one health) ilkesi, gezegen sağlığı ve sürdürülebilirlik kavramları gibi bütüncül sağlık anlayışları yer almakta olup Şekil 2.1’de belirtilmiştir. Bu yapı, insanların, hayvanların ve çevrenin sağlığını kapsayarak aile hekimliği disiplininin temelini oluşturmaktadır (WONCA Europe, 2023).



Şekil 2.1. WONCA Ağacı

(2004/2011/2023 İsviçre Aile Hekimliği Koleji U. Grueninger www.kollegium.ch)

Bu çekirdek yeterlilikler;

1-Birinci Basamak Yönetimi:

Aile hekimliği, herhangi bir bireysel özellik, yaş veya cinsiyet farkı gözetmeksizin tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenmekte ve sınırsız bir erişim imkânı sunmaktadır. Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar, kişilerin sağlık bakımını koordine eder ve diğer uzmanların hizmetlerine yönlendirmektedir.

2-Kişi Merkezli Bakım:

Bireye, aileye ve toplumun mevcut yapısını göz önünde bulundurarak bireye yönelik bir yaklaşımla hizmet sunmaktadır. Özel bir iletişim süreciyle doktor ve hasta arasında birebir görüşmeleri içermekte olup, bu süreç zaman içinde doktor-hasta ilişkisinin gelişimine katkı sağlamaktadır. Hastanın ihtiyaçlarına uygun olarak sağlık

hizmetlerinin sürekliliğini sağlar ve hastanın tedavi sürecine aktif katılımını desteklemektedir.

3-Özgün Problem Çözme Becerileri:

Hastalıkların dağılımı ve niteliklerine dayalı karar verme sürecini içermektedir.

Henüz net olarak tanımlanmamış ve acil müdahale gerektirebilecek rahatsızlıkların yönetimini üstlenmektedir.

4-Kapsamlı Yaklaşım:

Sağlık sorunlarının akut veya kronik olarak eş zamanlı yönetimini gerçekleştirmektedir.

Sağlık ve refah durumunu artırmak için uygun ve etkili müdahaleler yapmaktadır.

5-Toplum Yönelimli Olma:

Halk sağlığı ilgili özel bir sorumluluk taşımaktadır.

6-Bütüncül Yaklaşım-Modelleme:

Sağlık problemlerini fiziksel, zihinsel, sosyal-kültürel ve ruhsal yönleriyle değerlendiren kapsamlı bir bakış açısıyla ele almaktadır (Allen ve ark., 2005).

2.2.4. Aile hekimliği görev yetki ve sorumlulukları

Aile hekimi, aile sağlığı merkezini idare etmek, iş birliği yaptığı ekibi gözetmek ve hizmet içi eğitimlerini temin etmekle yükümlüdür. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini uygulamakla görevlidir. Kendisine kayıtlı kişileri bütünsel olarak ele alarak koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon sağlık hizmetlerini bir ekip yaklaşımıyla sunar. Aile hekiminin ilgili yasal düzenlemeler doğrultusunda belirlenen yöntem ve esaslara göre görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda açıklanmıştır:"

- Bölgesel sağlık hizmetlerinin planlanmasında toplum sağlığı merkezleri ile koordinasyon sağlamak.
- Toplumsal ve çevresel sağlığı etkileyen durumları ilgili mercilere bildirmek.
- Kendilerine kayıtlı bireyleri belirli aralıklarla değerlendirmek için ev ziyaretlerinde bulunmak veya iletişime geçmek.
- Bireylere yönelik koruyucu sağlık hizmetleri sunmakla beraber birinci basamakta tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini sağlamak.
- Sağlıkla ilgili rehberlik yapmak ve sağlık hizmetlerini vermek.

- Belirlenmiş yaş, cinsiyet ve hasta gruplarına yönelik izlem ve taramaları gerçekleştirmek.
- Bağışıklama hizmetlerini yürütmek.
- Evde veya yerinde sağlık hizmetleri sunmak, özellikle engelli, yaşlı ve yatalak bireylere yönelik hizmetler sağlamak.
- Sağlık hizmetlerine erişimi zor olan bölgelere mobil sağlık hizmetleri sunmak.
- Teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları yönlendirmek ve yönlendirilen hastaların takibini sağlamak.
- Tetkik hizmetlerini vermek veya sağlamak.
- Sağlık kayıtlarını düzenlemekle berebar gereken bildirimleri yapmak.
- Yılda en az bir defa kayıtlı bireyleri değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek.
- Gerekğinde hastaları gözlem altına almak ve tedavi etmek.
- İlgili mevzuata uygun olarak sağlık raporları, sevk evrakları, reçeteler ve diğer belgeleri hazırlamak.
- Mesleki gelişim eğitimlerine katılmak.

Kurumca ve ilgili mevzuat tarafından verilen diğer görevleri yerine getirmek (T.C. Resmî Gazete, 25 Ocak 2013, sayı: 28539).

2.3. Sağlık Hizmetlerinde Sevk Sisteminin Yeri ve Önemi

Günümüzde, ülkelerin sağlık sistemlerinin etkinliği ve verimliliği önemli bir odak noktasıdır. Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların optimal bir şekilde kullanılması, kaynakların tahsis edilme yöntemi ve önceliklerin saptanması gibi kararlar, sağlık sisteminin genel başarısını belirleyebilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ve verimli bir şekilde işlemesi, sağlık sistemlerinde oldukça önemli bir yere sahiptir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, bütün sağlık sisteminin koordinasyonunu sağlayarak kaynaklardan daha verimli bir şekilde yararlanılmasına yardımcı olabilir. Fakat, bu işlevin etkin bir biçimde yerine getirilebilmesi için, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yanında, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin de verimli bir biçimde kullanılması ve etkili bir sevk sisteminin oluşturulması gereklidir (Bulut ve Uğurluoğlu, 2020).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1978'den bu yana ele aldığı sevk sistemini, hastaların uygun bir uzman veya kuruma yönlendirilme süreci olarak tanımlamaktadır. DSÖ'ye göre, hasta sevki; bir sağlık hizmeti sunucusunun, kaynak eksikliği (örneğin ilaç, malzeme, beceri eksikliği) nedeniyle hastanın klinik durumunu yönetememesi veya hastaya yardımcı olamaması durumunda, eşit düzeyde veya daha yüksek seviyede, üstün ya da farklı kaynaklara sahip sağlık hizmeti sunucularından yararlanılmasıdır (WHO 2015).

Başka bir tanımla sevk, birinci basamak sağlık hizmeti sunucusunun hastanın bakımı, tanı ve tedavi süreçlerinde bir veya daha fazla uzman sağlık hizmeti sunucusu ile iş birliği yapma sürecidir. Sevk aynı zamanda hastanın bakımıyla ilgili sorumlulukların bir kısmının başka bir sağlık hizmeti sunucusuna aktarılması anlamına gelebilir ve dönemsel, eş zamanlı veya tamamen aktarım şeklinde olabilir. Dönemsel sevk, hastanın ameliyat gerektirdiği durumlarda hastaneye yatırılmasını ifade ederken; eş zamanlı sevk, hastanın bakım sorumluluğunun sürdürülerek özel sorunlar için yardım talep edildiği durumu belirtir. Tamamen aktarım sevki ise, hastanın mesuliyetinin farklı bir hekime devredildiği durumu kapsar (Çağlayaner, 2006).

Sevk sistemi terminolojisi çeşitli sevk uygulamalarına işaret etmektedir ve bu uygulamalar farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Sevk sistemi, hastaların bir bakım seviyesinden diğerine aktarılmasını formal veya informal bir şekilde ifade eder. Ancak bu terimlerin kesin bir tanımını yapmak kolay değildir çünkü sevk sistemi bileşenlerine yönelik bakış açıları farklılık gösterebilir. Bazı kullanılan sevk tanımları şunlardır:

- Acil Sevk: Bu, hastanın acil bir tıbbi durumu olduğunda başka bir sağlık kurumuna hızla nakledilmesini ifade eder.
- Soğuk Sevk: Bu durumda hastanın acil tıbbi bir sorunu olmayabilir, ancak tedavisine devam etmek veya yeni bir tedaviyi uygulamak için görüş ya da laboratuvar testine ihtiyaç duyduğu zaman hastanın yönlendirilmesini ifade eder.
- Uygun Sevk: Hastanın sevkinin, belirli durumlarda gerekliliği ve yararlılığına inanıldığında yapılmasını ifade eder.

- Uygun Olmayan Sevk: Bu, hastanın sevkının gerekçelendirilmediği ve rutin prosedürlere uyulduğunda daha düşük bir sağlık hizmeti seviyesinde hizmet alabilecekken yapılan sevkleri ifade eder.
- Yasal Sevk: Bu, sevk işleminde tüm sistem gereksinimlerine uygun olarak gerçekleştirilen sevkleri temsil eder.
- Oto-Sevk/Kendiliğinden Sevk: Bu, hasta tarafından gerçekleştirilen ve sevk hiyerarşisine uymaksızın doğrudan üst düzeye başvuru anlamına gelir. Hasta, bu tür bir sevk acil bir durumu olduğunu iddia ederek veya alt düzeyde zaman kaybetmek istemediği için yapabilir (Bossyns, 2006).

Türkiye'de hasta sevk tarihi bir perspektifle ele alındığında, önemli bir dönemi etkileyemekte birlikte sağlık politikalarının belirlenmesinde etkili olan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu'nun sevk sisteminin uygulanmasını teşvik ettiği görülmektedir. Bu kanunda, "Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyenler, acil durumlar dışında, önce sağlık evine veya sağlık ocağına başvururlar." ifadesi bulunmaktadır ve bu düzenlemeye uyulmadan hastanelere başvuran kişilerin, sağlık ocağı veya merkezi tarafından sevk edilmedikçe muayene ve tedavileri karşılanmadan ücrete tabi olduğu ifade edilmektedir (T.C. Resmî Gazete: 12 Ocak 1961, sayı: 10705).

Belirten kapsamda 1990'ların başından itibaren Türkiye, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında yeniden yapılanmaya yönelik reformlar ve yeni düzenlemeler konusunda çeşitli adımlar atmıştır. Bu reformlar, kalkınma planlarına entegre edilmiş ve sağlık hizmetlerinin basamakları arasında etkili bir hasta yönlendirme sistemi oluşturulması amaçlanmıştır. Ayrıca sağlık harcamalarının daha etkin bir biçimde kullanılabilmesi için sevk uygulamasının kademeli olarak zorunlu hale getirilmesi gerektiği planlanmıştır. Hem 224 sayılı Kanun hem de kalkınma planları bu amaca vurgu yapmış ve Sağlık Bakanlığı tarafından 2000'lerin başında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) çerçevesinde çıkarılan mevzuatta sevk sistemi uygulamasının gerekliliği açıkça ifade edilmiştir. SDP kapsamında yürürlüğe giren 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, sevk sistemi uygulamasına ve sevk kurallarına uymayan hastalar için yaptırımlar içermektedir (Bulut ve Uğurluoğlu, 2020; T.C. 10. Kalkınma Planı, 2013).

Devam eden süreçte temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve diğer hizmet basamaklarıyla entegrasyonunu sağlamak amacıyla aile hekimliği uygulaması başlatılmıştır. Bu uygulama, Düzce ilinde başlamış ve kademeli olarak 2010 yılının sonunda ülkenin tüm illerinde uygulanmaya başlanmıştır. Aile hekimliği uygulaması ile Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bir bileşeni olan "etkili ve kademeli sevk sistemi" kapsamında hastanelerle koordineli bir şekilde sağlık sistemi için uygun bir sevk sistemi geliştirilmesi hedeflenmiştir. Bu çerçevede, hastanelerle entegre bir sağlık sistemi ile uyumlu bir sevk sistemi geliştirilmesi amaçlanmış ve aile hekimleri tarafından daha fazla muayene yapılması, hastaların üst basamaklara yönlendirilmesinin azaltılması planlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003).

Zorunlu sevk sistemi uygulaması, ilk olarak 2008 yılında Denizli, Bayburt, Isparta ve Gümüşhane illerinde başlatıldı. Bu sistem, hastaların birinci basamak sağlık kuruluşlarından ikinci ve üçüncü basamak kuruluşlarına zorunlu olarak sevk edilmelerini gerektiriyordu. Ayrıca, bu sevklerin yüzde 15'i aşması durumunda aile hekimlerinin ücretlerinden kesinti yapılması öngörülüyordu (Aytekin, 2012; Çiçeklioğlu ve diğerleri, 2013). Ancak, bu uygulama sistemde çeşitli sorunlara yol açtı ve aile hekimlerinin iş yükünü önemli ölçüde artırdı. Sonuç olarak, Anayasa Mahkemesi tarafından 2008 yılında iptal edilmiştir (T.C. Resmî Gazete, 21 Şubat 2008, 2008/63).

Mevcut koşullarda ülkemizde optimal bir sevk sistemi olmamasına rağmen sevk sürecinde hastalar ve ailelerinin etkin katılımı, olumlu sonuçların elde edilmesine, hizmet sunucuları ve hastalar arasında memnuniyetin artmasını ve sağlık harcamalarının azalmasını teşvik edebilir. Bununla birlikte, hastaların kendi kararlarıyla doğrudan uzman hekime gitmeleri, uzman hekimlerin iş yükünü artırabilir ve ilgili branşa ihtiyaç duyan hastaların uzman hekim hizmetlerinden yararlanmasını engelleyebilir. Bu hem kişisel hem de sağlık sistemi açısından bazı sorunları beraberinde getirebilir. Bu sorunlar şunları içerebilir:

- Sağlık sisteminde gereksiz harcama artışı.
- Hastalar için ödeme zorluğu.
- Hastaların kapsamlı sağlık bilgisinin eksikliği.
- Hizmetin sürekliliğinin sağlanamaması ve eksik sevk planlaması.

- Uzman hizmetlerin kalitesinin, aşırı iş yükü nedeniyle düşmesi.
- Mevcut bulunan sevk sistemi için risk teşkit etmesi.
- Uzman hekime ulaşım sorunları.
- Hastaların sağlık sistemi bileşenlerine erişimde adaletsizlik yaratma.
- Hastaların sevk sistemi hakkındaki değerlendirme algısının azalması.
- Sağlık sistemine olan güvenin azalması.
- Hasta ve hekimlerin sevk uygulamasının asıl amaç ve gerekliliklerinden uzaklaşması.
- Birinci ve ikinci basamak sağlık kurumları arasında hasta bilgisi aktarımı ve iletişim eksikliği.
- Geri bildirim ve tedavi sonrası izleme süreçlerinde düşüş (Bulut ve Uğurluoğlu, 2020).

2.4. Birinci Basamakta Göğüs Hastalıklarının Yeri

Aile hekimliğinde günlük pratiğinde en sık karşılaşılan hastalık grubu solunum yolu hastalıkları olup solunum yolu şikayetleri en sık başvuru sebebidir (Uzuner A., 2010).

Solunum yolu hastalıkları, akciğerler, üst solunum yolları, torasik kavite ve göğüs duvarını içeren solunum sistemi bozukluklarına odaklanan bir dal olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle akciğer kanserleri, KOAH ve astım gibi hastalıklar hem yüksek prevalansları hem de beraberinde getirdikleri yaşam kalitesi düşüklüğü ve ölüm riski nedeniyle büyük bir sorun oluşturmaktadır (Teixeira ve ark, 2020).

Türkiye'deki göğüs hastalıkları polikliniklerine yapılan başvurularda akut bronşit, nezle, astım ve KOAH en yaygın görülen hastalıklar olarak belirtilmiştir. Bu hastalıkların çoğunlukla 65 yaş üstü bireylerde daha sık görüldüğü ve hastaların yılda ortalama 7 kez sağlık kurumlarına başvurduğu belirlenmiştir. Ayrıca, KOAH'lı hastalarda hastaneye yatış oranının %13'e ulaştığı gözlemlenmiştir (<https://toraks.org.tr/site/news/2513>, Erişim Tarihi: 5 Ekim 2023).

Göğüs hastalıkları, birinci basamak hekimlerinin iş yükünün önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Aile hekimlerine yapılan başvuruların büyük bir kısmı solunum yolu hastalıklarına odaklanmakta, özellikle solunum yolu enfeksiyonlarına

yoğunlaşmaktadır. Aile hekimliği uzmanları tarafından yapılan bir çalışmada sunulan verilere göre, aile hekimlerinin sıkça karşılaştığı tanılar arasında solunum sistemi ile ilgili durumlar önemli ölçüde yer almaktadır. Bu kapsamda, akut bronşit %6,7 ve akut alt solunum yolu enfeksiyonu %6,8 gibi oranlarla önemli bir paydada yer almaktadır. Astım, KOAH, pnömoni ve tüberküloz gibi pek çok göğüs hastalığının tanısı birinci basamakta konabilir ve aile hekimleri tarafından tedavi ve takip edilebilir. Aile hekimleri, özellikle astım ve KOAH gibi solunum sistemi kronik hastalıklarına en başta ve en sık rastalayan hekimlerdir, bu da onların önemli bir rol üstlendikleri anlamına gelmektedir. (Özdemir ve ark., 2014; Mert A., 2020).

Klinik pratiğin önemli bir yönü, solunum sistemi şikayetleri arasında en yaygın karşılaşılan durum olan kronik dispne ve öksürüktür. Dispne, bireyin solunumunu zorlukla gerçekleştirdiği ve solunumunu yürütmede güçlük çektiği belirgin bir semptom olarak tanımlanır. Bu durum, birinci basamak sağlık hizmetlerinde doğru bir ayırıcı tanının yapılması ve özellikle acil durumlarda hastanın ilk müdahalesinin gerçekleştirilmesi açısından kritik bir öneme sahiptir. Öksürük, birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurular arasında oldukça yaygın bir semptom olarak öne çıkar. Özellikle solunum veya alerji uzmanı kliniklerinde sıkça karşılaşılan bu şikâyet, hastaların sağlık kurumlarına başvurma nedenleri arasında önemli bir yer tutar (Cherry, D. K., 2003; Irwin, R. S., 2006; Pratter MR ve ark., 1989).

TÜİK'in 2021 yılı sağlık araştırmasına göre, 15 yaş ve üzeri bireylerde hastalık veya sağlık sorunu yaşadıklarını belirtenler arasında astım (allerjik astım dahil) %8,9 oranında, KOAH (kronik bronşit ve amfizem) ise %7,1 oranında görülmüştür. (<https://www.saglik.gov.tr/Eklenti/45316/0/siy2021-turkcepdf.pdf>, Erişim tarihi:11 Kasım 2023).

Ölüm nedenleri arasında öne çıkan hastalıklar incelendiğinde, 2022 yılında en yüksek ölüm oranları sıralamasında %15,2 ile iyi ve kötü huylu tümörle ikinci sırada olup %13,5 ile solunum sistemi hastalıkları üçüncü sırada yer almıştır. İyi ve kötü huylu tümörlerden kaynaklı ölümler alt ölüm nedenlerine göre incelendiğinde, ölenlerin en büyük kısmını %29,4'ünün gırtlak, soluk borusu/bronş/akciğerin kötü huylu tümörlerin oluşturduğu görülmüştür (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022-49679>, Erişim tarihi:13 Kasım 2023).

Solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölümlerin detaylı bir analizi yapıldığında ise bu kategorideki ölümlerin %54,8'ini pnömoni, %34,5'ini kronik alt solunum yolu hastalıkları ve %10,8'ini diğer solunum sistemi hastalıklarının oluşturduğu gözlemlenmiştir. Bu veriler, solunum sistemi hastalıklarının ölüm nedenleri arasında önemli bir rol oynadığını ve özellikle pnömoni ile kronik alt solunum yolu hastalıklarının bu ölümlerin belirleyici faktörleri olduğunu göstermekte olup bu süreçlerin yönetimi oldukça önem arz etmektedir (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2020-37243>, Erişim Tarihi:25 Kasım 2023).

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ile OECD Health Data 2021 kaynaklarından elde edilen verilere bakıldığında elde edilen bilgilere göre, solunum sistemi hastalıklarında kullanılan ilaçlar (ATC-R03) 291,8 milyon kutu hacmi ile toplam ilaç tüketiminde üçüncü sıradadır. Ayrıca, yıllara ve seçilmiş ATC-1 gruplarına göre 1.000 kişiye düşen günlük ilaç tüketim miktarı incelendiğinde, solunum sistemi hastalıklarının ilaç tüketimi 98,2 birim ile beşinci sırada yer almaktadır. Bu veriler, solunum sistemi hastalıklarının önemli bir sağlık sorunu olduğunu ve bu hastalıkların tedavisinde ilaçların yaygın bir şekilde kullanıldığını göstermektedir (<https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/45316/0/siy2021-turkcepdf.pdf>, Erişim Tarihi:28 Şubat 2024).

Solunum yolu hastalıklarının etkili bir şekilde yönetilmesinde birinci basamak bakımın kritik bir rolü vardır. Hastane bakımından daha düşük maliyetlerle sağlanabilen birinci basamak bakım, hastaların sürekli takibi ve etkili tedavisi için önemli bir platform sunmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların başvuru nedenlerinin birinci basamakta yönetilebilirliğini incelemek amacıyla gerçekleştirilen kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmamız, 1 Ekim 2023 ile 28 Şubat 2024 tarihleri içerisinde Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Göğüs Hastalıkları polikliniğine başvuran hastalar ile yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmamızın evreni, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları polikliniğine başvuran hastalardan oluşmaktadır. Bu çalışma, belirli bir örnekleme yöntemi kullanılmaksızın, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları polikliniğine başvuran 18 yaş ve üzeri 500 gönüllü hasta ile gerçekleştirilmiştir.

3.4. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi

Araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu 34 sorudan oluşmaktadır. Üç uzman hekim tarafından gözden geçirilen ve gerekli revizyonlar yapılan anket, SEAH Göğüs Hastalıkları polikliniğinde pilot olarak uygulanmıştır. Anketin anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliği ile ilgili sorunlar giderildikten sonra, nihai hali verilmiştir. Veriler, yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

Anket formu beş bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm demografik bilgileri içermektedir. İkinci bölümde, göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların tıbbi geçmişleri sorgulanmıştır. Üçüncü bölümde, aile hekimleri ile ilgili tutum ve davranışlar, göğüs hastalıkları polikliniğine başvuru şikayetleri, bu şikayetlerin süreleri ve başvuru şekilleri ele alınmıştır. Dördüncü bölümde, göğüs hastalıkları

polikliniğine başvurmadan önce aile hekimine giden hastaların aile hekimliğinde yaşadıkları süreç ve yönetim şekli incelenmiştir. Beşinci bölüm, göğüs hastalıkları polikliniğinde uygulanan tedavi, gerekli laboratuvar testleri, görüntüleme işlemleri ve girişimsel müdahaleler gibi yönetim süreçlerini içermektedir. Anket, muayene sonrasında göğüs hastalıkları uzmanına yöneltilen değerlendirme sorusuyla tamamlanmıştır (EK-2).

3.5. Verilerin Analizi

Tanımlayıcı istatistiklerin gösteriminde nitel değişkenler için sayı (n) ve yüzde (%); nicel değişkenler için ortalama ve standart sapma, ortanca ve çeyreklikler kullanıldı. İki kategorik değişkenin ilişkisinin incelenmesinde dört göznlü tablolarda; en küçük beklenen değer <5 ise Fisher'in kesin testi, ≥ 5 ve ≤ 25 ise Yates düzeltmeli ki-kare testi, >25 ise Pearson ki-kare testi kullanıldı. Rxc şeklindeki tablolarda beklenen değeri 5'ten küçük olan göz sayısı %20'nin altında ise Pearson ki-kare testi kullanıldı, %20'nin üzerinde ise hipotez testi uygulanmadı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi. Analizler SPSS v20.0 (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0; Armonk, NY, USA) paket programı ile gerçekleştirildi.

3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmamızda belirli bir örneklem seçilmediği için elde edilen sonuçlar tüm Türkiye geneline genellenemez. Kesitsel tipte ve tanımlayıcı bir araştırma olması nedeniyle, neden-sonuç ilişkisi kurma konusunda güçlü bir metodolojiye sahip değildir. Ayrıca, anket çalışmaları genel olarak bazı kısıtlılıkları da beraberinde getirmektedir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmamız, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 22/09/2023 tarihli 285282-285 numaralı etik kurul onayı alınarak yapılmıştır (EK-1: Etik kurul formu). Çalışma katılımcıları, araştırmanın amacı, veri kullanımı ve verilen yanıtların gizliliği konularında önceden bilgilendirilmiş, sözlü onayları alınmış ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan 500 katılımcıdan %60,2'si (n=301) kadındı. Katılımcıların yaş ortalaması 50,52±16,72 SS (Standart Sapma) yıl, yaş ortancası 52,00 [39,00-64,00] yıl idi. Katılımcıların %73,6'sı (n=368) evli, %58,2'si (n=291) il merkezinde yaşamakta olup %52,4'ü (n=262) ilkokul-ortaokul mezunu, %20,6'sı (n=103) lise mezunuydu. Katılımcıların %33,2'si (n=166) ev hanımı, %28,8'i (n=144) tam zamanlı istihdam edilmiş olup %63,0'ı (n=315) ekonomik durumunu orta olarak değerlendirmekteydi. Katılımcılara ait sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1'de belirtilmiştir.

Tablo 4.1. Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	199
	Kadın	301
Medeni Durum	Evli	368
	Bekar	75
	Dul/boşanmış	57
İkamet Yeri	İl merkezi	291
	İlçe merkezi	159
	Köy	50
Eğitim Durumu	Yok	37
	Okuryazar	21
	İlkokul-ortaokul mezunu	262
	Lise mezunu	103
	Lisans mezunu ve üzeri	77
Çalışma Durumu	Tam zamanlı istihdam	144
	Yarı zamanlı istihdam	10
	Serbest meslek	13
	Ev hanımı	166
	Öğrenci	31
	Emekli	117
	İşsiz	19
Ekonomik Durum	Düşük	175
	Orta	315
	Yüksek	10

Araştırmaya katılanların bilinen solunum yolu hastalıkları incelendiğinde %25,0’ında (n=125) astım hastalığı, %14,8’inde (n=74) allerji hastalığı vardır. Bu istatistiklere ait veriler Tablo 4.2’de belirtilmiştir.

Tablo 4.2. Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların bilinen solunum yolu hastalıkları

Değişkenler*	Sayı (n)	Yüzde (%)
Astım	125	25,0
Allerji	74	14,8
Kronik obstruktif akciğer hastalığı	64	12,8
Uyku apnesi	18	3,6
İnterstisyel akciğer hastalığı	15	3,0
Pulmoner emboli	11	2,2
Malignite	5	1,0
Diğer**	14	2,8

*Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemişlerdir. **Akciğer Nodülü, Bronşiektazi, Kistik Fibrozis, Pnömotoraks

Katılımcılardan solunum yolu hastalıkları ile ilgili ilaç kullanan hastaların %74,1’i (n=169) inhaler ilaç, %53,1’i (n=121) tablet/şurup formunda ilaç kullanmaktadır. Bu istatistiklere ait veriler Tablo 4.3’te belirtilmiştir.

Tablo 4.3. Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran ve solunum yolu hastalıkları ile ilgili ilaç kullanan hastaların ilaç tipleri

Değişkenler*	Sayı (n)	Yüzde (%)
İnhaler kullananlar	169	74,1
Tablet/şurup kullananlar	121	53,1
Nebül kullananlar	13	5,7
Diğer**	9	3,9

*Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemişlerdir. **Bi-level pozitif havayolu basınç makinesi, Devamlı pozitif havayolu basınç makinesi.

Araştırmaya katılanların kronik hastalıkları değerlendirildiğinde, katılımcıların %30,4’ünde (n=152) hipertansiyon, %17,0’ında (n=85) obezite hastalığı mevcuttur. Bu istatistiklere ait veriler Tablo 4.4’te belirtilmiştir.

Tablo 4.4. Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların bazı kronik hastalıklara sahip olma sıklıkları

Değişkenler*	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hipertansiyon	152	30,4
Obezite	85	17,0
Diabetes mellitus	67	13,4
Koroner arter hastalığı	61	12,2
Hiperlipidemi	30	6,0
Serebro-vasküler olay	6	1,2

*Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemişlerdir.

Katılımcıların %47,2'si (n=236) sağlık problemi yaşadığında ilk başvurdıkları merkezin aile sağlığı merkezi, %34,0'ı (n=170) ise eğitim ve araştırma hastanesi olduğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılanların %85,2'si (n=426) aile hekimini tanıdığını ifade etmiştir. Araştırmaya katılanların %70'i (n=350) aile hekiminin unvanını bilmemektedir. Katılımcıların %43,4'ü (n=217) yılda 1-3 kez aile hekimine başvurmaktadır. Bu istatistiklere ait veriler Tablo 4.5'te belirtilmiştir.

Tablo 4.5. Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların kayıtlı oldukları aile sağlığı merkezi ve aile hekimlerine dair bazı özellikleri

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sağlık probleminde ilk başvurulmuş merkez	Aile sağlığı merkezi	236
	Eğitim ve araştırma hastanesi	170
	Devlet hastanesi	83
	Özel hastane	11
Aile hekimini tanıma durumu	Tanıyor	426
	Tanımıyor	74
Aile hekiminin uzman hekim olması durumu	Uzman hekim	98
	Pratisyen hekim	52
	Bilinmiyor	350
Aile hekimine başvuru sıklığı	Hiç gitmiyor	67
	Yılda 1-3 kez	217
	Yılda 4-10 kez	174
	Yılda 10'dan fazla	42

Araştırmaya katılanların %51,2'sinde (256) öksürük, %40,6'sında (n=203) nefes darlığı, %23,8'ünde (n=119) balgam, %18,8'inde (n=94) göğüs ve sırt ağrısı semptomları göğüs hastalıkları polikliniğine başvuru şikayetlerindendir. Bu istatistiklere ait veriler Tablo 4.6'da belirtilmiştir.

Tablo 4.6. Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların başvuru sebeplerinin dağılımı

Değişkenler*	Sayı (n)	Yüzde (%)
Öksürük	256	51,2
Nefes darlığı	203	40,6
Balgam	119	23,8
Göğüs ve sırt ağrısı	94	18,8
Hapşıрма	19	3,8
Hemoptizi	8	1,6
Kontrol	147	29,4
Diğer	18	3,6

*Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemişlerdir. **Ateş, baş ağrısı, horlama, sık idrar yapma,yorgunluk, memede kitle.

Araştırmaya katılanların %46,2'sinin (n=241) göğüs hastalıkları polikliniğine başvuru şikayetinin süresi bir ay veya daha az olup %24,6'sının (n=123) şikayetinin süresi 1-6 ay arası, %20,8'inin (n=104) şikâyet süresi bir yıldan fazla olarak belirtilmiştir. Katılımcıların %54,2'sinin (n=271) mevcut şikâyet için polikliniğe ilk başvurusu olup %45,8'inin (n=229) tekrarlayan başvurudur. Araştırmaya katılanların %73,0'ı(n=365) mevcut şikâyet için daha önce aile hekimine başvurmamıştır. Bu istatistiklere ait veriler Tablo 4.7'de belirtilmiştir.

Tablo 4.7. Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların başvuru şikayetlerinin özellikleri

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Şikâyet süresi	≤1 ay	241
	>1-6 ay	123
	>6-12 ay	32
	>1 yıl	104

Tablo 4.7. Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların başvuru şikâyetlerinin özellikleri (devam)

Bu şikâyet için polikliniğe ilk başvuru mu?	Evet	271	54,2
	Hayır	229	45,8
Aynı şikâyet için daha önce aile hekimine başvurdu mu?	Evet	135	27,0
	Hayır	365	73,0

Göğüs hastalıkları polikliniğinden önce aile hekimine başvuran hastaların %14,1'ine (n=19) aile hekimi tarafından tahlil/tetkik yapılmıştır. Bu hastaların %80,0'ına (n=108) aile hekimi tarafından tedavi verilmiş, tedavi verilenlerin %63,0'ı (n=68) tedaviden kısmen fayda görmüş, %32,4'ü (n=35) fayda görmemiştir. Aile hekimine başvuran hastaların %74,1'ine (n=100) aile hekimi öneride bulunmuştur. Hastaların %53,3'ünü (n=72) aile hekimi tarafından göğüs hastalıkları polikliniğine sevk edilmiştir. Sevk edilen hastaların %72,2'si (n=52) ileri düzey tetkik/görüntüleme/tedavi sebebiyle sevk edilmiştir. Bu istatistiklere ait veriler Tablo 4.8'de verilmiştir.

Tablo 4.8. Göğüs hastalıkları polikliniğine başvurmadan önce aile hekimine başvuran hastaların aile sağlığı merkezinde aldığı sağlık hizmetinin özellikleri

Değişkenler		Sayı (n)	Yüzde (%)
AH tahlil/tetkik yapma durumu	Evet, yaptı	19	14,1
	Hayır, yapmadı	116	85,9
AH tedavi verme durumu	Evet, verdi	108	80,0
	Hayır, vermedi	27	20,0
AH tedavi verdiği hastaların fayda görme durumu	Evet, fayda gördü	5	4,6
	Kısmen fayda gördü	68	63,0
	Hayır, fayda görmedi	35	32,4
AH öneride bulunma durumu	Evet, bulundu	100	74,1
	Hayır, bulunmadı	35	25,9
AH göğüs hastalıkları polikliniğine sevk etme durumu	Evet, sevk etti	72	53,3
	Hayır, sevk etmedi	63	46,7
AH sevk etme nedeni	Geçmeyen şikâyetler	20	27,8
	İleri düzey tetkik/görüntüleme/tedavi	52	72,2

AH: Aile Hekimi

Göğüs hastalıkları polikliniği öncesi aile hekimine başvuran hastaların %23,0'ı (n=31) aile hekiminden akut ÜSYE tanısı, %18,5'i (n=25) astım tanısı almıştır. Bu istatistiklere ait veriler Tablo 4.9'da belirtilmiştir.

Tablo 4.9. Göğüs hastalıkları polikliniği öncesi aile hekimine başvuran hastaların aile hekiminden aldığı tanılar ve ön tanılar dağılımı

Tanı/Ön tanı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Akut ÜSYE	31	23,0
Astım	25	18,5
Akut bronşit	22	16,3
Mevsimsel allerjik rinit	16	11,9
Akut ASYE	14	10,4
KOAH	12	8,9
Diğer*	15	11,1

*Akciğerin görüntülemesinde anormal bulgular, İntersitisyel akciğer hastalığı, Obstrüktif uyku apne sendromu, Anemi, Polinöropati. ÜSYE: Üst solunum yolu enfeksiyonu, ASYE: Alt solunum yolu enfeksiyonu, KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı

Göğüs hastalıkları polikliniği öncesi hastaların %41,9'u (n=153) branş uzmanına muayene olmak istediği için, %24,4'ü (n=89) acil servis ya da farklı branş hekimi yönlendirdiği için aile hekimine başvurmamıştır (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Göğüs hastalıkları polikliniği öncesi aile hekimine başvurmamayan hastaların aile hekimine başvurmama sebepleri

Sebepler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Branş uzmanına muayene olmak isteme	153	41,9
Acil servis ya da farklı branş hekiminin göğüs hastalıkları polikliniğine yönlendirmesi	89	24,4
Aile hekiminin yetersiz kalacağını düşünme	51	14,0
Tetkik ve görüntüleme yöntemlerini yetersiz bulma	31	8,5
Ulaşım imkanları nedeniyle	22	6,0
Aile hekimine başvurmanın aklına gelmemesi	18	4,9
Aile hekimine randevu bulamama	1	0,3

Araştırmaya katılanların %52,4'ü (262) herhangi bir yönlendirme olmadan göğüs hastalıkları polikliniğine başvururken, %25,4'ü (n=127) diğer branş hekimlerinin yönlendirmesi ile başvurmuştur. Katılımcıların %82,2'sinde (n=411) göğüs hastalıkları uzmanı laboratuvar tetkikine gerek görmemiştir. Laboratuvar tetkiki gerek görülen hastaların %38,2'si (n=34) tetkiklerin ASM'de de yapılabilirdiğini ifade etmiştir. Göğüs hastalıkları polikliniğinde görüntüleme istenen hastaların %51,2'sinden (n=256) direkt grafi, %14,4'ünden (n=72) BT istenmiştir. Katılımcıların %70,4'ünde (n=352) göğüs hastalıkları uzmanı dinamik testlere gerek görmüştür. Polikliniğe başvuranların %2,6'sına (n=13) göğüs hastalıkları uzmanı tarafından girişimsel işlem yapılmıştır. Bu istatistiklere ait veriler Tablo 4.11'de belirtilmiştir.

Tablo 4.11. Göğüs hastalıkları polikliniğinde hastaların aldığı hizmetlerin özellikleri

Değişkenler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Göğüs hastalıkları polikliniğine yönlendiren	Yönlendiren yok	262	52,4
	Diğer branş hekimleri	127	25,4
	Aile hekimi	72	14,4
	Aile/komşu/arkadaş	39	7,8
Göğüs hastalıkları uzmanının laboratuvar tetkikine gerek görme durumu	Evet, gerek gördü	89	17,8
	Hayır, gerek görmedi	411	82,2
Göğüs hastalıkları polikliniğinde hasta için istenen tetkiklerin ASM'de yapılabilme durumu	Evet, yapılabiliyor	34	38,2
	Kısmen yapılabiliyor	32	36,0
	Hayır, yapılamıyor	23	25,8
Göğüs hastalıkları polikliniğinde görüntüleme istem dağılımı	Direkt grafi	256	51,2
	BT	72	14,4
	Polisomnografi	15	3,0
	PET-CT	7	1,4
	Diğer*	3	0,6
	Hiçbiri	147	29,4
Göğüs hastalıkları uzmanının dinamik testlere (SFT, deri prick vb) gerek görme durumu	Evet, gerek gördü	352	70,4
	Hayır, gerek görmedi	148	29,6
Göğüs hastalıkları uzmanının girişimsel işlem yapma durumu	Evet, yaptı	13	2,6
	Hayır, yapmadı	487	97,4

*Elektrokardiyografi, ultrasonografi.

Araştırmaya dahil edilen hastaların %29,0'ı (n=145) göğüs hastalıkları uzmanı tarafından astım, %12,6'sı (n=63) kronik obstrüktif akciğer hastalığı, %10,8'i (n=54) akut bronşit, %10,6'sı (n=53) mevsimsel alerjik rinit tanısı almıştır. Hastaların aldıkları tanımlar hakkında ayrıntılı bilgi tablo 4.12'de mevcuttur.

Tablo 4.12. Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların göğüs hastalıkları uzmanından aldıkları tanıların dağılımı

Tanılar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Astım	145	29,0
KOAH	63	12,6
Akut bronşit	54	10,8
Mevsimsel allerjik rinit	53	10,6
Akut ASYE	39	7,8
Akciğerin tanısal görüntülemesinde anormal bulgular	38	7,6
Uyku apnesi	31	6,2
Akciğerin diğer hastalıkları	27	5,4
İnterstisyel akciğer hastalıkları	18	3,6
Yumuşak doku bozukluğu	14	2,8
Pulmoner embolizm	10	2,0
Anksiyete bozuklukları	8	1,6

ASYE: Alt solunum yolu enfeksiyonu, KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı

Göğüs hastalıkları uzmanı tarafından yapılan değerlendirme sonucunda, araştırmaya katılan hastaların %12,8'i (n=64) birinci basamak sağlık hizmetlerinde yönetilebilir olarak değerlendirilmiştir. Katılımcıların %30,6'sı (n=153) birinci basamakta yönetilebilecek durumda olsa da reçete edilen ilaçların SGK kapsamında olmaması nedeniyle bu hastaların tedavisinin gerçekleştirilmesi mümkün değilken, %36,0'ı (n=180) laboratuvar, görüntüleme veya diğer test imkanlarının yetersiz olması sebebiyle birinci basamak sağlık hizmetlerinde yönetilemez olarak değerlendirilmiştir

Katılımcıların %16,2'si (n=81) branş uzmanlık bilgisi gerektirdiği için, %1,8'i (n=9) girişimsel işlemler gerektiği için birinci basamak sağlık hizmetlerinde yönetilemez olarak değerlendirilirken %2,6'sı (n=13) hatalı poliklinik başvurusu nedeniyle uygun bir tanı veya tedavi hizmeti alamayıp göğüs hastalıkları kliniğinde tanı ve tedavisi yapılamaz olarak değerlendirilmiştir. Bu verilere ilişkin istatistiksel bilgiler daha ayrıntılı olarak Tablo 4.13'te sunulmuştur.

Tablo 4.13. Göğüs hastalıkları polikliniğinde hastaları değerlendiren göğüs hastalıkları uzmanının hastaların birinci basamakta yönetimi hakkındaki görüşleri

Görüşler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Birinci basamakta yönetilebilir	64	12,8
Birinci basamakta yönetilebilirdi ancak reçete edilen ilaçlar SGK kapsamında olmadığı için yönetilemeyebilir	153	30,6
Birinci basamakta yönetilemez çünkü laboratuvar\görüntüleme\ test imkânı yetersiz	180	36,0
Birinci basamakta yönetilemez çünkü uzmanlık bilgisi gerektiriyor*	81	16,2
Birinci basamakta yönetilemez çünkü girişimsel işlem gerektiriyor	9	1,8
Göğüs hastalıkları kliniğinde tanı ve tedavisi yapılamaz (Hatalı poliklinik başvurusu)	13	2,6

*Pulmoner emboli tanısı alan 11 hastanın %54,5'i (n=6) laboratuvar, görüntüleme, test imkânı yetersiz olduğundan, %45,5'i (n=5) uzmanlık bilgisi gerektirdiğinden birinci basamakta yönetilemez olarak değerlendirildi.

Katılımcılar arasında mevcut şikâyeti için önce aile hekimine başvuranlara bakıldığında göğüs hastalığı polikliniğine sevk edilen hastaların %55,6'sının (n=40) aile hekimi unvanı bilinmemekte olup %33,3'ünün (n=24) aile hekimi unvanı pratisyen hekim, %11,1'inin (n=8) uzman hekimdir (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Aile hekimi unvanına göre göğüs hastalıkları uzmanına sevk edilme durumu

Değişken	Aile hekimi unvanı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Göğüs hastalıkları uzmanına sevk etme durumu	Pratisyen	24	33,3
	Uzman	8	11,1
	Bilinmiyor	40	55,6

Katılımcılardan göğüs hastalıkları poliklinik başvurusu öncesinde aile hekimine başvurmayanların %14,5'inin birinci basamakta yönetilebilir olduğu saptandı. hekimine başvurmama nedeni; branş uzmanına muayene olmayı isteme olanların %12,4'ü (n=19), aile hekiminin yetersiz kalacağını düşünme olanların %15,7'si (n=8), acil servis veya farklı branş hekiminin göğüs hastalıkları polikliniğine yönlendirilmesi olanların %7,9'u (n=7), tetkik ve görüntüleme yöntemlerinin yetersiz bulma olanların

%25,8'i (n=8), ulaşım imkanları olanların %31,8'i (n=7), ASM'ye başvurmanın aklına gelmemesi olanların %22,2'si (n=4) birinci basamakta yönetilebilirdi (Tablo 4.15).

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

Nedenler	Birinci basamakta yönetilebilme	
	Yönetilebilir n (%)	Yönetilemez n (%)
Branş uzmanına muayene olmayı isteme	19 (12,4)	134 (87,6)
Aile hekiminin yetersiz kalacağını düşünme	8 (15,7)	43 (84,3)
Acil servis/farklı branş hekiminin göğüs hastalıkları polikliniğine yönlendirmesi	7 (7,9)	82 (92,1)
Tetkik ve görüntüleme yöntemlerini yetersiz bulma	8 (25,8)	23 (74,2)
Ulaşım imkanları nedeniyle	7 (31,8)	15 (68,2)
Aile hekimine başvurmanın aklına gelmemesi	4 (22,2)	14 (77,8)
Aile hekimine randevu bulamama	-	1 (100,0)
TOPLAM	53 (14,5)	312 (85,5)

Araştırmaya katılan erkeklerin, %45,7'si (n=91) ASM'yi, %20,1'i (n=40) devlet hastanesini, %33,2'si (n=66) eğitim ve araştırma hastanesini, %1,0'ı (n=2) özel hastaneyi sağlık problemleri ile ilgili ilk başvuracağı kurum olarak ifade ederken kadınların %48,2'si (n=145) ASM'yi, %14,3'ü (n=43) devlet hastanesini, %34,6'sı (n=104) eğitim ve araştırma hastanesini, %3,0'ı (n=9) özel hastaneyi ifade etmiştir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0,187).

Eğitim durumuna göre incelendiğinde okur-yazar olmayanların %51,4'ü (n=19) ilk başvuracakları kurum olarak ASM'yi, %32,4'ü (n=12) devlet hastanesini, %13,5'i (n=5) eğitim ve araştırma hastanesini, %2,7'si (n=1) özel hastaneyi tercih etmektedir. Okur-yazar olanların %52,4'ü (n=11) ilk başvuracakları kurum olarak ASM'yi, %14,3'ü (n=3) devlet hastanesini, %33,3'ü (n=7) eğitim ve araştırma hastanesini tercih etmektedir. İlkokul-ortaokul mezunlarının %48,5'i (n=127) ilk başvuracakları kurum olarak ASM'yi, %18,7'si (n=49) devlet hastanesini, %32,1'i (n=84) eğitim ve araştırma hastanesini, %0,8'i (n=2) özel hastaneyi tercih etmektedir. İlkokul-ortaokul mezunlarının %48,5'i (n=127) ilk başvuracakları kurum olarak ASM'yi, %18,7'si (n=49) devlet hastanesini, %32,1'i (n=84) eğitim ve araştırma hastanesini, %0,8'i

(n=2) özel hastaneyi tercih etmektedir. Lise mezunlarının %41,7'si (n=43) ilk başvuracakları kurum olarak ASM'yi, %15,5'i (n=16) devlet hastanesini, %36,9'u (n=38) eğitim ve araştırma hastanesini, %5,8'i (n=6) özel hastaneyi tercih etmektedir. Lisans ve üzeri mezunların, %46,8'i (n=36) ilk başvuracakları kurum olarak ASM'yi, %3,9'u (n=3) devlet hastanesini, %46,8'i (n=36) eğitim ve araştırma hastanesini, %2,6'sı (n=2) özel hastaneyi tercih etmektedir. Gruplar arasındaki farkı analiz etmek için veriler yetersizdir.

Medeni hale göre inceleme yapıldığında evli olanların %46,7'si (n=172) ilk başvuracakları kurum olarak ASM'yi, %16,6'sı (n=61) devlet hastanesini, %34,0'ı (n=125) eğitim ve araştırma hastanesini, %2,7'si (n=10) özel hastaneyi tercih etmektedir. Bekar olanların %50,7'si (n=38) ilk başvuracakları kurum olarak ASM'yi, %9,3'ü (n=7) devlet hastanesini, %38,7'si (n=29) eğitim ve araştırma hastanesini, %1,3'ü (n=1) özel hastaneyi tercih etmektedir. Dul/boşanmış olanların %45,6'sı (n=26) ilk başvuracakları kurum olarak ASM'yi, %26,3'ü (n=15) devlet hastanesini, %28,1'i (n=16) eğitim ve araştırma hastanesini tercih etmektedir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,180$).

İkamet yerine göre inceleme yapıldığında köyde ikamet edenlerin %54,0'ı (n=27) ilk başvuracakları kurum olarak ASM'yi, %22,0'ı (n=11) devlet hastanesini, %24,0'ı (n=12) eğitim ve araştırma hastanesini tercih etmektedir. İlçe merkezinde ikamet edenlerin %40,3'ü (n=64) ilk başvuracakları kurum olarak ASM'yi, %37,1'i (n=59) devlet hastanesini, %22,0'ı (n=35) eğitim ve araştırma hastanesini, %0,6'sı (n=1) özel hastaneyi tercih etmektedir. İl merkezinde ikamet edenlerin %49,8'i (n=145) ilk başvuracakları kurum olarak ASM'yi, %4,5'i (n=13) devlet hastanesini, %42,3'ü (n=123) eğitim ve araştırma hastanesini, %3,4'ü (n=10) özel hastaneyi tercih etmektedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur ($p<0,001$).

Ekonomik duruma göre inceleme yapıldığında düşük ekonomik durumu olanların %48,0'ı (n=84) ilk başvuracakları kurum olarak ASM'yi, %24,0'ı (n=42) devlet hastanesini, %28,0'ı (n=49) eğitim ve araştırma hastanesini tercih etmektedir. Orta ekonomik durumu olanların %47,3'ü (n=149) ilk başvuracakları kurum olarak ASM'yi, %13,0'ı (n=41) devlet hastanesini, %36,5'i (n=115) eğitim ve araştırma hastanesini, %3,2'si (n=10) özel hastaneyi tercih etmektedir. Yüksek ekonomik

durumu olanların %30,0'ı (n=3) ilk başvuracakları kurum olarak ASM'yi, %60,0'ı (n=6) eğitim ve araştırma hastanesini, %10,0'ı (n=1) özel hastaneyi tercih etmektedir. Gruplar arasındaki farkı analiz etmek için veriler yetersizdir (Tablo 4.16).

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

		İlk Başvurulan Sağlık Kurumu				P
Değişkenler		ASM n (%)	İlçe DH n (%)	Eğitim ve Araştırma Hastanesi n (%)	Özel Hastane n (%)	
Cinsiyet	Erkek	91 (45,7)	40 (20,1)	66 (33,2)	2 (1,0)	0,187*
	Kadın	145 (48,2)	43 (14,3)	104 (34,6)	9 (3,0)	
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	19 (51,4)	12 (32,4)	5 (13,5)	1 (2,7)	Analize uygun değil
	Okur-yazar	11 (52,4)	3 (14,3)	7 (33,3)	-	
	İlkokul-ortaokul	127 (48,5)	49 (18,7)	84 (32,1)	2 (0,8)	
	Lise	43 (41,7)	16 (15,5)	38 (36,9)	6 (5,8)	
	Lisans ve üzeri	36 (46,8)	3 (3,9)	36 (46,8)	2 (2,6)	
Medeni hal	Evli	172 (46,7)	61 (16,6)	125 (34,0)	10 (2,7)	0,180*
	Bekar	38 (50,7)	7 (9,3)	29 (38,7)	1 (1,3)	
	Dul/boşanmış	26 (45,6)	15 (26,3)	16 (28,1)	-	
İkamet yeri	Köy	27 (54,0)	11 (22,0)	12 (24,0)	-	<0,001*
	İlçe merkezi	64 (40,3)	59 (37,1)	35 (22,0)	1 (0,6)	
	İl merkezi	145 (49,8)	13 (4,5)	123 (42,3)	10 (3,4)	
Ekonomik durum	Düşük	84 (48,0)	42 (24,0)	49 (28,0)	-	Analize uygun değil
	Orta	149 (47,3)	41 (13,0)	115 (36,5)	10 (3,2)	
	Yüksek	3 (30,0)	-	6 (60,0)	1 (10,0)	

*Pearson kıkare testi

Araştırmaya katılanlar arasında aile hekimi, uzman hekim olanların %64,3'ü (n=63) herhangi bir sağlık probleminde ilk başvuracakları kurum olarak ASM'yi, %10,2'si (n=10) ilçe devlet hastanesini, %24,5'i (n=24) eğitim ve araştırma hastanesini, %1,0'ı (n=1) özel hastaneyi tercih etmektedir. Katılımcılardan aile hekiminin ünvanını bilmeyenlerin %41,4'ü (n=145) herhangi bir sağlık probleminde ilk başvuracakları kurum olarak ASM'yi, %18,6'sı (n=65) devlet hastanesini, %37,4'ü (n=131) eğitim ve araştırma hastanesini, %2,6'sı (n=9) özel hastaneyi tercih etmektedir. Mevcut verilere göre aile hekiminin uzman hekim olduğunu bilenler, aile hekiminin pratisyen hekim olduğunu bilenlere ve aile hekiminin ünvanını bilmeyenlere göre; herhangi bir

sağlık probleminde ilk başvurdukları sağlık kurumu olarak ASM'yi tercih etme oranları daha yüksektir. (p=0,008) (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Katılımcıların herhangi bir sağlık sorunları olduğunda ilk başvuracakları sağlık kurumu ile ASM hekiminin ünvanı arasındaki ilişki

		İlk Başvurulan Sağlık Kurumu				p
		ASM n (%)	İlçe DH n (%)	Eğitim ve Araştırma Hastanesi n (%)	Özel Hastane n (%)	
Aile hekim ünvanı	Pratisyen hekim	28 (53,8)	8 (15,4)	15 (28,8)	1 (1,9)	0,008*
	Uzman hekim	63 (64,3)	10 (10,2)	24 (24,5)	1 (1,0)	
	Bilinmiyor	145 (41,4)	65 (18,6)	131 (37,4)	9 (2,6)	

*Pearson ki-kare testi. Yuvarlamalardan dolayı yüzden toplamaları %100 etmeyebilir.

Araştırmaya katılanlardan, aile hekimi ünvanı pratisyen hekim olanların %39,8'i (n=39), uzman hekim olanların %30,8'i (n=16), aile hekiminin ünvanını bilmeyenlerin %23,0'ı (n=80) göğüs hastalıkları polikliniği'ne başvurmadan önce aile hekimine başvurmuştur. Çalışmadaki verilere göre aile hekiminin pratisyen hekim olduğunu bilenler, aile hekiminin uzman hekim olduğunu bilenlere ve aile hekiminin ünvanını bilmeyenlere göre; aile hekiminin uzman hekim olduğunu bilenler aile hekiminin ünvanını bilmeyenlere göre mevcut şikâyeti için aile hekimine daha sık başvurmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,004) (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. Katılımcıların aile hekimi ünvanı ile göğüs hastalıkları polikliniğine başvuru öncesi aile hekimine başvurma durumu arasındaki ilişki

		Aile hekimine başvuru durumu		p
Değişkenler		Başvurmuş n (%)	Başvurmamış n (%)	
Aile Hekimi Ünvanı	Pratisyen hekim	39 (39,8)	59 (60,2)	0,004*
	Uzman hekim	16 (30,8)	36 (69,2)	
	Bilinmiyor	80 (23,0)	270 (77,0)	

*Pearson kıkare testi

Araştırmaya katılanlardan kronik hastalığı olmayanların %17,2'si (n=43) aile hekimine hiç gitmediğini %50,8'i (n=127) yılda 1-3 kez gittiğini, %27,2'si (n=68) yılda 4-10 kez gittiğini, %4,8'i (n=12) yılda 10'dan fazla kez gittiğini ifade etmektedir. Bir kronik hastalığı olanların %11,3'ü (n=17) aile hekimine hiç gitmediğini, %43,0'ı

(n=65) yılda 1-3 kez gittiğini, %37,1'i (n=56) yılda 4-10 kez gittiğini, %8,6'sı (n=13) yılda 10'dan fazla kez gittiğini ifade etmektedir. İki kronik hastalığı olanların %7,3'ü (n=4) aile hekimine hiç gitmediğini, %29,1'i (n=16) yılda 1-3 kez gittiğini, %45,5'i (n=25) yılda 4-10 kez gittiğini, %18,2'si (n=10) yılda 10'dan fazla kez gittiğini ifade etmektedir. Üç veya daha fazla kronik hastalığı olanların %6,8'i (n=3) aile hekimine hiç gitmediğini, %20,5'i (n=9) yılda 1-3 kez gittiğini, %56,8'i (n=25) yılda 4-10 kez gittiğini, %15,9'u (n=7) yılda 10'dan fazla kez gittiğini ifade etmektedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur ($p<0,001$) (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran hastalarda kronik hastalık sayısı ile aile hekimine başvuru sıklığı arasındaki ilişki

		Aile hekimine başvuru sıklığı				P
		Hiç	Yılda 1-3 kez	Yılda 4-10 kez	Yılda 10'dan	
		gitmeyenler	gidenler	gidenler	fazla kez gidenler	
Değişkenler		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
	Yok	43 (17,2)	127 (50,8)	68 (27,2)	12 (4,8)	
Kronik	1	17 (11,3)	65 (43,0)	56 (37,1)	13 (8,6)	<0,001*
hastalık	2	4 (7,3)	16 (29,1)	25 (45,5)	10 (18,2)	
sayısı	≥3	3 (6,8)	9 (20,5)	25 (56,8)	7 (15,9)	

*Pearson ki-kare testi. Yuvarlamalardan dolayı yüzden toplamaları %100 etmeyebilir.

Araştırmaya katılanlardan göğüs hastalıkları polikliniğine ilk başvurusu olan hastaların %15,9'u (n=43), ilk başvurusu olmayan hastaların ise %9,2'si (n=21) birinci basamakta yönetilebilen hastalar olup göğüs hastalıkları polikliniğine ilk kez başvuruda bulunan hastaların birinci basamaktaki yönetilebilirlik oranı ilk başvurusu olmayan hastalara kıyasla istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,026$). Solunum yolu hastalıkları ile ilgili ilaç kullanan hastaların %15,8'i (n=36), ilaç kullanmayan hastaların %10,3'ü (n=28) birinci basamakta yönetilebilir hastalardı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,067$). Göğüs hastalıkları polikliniği öncesi aile hekimine başvuran hastaların %8,1'i (n=11), başvurmayan hastaların ise %14,5'i (n=53) birinci basamakta yönetilebilir hastalardı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,081$) (Tablo 4.20).

Tablo 4.20. Araştırmaya katılanların bazı özellikleri ile birinci basamakta yönetilebilme durumu arasındaki ilişki

Değişkenler		Birinci basamakta yönetilebilme		p
		Yönetilebilir n (%)	Yönetilemez n (%)	
Göğüs hastalıkları polikliniğine ilk başvuru olma durumu	İlk başvuru	43 (15,9)	228 (84,1)	0,026*
	İlk başvuru değil	21 (9,2)	208 (90,8)	
Solunum yolu hastalıkları ile ilgili ilaç kullanma durumu	Evet, kullanıyor	36 (15,8)	192 (84,2)	0,067*
	Hayır, kullanmıyor	28 (10,3)	244 (89,7)	
Göğüs hastalıkları polikliniği öncesi aile hekimine başvuru durumu	Başvurmuş	11 (8,1)	124 (91,9)	0,081**
	Başvurmamış	53 (14,5)	312 (85,5)	

*Pearson ki-kare testi, **Yate's düzeltilmeli ki-kare testi

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık sisteminin temel taşını birinci basamak sağlık hizmetleri oluşturur ve bireylerin sağlık hizmetlerine ilk başvurdıkları yer olarak kritik bir rol oynamaktadır. Bu hizmetler, hastalıkların erken tanı ve tedavisi gibi koruyucu sağlık hizmetleri sağlamakla kalmaz, aynı zamanda sağlık eğitimi ve kronik hastalıkların yönetimi gibi geniş bir yelpazede hizmet sunmaktadır.

2020 yılında Türkiye'de ölüm sebepleri arasında dolaşım sistemi hastalıkları ilk sırada yer alırken, solunum sistemi hastalıkları ikinci sırada yer almıştır. Solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölümlerin büyük bir kısmı (%54,8) alt solunum yolu enfeksiyonları kaynaklıdır. Kronik alt solunum yolu hastalıkları ve diğer solunum hastalıkları da önemli ölüm nedenlerindendir. Göğüs hastalıkları polikliniklerine başvuran hastaların %6'sı hastaneye yatırılmakta olup, bu oran KOAH hastalarında %13'e kadar çıkmaktadır. Hastaların %21'i acil servislere başvurarak hizmet almakta ve en sık "Akut Bronşit" tanısı almaktadırlar. Polikliniklerde görülen vakaların yarısından fazlası, aile hekimleri tarafından çözümlenebilecek basit hastalıklardır. Göğüs hastalıklarının birinci basamakta etkin bir şekilde yönetimi, sağlık sisteminin yükünü hafifletebilir ve hasta bakımını iyileştirebilir. Bu bağlamda, birinci basamak sağlık hizmetlerinin potansiyelinin güçlendirilmesi büyük bir önem taşımaktadır. Ayrıca, birinci basamakta çözüm bulunabilecek durumların doğru yönetilmesi, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine olan gereksiz başvuruları azaltarak sağlık sisteminin genel verimliliğini artırır (<https://toraks.org.tr/site/news/2513>, Erişim Tarihi: 23 Temmuz 2024).

Çalışmamızda, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi göğüs hastalıkları polikliniklerine başvuran hastaların, birinci basamak sağlık kuruluşlarında takip ve tedavi edilebilirlik oranları değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme ile toplum genelinde göğüs hastalıklarına başvuru sebeplerinin birinci basamakta yönetilebilirliği üzerinde daha detaylı verilere ulaşp, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapasitesini ve potansiyelini ortaya koyarak, sağlık politikalarının şekillendirilmesine katkıda bulunmayı amaçlamaktadır.

Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran hastalardan %12,8'inin birinci basamak sağlık hizmeti sunan aile sağlığı merkezlerinde mevcut sağlık hizmeti sunumunda yönetilebilir olduğu saptandı. Bunun yanında hastaların birinci basamakta yönetilebilirliğini etkileyen; aile sağlığı merkezlerinin laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri olanakları ile verilecek tedavilerin sağlık sigortası tarafından karşılanabilirliği gibi faktörlerin de yönetilebilirlik üzerine en büyük etkisi olan değişkenler olduğu görüldü. Katılımcıların %30,6'sının gereksinim duyduğu tedavilerin aile hekimleri tarafından reçete edildiğinde sağlık sigortası tarafından karşılanmadığı için; %36,0'ının da aile sağlığı merkezlerinde sunulan laboratuvar/görüntüleme hizmetlerinin tanı ve tedavi süreçleri için yeterli olmaması nedeniyle üst basamak sağlık kuruluşlarından hizmet almak durumunda olduğu görüldü. Katılımcıların yaklaşık yarısı her ne kadar herhangi bir sağlık probleminde ilk olarak aile sağlığı merkezlerine başvurduklarını beyan etmişlerse de büyük çoğunluğunun göğüs hastalıkları polikliniğine başvuru öncesinde aynı şikâyet ile aile sağlığı merkezine başvurusunun olmadığı; sebepleri sorgulandığında yarıya yakın bir kısmının branş uzmanına muayene olmak istediği için herhangi bir yönlendirme olmadan üst basamağa başvurduğu tespit edildi. Ayrıca katılımcıların kayıtlı oldukları aile hekimlerinin ünvanının; katılımcıların sağlık problemlerinde ilk başvurdukları sağlık kuruluşunu, şikayetleri için aile hekimine başvuru sıklıklarını ve göğüs hastalıkları polikliniğine başvurularından önce aile hekimine danışıp danışmadıklarını anlamlı bir biçimde etkilediği görüldü.

Literatür taramamızda göğüs hastalıkları poliklinik başvurularının birinci basamakta yönetilebilirliğinin değerlendirildiği çalışmalara rastlanmamış olmakla birlikte farklı branşların poliklinik başvurularının değerlendirildiği araştırmalar mevcuttur. Bu araştırmalarda özellikle dahili branş polikliniklerine başvuran hastaların birinci basamakta yönetilebilirlik oranları %40-60 arasında değişmekte iken; cerrahi branşlarda bu oranın düştüğü görülmektedir (Akgüneş, 2023; Canbolat, 2023; Delice ve ark., 2023; Türkmen, 2023). Bunun yanında; çalışmamız verileri literatür verilerinden farklı olarak göğüs hastalıkları polikliniklerine başvuran hastaların birinci basamakta yönetilebilirlik oranlarının düşük olduğunu göstermektedir. İlk bakışta bu oranın düşük olması olumsuz gibi değerlendirilebilse de aslında solunum sistemi hastalıklarının yönetiminde aile hekimlerinin daha aktif rol aldığını ve birinci

basamakta yönetilebilen hastaların daha az sıklıkta üst basamaklara başvurduğunu göstermektedir. Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuru öncesinde aile hekimine başvuranlar ile başvurmayanlar arasında yönetilebilirlik açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmasa da aile hekimine başvuruda bulunan yönetilebilir hasta grubunun, aile hekimine başvurmayanlardaki yönetilebilir hasta grubundan daha düşük oranda olması aile hekimlerinin solunum sistemi hastalıklarının yönetiminde aktif rol aldıklarını desteklemektedir. Bunun yanında; göğüs hastalıklarına başvuran hastaların %12,8'inin birinci basamakta yönetilebilir olması zorunlu sevk sistemi ihtiyacını akıllara getirmektedir. Etkin bir sevk sistemi ve doğru tanımlanmış görev sınırları ile bu oranın daha da aşağılara düşürülebilir ancak yine de hastaların dilediği sağlık hizmet basamağında başvurabilmesi bu olasılığı düşürmektedir. Bu açıdan basamakla sağlık hizmetinin etkinliğinin artırılabilmesi için zorunlu sevk sisteminin elzem olduğu kanaatindeyiz.

Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların büyük çoğunluğuna (%70,6) görüntüleme tetkiki ve dinamik testler istenmiş olup, bu tetkiklerin yarısını direkt grafi ve kalan çoğunluğunu bilgisayarlı tomografi oluşturmaktadır. Fakat çalışmamızda; göğüs hastalıkları uzmanı tarafından, değerlendirilen hastaların yalnızca üçte birinin birinci basamakta yönetilememe sebebi laboratuvar, görüntüleme ve test imkanlarının yetersizliği olarak belirtilmiştir. Litaratür incelendiğinde Akgüneş'in fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniğine başvuru yapan hastalar ile yaptığı benzer bir çalışmada da oldukça yüksek oranlarda (%90) görüntüleme istemi yapılmasına rağmen laboratuvar, görüntüleme ve test imkanlarının yetersizliği sebebiyle değerlendirilmeyen hasta grubunun %4 olduğu görülmektedir (Akgüneş, 2023). Yine Delice ve ark., ortopedi polikliniğinde yaptığı çalışmasında hastaların tamamına yakınına görüntüleme istemi yapılmasına rağmen yarısında görüntüleme yapılamadığından yönetilemeyeceği sonucuna varılmıştır (Delice ve ark., 2023). Mevcut bu çelişki, günümüzde hekimlerin artmakta olan defansif tıp yönelimini akıllara getirebilir. Uygulanan gereksiz görüntüleme istemlerinin hem kaynakların israfına yol açtığını hem de hastaların tanı ve tedavi süreçlerinde gereksiz gecikmelere sebep olabileceği aşıkardır. Görüntüleme istemlerinin klinik gereklilikler doğrultusunda dikkatle değerlendirilmesi ve sadece gerektiğinde yapılması, sağlık sisteminin etkinliğini artıracak ve hastaların daha hızlı ve doğru bir şekilde tedavi edilmesini sağlayacaktır. Küçükceran ve ark., tarafından

yapılan çalışmadaki aile hekimlerinin spirometre veya peak-flow metre cihazlarının kullanım oranlarını ve kullanımlarında etkili olan faktörlere bakıldığında, ASM'lerde spirometri veya tepe flowmetri cihazı bulundurma zorunluluğu bulunmasına rağmen, bazı birinci basamak sağlık kuruluşlarında bu cihazların eksik olduğu ya da hekimler tarafından yetersiz kullanıldığı gözlenmiştir (Küçükceran ve ark., 2020). Mevcut çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapasitesinin artırılarak görüntüleme/test imkanlarının genişletilmesiyle birlikte hem tıp fakültesinde hem de mezuniyet sonrası bu konu ile ilgili eğitimlere ağırlık verilmesi birçok hastalığın tanı ve tedavisini bu seviyede mümkün kılabilir. Ayrıca, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, gereksiz görüntüleme istemlerinin azalmasına katkıda bulunabilir. Bu, hem sağlık çalışanlarının iş yükünü hafifletecek hem de hastaların gereksiz radyasyon maruziyetini azaltacaktır. Kaldı ki bu da temelde aile hekimlerinin temel görevlerinden biri olan koruyucu hekimliğin bir parçasıdır. Dördüncül koruma kapsamında bir aile hekimi kendi hastasını bu ve benzeri uygulamalar karşısında savunmalıdır. Ancak aile hekimine başvurmadan sağlık sistemine giriş kapısını kullanmadan giren bir hasta için bunun mümkün olamayacağı açıktır. Bu durum da yine zorunlu sevk zincirinin kıymetine ve gerekliliğine vurgu yapmaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların üçte birinin birinci basamakta yönetilebilecek olduğunu ancak reçete edilen ilaçlar SGK ödeme kapsamında olmadığı için yönetilemediği sonucuna vardık. Mevcut verilere bakıldığında SGK kısıtlaması olmayıp gerekli ilaç/rapor düzenlemelerinin, birinci basamak düzeyinde düzenlemesi durumunda yönetilebilecek hasta oranı %43,4'e ulaşmaktadır. Türkmen'in farklı bir branşta yaptığı benzer bir çalışmada katılımcıların %25,2'sinin birinci basamak hekimi tarafından yönetilebileceği, fakat hastanın gerek duyduğu ilaçların birinci basamakta reçete edilmesi durumunda geri ödeme kapsamına alınmaması nedeniyle yönetilemediği tespit edilmiştir (Türkmen, 2023). Canbolat'ın dermatoloji hastalarıyla yaptığı benzer bir çalışmada %37,1 oranında "Birinci basamakta tanı konabilir fakat tedavi başlanamaz" ile sonuçlanmış olup çalışmamız ile benzer oranlara ulaşmaktadır (Canbolat, 2023). Çalışmalarda elde edilen sonuçlar dikkate alındığında, bu durumun yalnızca göğüs hastalıkları branşı ile sınırlı kalmayıp, diğer branşları da kapsayacak bir şekilde ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarındaki hasta yoğunluğunu

azaltılabileceği görmekteyiz. Reçete edildiğinde geri ödemesi gerçekleşmeyen ilaçlar nedeniyle yönetilemeyen hasta oranının, yapılacak düzenlemelerle azaltılabileceği sonucuna varmaktayız. Bu düzenlemeler sayesinde, üst basamağa başvuran kronik akciğer hastalığına sahip hasta sayısının azaltılabileceği ve böylelikle birinci basamak hekimlerinin tedavi alanındaki kısıtlı seçenekleri dolayısıyla üst basamak sağlık kuruluşlarına yönlendirme gereksinimlerinin de azalacağı görüşündeyiz. Ancak bu azalmanın gerekliliğinin tartışmalı olduğu kanaatindeyiz. Tıpta her disiplinin kendine özgü eğitim programı olup müfredatla belirlenen yeterliliklerin kazanılması gerekmektedir. Ancak bu hedeflerin saha pratiği ile uyumlu olmadığı, bir hekimin verdiği sağlık hizmetinin aldığı eğitimden bağımsız sigorta kurumu tarafından çizilen çerçeve ile sınırlandırıldığı ülkemizin bir gerçeğidir. Her ne kadar bu sınırlandırmaların gereklilik olduğu durumlar olabilir de hekimlik sanatını icra ederken bir kısım mali sebepler ile sanata sınır çizilmesinin kabul edilemez olduğunu düşünüyoruz.

Çalışmamızda hastaların büyük bir kısmının herhangi bir yakınması olduğunda öncelikli başvurduğu sağlık tesisinin aile sağlığı merkezleri olduğu görülürken yine büyük çoğunluğu mevcut başvuru şikayetleri için aile hekimine başvurmadıklarını belirtmiştir. Litartürde benzer olarak Dr. Kuru'un kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalar ile yaptığı çalışmada katılımcıların yarısının herhangi bir sağlık probleminde ilk başvurduğu merkez aile sağlığı merkezi iken, %78,8'i aile hekimine başvurmadan kardiyoloji polikliniğine başvurduğu saptanmıştır (Kuru, 2024). Bu bulgular, Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı'nda hastane başvurularının çoğunluğunun ikinci veya üçüncü basamağa yapıldığı gerçeği ile uyumludur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021). Ayrıca, 2021 Yaşam Memnuniyeti Anketi'ne göre ASM hizmetlerinden memnuniyet oranı %70,1 olarak belirlenmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2021). Bu çelişkili durumu açıklamak için birkaç sebep üzerinde durulabilir. İlk olarak, hastaların şikayetlerine göre başvuru merkezi seçmeleri, kendilerince basit gördükleri sorunlarda veya kronik hastalığı olanların sıklıkla reçete yazdırmak amacıyla ASM'yi tercih etmeleri daha kompleks gördükleri sorunlarda ise üst basamakları tercih etme eğiliminde oldukları düşünülebilir. Ayrıca; nefes darlığı, göğüs ağrısı, hemoptizi ve kalp ritim bozukluğu gibi daha spesifik ve ajite edici sorunlarda hastaların doğrudan üst basamak sağlık kuruluşlarını tercih ettiklerini düşündürmektedir. Burada bu ayrıştırmayı disiplin olarak ayırmamış hastalık yönetimi noktasında eğitim alan aile

hekimlerinin yapması gerekirken hastaların kendilerince bu ayrıştırmayı yaparak üst basamaklara başvurabilme imkanının olması aile hekimlerinin ülkemizde tam anlamıyla sağlık sisteminin giriş kapısı olma özelliğini sorgulamaktadır.

Yaptığımız çalışmada katılımcıların yarısından fazlasının herhangi bir hekim yönlendirmesi olmadan kendi istekleri ya da aile/akraba/arkadaş önerisi ile doğrudan uzman hekimlere başvurma eğilimlerinin olduğunu ortaya koyulmuştur. Bu durum, genel bir eğilimi yansıtarak, hasta yönlendirme sistemlerinin iyileştirilmesi konusunda düzenlemeler yapılarak hastaların doğrudan uzman hekimlere başvurması yerine, aile hekimlerinin uygun yönlendirme yapabileceği bir sevk zinciri oluşturulmakla beraber; acil servis ve diğer branş hekimlerinin, hastaları gerektiğinde aile hekimlerine yönlendirmesi teşvik edilmelidir. Bu yönelimin bir diğer sebebi de hastaların ASM'ler hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları ve teknolojik yönden donanımlı hastanelerde uzmana muayene olma istekleri ile de ilişkili olabilir. Çalışmamızla benzer oranlarda Yıldız'ın çalışması da bu durumu desteklemektedir; aile hekimine başvurmama nedenleri arasında hastanın veya aile hekiminin yer değiştirmesi (%15,6), aile hekiminin mesleki yetersizliği düşüncesi (%14,9) ve ASM'nin teknik yetersizlikleri (%7,6) gibi faktörler yer almaktadır (Yıldız, 2016). Bu bulgular, ASM'leri tercih etmeme nedenlerinin bilgi eksikliği düşüncesi, uzmanlık beklentisi ve teknolojik imkanlarla ilişkili olduğunu göstermektedir. Hastaların aile hekimliği hizmetleri hakkında daha fazla bilgi sahibi olmaları sağlanmasının, aile hekimlerinin yetkinlikleri ve sunabilecekleri hizmetler hakkında bilgilendirme yapılmasının hastaların birinci basamak sağlık hizmetleri hakkındaki farkındalık düzeyine katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Çalışmamızdaki verilere göre, mevcut sağlık sorunları için öncelikle aile hekimine başvuran hastaların çoğunlukla aile hekimini pratisyen aile hekimidir. Ayrıca, aile hekiminin uzman hekim olduğunu bilen katılımcıların, aile hekiminin ünvanını bilmeyenlere göre mevcut şikayetleri için aile hekimine başvurma eğilimlerinin daha fazla olduğu görülmüştür. Türkiye'de aile hekimliği uzmanlığı serüveni 1983 yılında başlamış olup, yaygınlaşması 2010 yılında tüm illerde aile hekimliği uygulamasına geçiş ile devam etmiştir (Kantarcı, 2015). Bu süreç göz önüne alındığında, uzman hekimlerin sahada nispeten daha geç yaygınlaşması, hastaların başvuru tercihlerini

etkilemiş olabilir. Buna karşın, çalışmamızda aile hekiminin uzman olduğunu bilen hastaların ilk başvuracakları kurum olarak ASM olarak belirtme oranının diğer hasta gruplarına göre anlamlı olarak yüksek bulunduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca, katılımcıların aile hekimine başvuru sıklığı incelendiğinde, aile hekimi ünvanı uzman doktor olanların diğer hasta gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Kuruoğlu ve arkadaşlarının yaptığı ‘Aile hekimi seçiminde kriterlerin sıralanmasına’ yönelik çalışmada da aile hekiminin ‘Mesleki Özellikleri’nin hastaların tercihlerinde en önemli kriter olduğu görülmüştür. Bu kapsamda hekimin hastanın tıbbi geçmişini tanınması, bilgi ve uzmanlığı, tıbbi rapor sunabilmesi, malpraktisten kaçınma bilinci gibi faktörler yer almıştır (Kuruoğlu, 2015). Çalışmamıza bakıldığında benzer biçimde uzmanlık bilgisinin hastaların aile hekimlerine olan güvenini artırdığını göstermektedir. Sonuç olarak, aile hekimliği uzmanlarının yaygınlaşması ve toplumun bu konuda bilinçlendirilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru oranlarını artırabilir. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin güçlendirilmesi, hastaların sağlık hizmetlerine daha güvenilir bir şekilde erişimini sağlayacaktır. Bu durum, sağlık sisteminin etkinliğini ve verimliliğini artırarak, hastaların uygun sağlık hizmetine erişimini destekleyecektir.

Sonuç olarak ülkemizde aile hekimliği uygulaması, gelişmiş ülkelere kıyasla geç başlamış olup, halen iyileştirmeler gerektirmektedir. Hastaların doğrudan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvurması, hastanelerin iş yükünü artıran önemli bir etkidir. Özellikle erken teşhis, tedavi gerektiren ve mortalite ve morbidite oranları yüksek olan solunum yolu hastalıkları açısından bu durum ciddi risk oluşturabilir. Hastaların aile hekimliği hizmetlerine başvurmadan kaçınmalarının temel nedenleri arasında zorunlu sevk gerekliliği olmaması, aile hekimliği sistemi hakkında yeterince bilgi sahibi olmamaları ve aile hekimlerinin yeterli olmadığı yönündeki algıları bulunmaktadır. Bu faktörlerin detaylı şekilde araştırılması, ASM'lere başvuru oranlarını artırmak ve hastaların uygun sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak için kritik öneme sahiptir. Zorunlu sevk sistemi gibi politikalar, birinci basamak sağlık kurumlarının asıl işlevlerine kavuşmasını sağlayabilir ve daha karmaşık vakaların doğru şekilde yönlendirilmesine katkıda bulunabilir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapasitesinin artırılması ve görüntüleme/test imkanlarının genişletilmesi, birçok hastalığın tanı ve tedavisini bu seviyede mümkün

kılabileceği düşünölmektedir. Özellikle röntgen cihazları, spirometreler ve dinamik test cihazları gibi temel teşhis araçlarının sağlanması, birinci basamakta yönetilebilecek hasta oranını artırabilir. Çalışmalarda elde edilen sonuçlar, bu durumun yalnızca göğüs hastalıklarıyla sınırlı kalmayıp diğör branşları da kapsayacak şekilde, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarındaki hasta yoğunluğunu azaltılabileceğini göstermektedir. Reçete edildiği takdirde geri ödeme kapsamına alınmayan ilaçlar nedeniyle yönetilemeyen hasta oranının, yapılacak düzenlemelerle azaltılabileceği sonucuna varılmaktadır. Hastaların aile hekimliğini benimsemesi, yeterli sayıda uygun eğitim ve deneyime sahip aile hekimlerinin varlığıyla gerçekleşecektir. Bunun yanı sıra, aile hekimliğinin tanınırlığının artırılması, halkın bu hizmetten daha fazla yararlanmasını teşvik edecektir. Aile hekimlerinin sürekli eğitim almaları ve güncel bilgilerle donanmış olmaları da aile hekimliği uygulamasının kalitesini yükseltecektir. Böyle bir sistem, ASM'lerin sağlık sistemindeki rollerini güçlendirerek, sağlık hizmetlerinin verimliliğini artırabilir. Son olarak; aile hekimliği disiplininin sınırlarının netleştirilmesi ile bu sınırların alınan eğitim zemininde oluşturulmasının, bu iyileştirmelerin daha sağlam bir zeminde yapılabilmesine olanak sağlayacağı kanaatindeyiz.

6. KAYNAKLAR

- Akdeniz, M., Urgan, M., & Yaman, H. (2010). Türkiye'de bir Tıp Disiplini Olarak Aile Hekimliği'nin Gelişimi. *GeroFam*, 1(1), 29-40.
- Akdeniz, M., Kavukçu, E. (2017). Dördüncül koruma: Önce zarar verme. *Türk Aile Hekimleri Dergisi*, 21(2), 74-81.
- Akgüneş H. (2023). Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Polikliniğine Başvuran Hastaların Başvuru Sebeplerinin Birinci Basamakta Yönetilebilirliğinin İncelenmesi, Uzmanlık Tezi, Sakarya (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Aydın).
- Allen, J., Gay, B., Crebolder, H., Heyrman, J., Svab, I., & Ram, P. (2005). *The European Definition of General Practice/Family Medicine*, 1–11.
- Alma Ata Bildirgesi. (1978). (Declaration of alma-ata international conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6-12 Eylül 1978).
- Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, (64), 33-58.
- Aytekin, S. (2012). The evaluation of the family medicine practice effects on health care expenditures in Turkey. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (9), 33-44.
- Başol, E. (2015). Gelişmekte olan ülkelerde strateji: sağlık sisteminde sevk zinciri. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(8), 128-140.
- Bayram, D., Vızdıklar, C., Aydın, V., İşli, F., Akıcı, A. (2020). Birinci basamakta reçeteleme trendi ve sık karşılaşılan tanılara ait reçetelerin incelenmesi: Türkiye verisi. *Cukurova Med J*, 45(2), 695-708.
- Bossyns, P. (2006). The referral system: A neglected element in the health district concept. Eight Years Field Research in Rural Niger, Vrije Universiteit Brussel, p:285.
- Bulut, S., & Uğurluoğlu, Ö. (2020). Sağlık Hizmetlerinde Sevk Sistemi. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 5(1).
- Canbolat, A. (2023). Dermatoloji Polikliniğine Başvuran Hastaların Birinci Basamakta Yönetilebilirliğinin İncelenmesi, Uzmanlık Tezi, Sakarya (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Aydın).
- Cherry, D. K., Burt, C. W., & Woodwell, D. A. (2003). National Ambulatory Medical Care Survey: 2001 summary. *Advance Data*, (337), 1-44.
- Çağlayaner, H. (2006). Physician, patient, colleagues: Referral and consultation. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 10(1), 31-38.

Çelik, Y. (2011). Türkiye sağlık harcamalarının analizi ve sağlık harcama düzeyinin uygunluğunun değerlendirilmesi. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1), 76-77.

Çiçeklioğlu, M., Öcek, Z., Yücel, U., Özdemir, R., Türk, M., & Taner, Ş. (2013). Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştürdü? (1. Baskı). Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 27-178.

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

Evans, P. (2011). Aile Hekimliği Avrupa Tanımı. *Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları*, p:13-18.

Gérvás, J. (2012). Prevención cuaternaria en ancianos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 47(6), 266-269.

Göktaş, O. (2022). The Göktaş definition of family medicine/general practice. *Atencion Primaria*, 54(10), 102468.

Güldal, D., Günvar, T., Mevsim, V. ve Kuruoğlu, E. (2012). Aile hekimliği, çekirdek yeterlilikleri, sorunları ile uyusmuyor mu? *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 16 (3).

Hancock, T. (2016). Lifetime Prevention Schedule: a BC initiative. *Canadian family physician*, 62(6), 475–478.

Irwin, R. S. (2006). American College of Chest 12 Physicians (ACCP). Diagnosis and management of cough executive summary: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*, 129(1), 1S-23S.

Jamouille, M. (2014). The four duties of family doctors: quaternary prevention – first, do no harm. *Hong Kong Practitioner*, (36), 1-6.

Kalra, S., Kumar, A. (2019). Quinary prevention: Defined and conceptualized. *The Journal of the Pakistan Medical Association*, 69(12), 1765-1766.

Kantarcı, Y. (2015). Aile Hekimliği Uygulamasının Hasta Sağlığı Üzerine Etkisi: Nurdağı Aile Sağlığı Merkezi Örneği. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi.

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

Küçükceran, H., Agadayı, E., Vatansev, H., & Şencan, İ. (2020). Türkiye'deki Aile Hekimlerinin Spirometri ve Peak-Flow Metre Kullanma Durumları: Tanımlayıcı Bir Araştırma. *ANKARA MEDICAL JOURNAL*, 20(1), 144-152.

Mert, A. (2020). Aile Hekimliği Uzmanları Tarafından İkinci Basamakta Sık Konulan Tanılar ve Sık İstenen Laboratuvar Tetkikleri. 19. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi-Kongre Kitabı, s:90.

Orhaner, E. (2006). Türkiye’de sağlık hizmetleri finansmanı ve genel sağlık sigortası. *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakóltesi Dergisi*, 4(1), 14.

Özdemir, F. N. (2021). Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve Farkındalığın Kişilerin Sağlık Hizmeti Alma Tercihlerine Olan Etkisinin Değerlendirilmesi. S.B.Ü. Hamidiye Uluslararası Tıp Fakóltesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi E E Şimşek).

Özdemir, T., Aydın, L., Türkkamı, M. H. & Kılıç, T. (2014). Aile Hekimlerinin Göğüs Hastalıklarına Bakışı. *Ankara Medical Journal*, 14 (4).

Pratter, M. R., Curley, F. J., Dubois, J., & Irwin, R. S. (1989). Cause and evaluation of chronic dyspnea in a pulmonary disease clinic. *Archives of Internal Medicine*, 149(10), 2277-2282.

Selçuk, E. B. (2020). COVID-19 pandemisi öncesi Türkiye’de koruyucu sağlık hizmetleri. In T. Set (Ed.), Aile Hekimliği ve COVID-19 Pandemisi (ss. 8-10). Ankara, Türkiye: Türkiye Klinikleri.

Starfield, B. (2009). Primary care and equity in health: the importance to effectiveness and equity of responsiveness to peoples' needs. *Humanity & Society*, 33(1-2), 56-73.

T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2014-2018). 10. Kalkınma Planı, s. 35, md. 169, 176.

T.C. Resmî Gazete. Anayasa Mahkemesi Kararı. 21 Şubat 2008. Sayı: 2008/63.

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

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

T.C. Resmî Gazete. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. 12 Ocak 1961. Sayı: 10705, T.C. Başbakanlık Basımevi, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2003). Sağlık dönüşüm programı. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2906/saglikta-donusum-programi.html>

Tengilimoğlu, D., Çalık, C. (2000). Sağlık hizmetlerinde hizmet sunumunda görülen sorunlar ve çözüm önerileri. *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, 1(3), 11-13.

Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M. (2012). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. 10. Baskı. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, s:82.

Tengilimoğlu, D., Akbolat, M., Işık, O. (2014). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, s:57-62.

Teixeira, P. M., Lemos, F., Yaphe, J., Alves, L., & de Sousa, J. C. (2020). Respiratory medicine curriculum in Portuguese family medicine training: a Delphi study. *Pulmonology*, 1-5.

The European Conference on the Teaching of General Practitioners. (1974). The General Practice in Europa a Statement by the working party. Leeuwenhorst, Hollanda.

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

Uzuner, A. (2010). Aile Hekimliği Günlük Pratiğinde En Sık Karşılaşılan Solunum Yolu Hastalıkları: Solunum Yolunun Hangi Hastalıkları Ülkemiz Birinci Basamağı İçin Önemlidir. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 1(4), 6-12.

Ünalın, P. (2004). Aile hekimliğinin tanımı ve temel ilkeleri. *Aile Doktorları İçin Kurs Notları*, 1, 11-15.

WONCA Europe (2002). The European definition of general practice/family medicine, Barcelona. p.4-6, 7-43.

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

World Health Organization (WHO). (2015). Referral systems- a summary of Key Processes to Guide Health services Managers.

Yıldız, N. (2016). Ankara'da Üçüncü Basamak Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinin Kulak Burun Boğaz, Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon İle Dermatoloji Polikliniklerine Başvuran Hastaların Birinci Basamakta Takip Ve Tedavi Edilebilirliğinin Araştırılması. T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara İli Kamu Hastaneleri Birliği 1. Bölge Genel Sekreterliği Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği. Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Danışman: Uzm. Dr. İrfan Şencan).

Yılmaz, M., Mayda A. S., Yüksel, C., Bolu, F., Seval, O., Bayındır, K., Gençler, H., Soydan, B. S., Sarı, A. G., Sevinçer, S., Paksoy, F. K., Öztürk, Ş., Palabıyık, E., Toçoğlu, H. (2012). Bir Aile Hekimliği Merkezi'ne Başvuran Hastalara Konulan Tanılar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(3), 7-13.

7. EKLER

7.1. EK-1: Etik Kurul Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 22.09.2023-E.285282



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu



Sayı : E-71522473-050.01.04-285282 -285
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başvuru
Dosyası

22.09.2023

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir AYDIN

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

İlgi : 13.09.2023 tarih ve 285 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Göğüs Hastalıkları Polikliniğine Başvuran Hastaların Başvuru Sebeplerinin Birinci Basamakta Yönetilebilirliğinin İncelenmesi" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Ancak çalışma bitiş tarihinden itibaren en geç 3 ay içerisinde çalışma sonuç raporunun Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kuruluna gönderilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Ertuğrul GÜÇLÜ
Etik Kurulu Başkanı

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı İle Aynıdır
22.09.2023

Doğrulama Kodu: BSKUDC77U Pim Kodu: 41272

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd/cK-5783&eD=BSKUDC77U&eS=285282>

Adres: Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Kocuk Kampüsü, Kocuk,

Adapazarı/Sakarya

Telefon No: 264 295 6630 Faks No: 264 295 6629

e-Posta: tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ: www.tip.sakarya.edu.tr

Bilgi için: Hasan Konak

Unvanı: Sürekli İşçi



7.2. EK-2: Anket Formu

Göğüs Hastalıkları Polikliniğine Başvuran Hastaların Başvuru Sebeplerinin Birinci Basamakta Yönetilebilirliğinin İncelenmesi

Adı-Soyadı:

1-Yaş:

2-Cinsiyet:

☐ Kadın ☐ Erkek

3-Eğitim durumu: ☐ Yok ☐ Okur-yazar ☐ İlkokul-Ortaokul
☐ Lise. ☐ Lisans/Yüksek lisans/Doktora

4-Medeni hali:

☐ Evli ☐ Bekar ☐ Dul/Boşanmış

5-İkamet yeri:

☐ Köy ☐ İlçe merkezi ☐ İl merkezi

6- Çalışma durumu:

☐ Tam zamanlı istihdam ☐ Yarı zamanlı istihdam
☐ Serbest meslek ☐ Ev hanımı ☐ Öğrenci
☐ Emekli ☐ İşsiz

7-Ekonomik durum:

☐ Düşük ☐ Orta ☐ Yüksek

8-Tanısı konulmuş herhangi bir solunum yolu hastalığınız var mı?

☐ Evet ise ☐ Astım
☐ KOAH
☐ Allerjik solunum yolu hastalıkları
☐ Tübeküloz (Verem)
☐ Pulmoner Emboli
☐ Malignite (Kanser)
☐ İntersitisyel akciğer hastalığı
☐ OSAS (Uyku apnesi)
☐ Diğer:

☐ Hayır

9-Göğüs hastalıkları ya da solunum yolları ile ilgili ilaçlar kullanıyor musunuz?

- ☐ Evet ise ☐ İnhaler
 ☐ Nebül
 ☐ Tablet/Şurup
 ☐ Oksijen Konsantratörü
 ☐ Diğer
- ☐ Hayır

10-Göğüs hastalıklarıyla ilgili ilaç raporunuz var mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır

11-Aşağıdaki hastalıklardan biri ile alakalı daha önce tanı aldınız mı?

- ☐ Evet ise ☐ Diyabet (Şeker hastalığı)
 ☐ Hipertansiyon (Yüksek Tansiyon)
 ☐ SVO (İnme)
 ☐ Obezite
 ☐ Hiperlipidemi (Kolesterol)
 ☐ Koroner arter hastalığı (Kalp Hastalığı)

- ☐ Hayır

12-Herhangi bir sağlık probleminde ilk başvurduğu merkez sıklıkla neresidir?

- ☐ Aile Sağlık Merkezi
☐ Devlet Hastaneleri (İkinci basamak)
☐ Eğitim ve Araştırma Hastanesi/Tıp Fakültesi
☐ Özel Hastane

13-Aile hekiminizi tanıyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

14-Aile sağlığı merkezinde bağlı olduğunuz doktor aile hekimi uzmanı mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilgim yok

15-Aile sağlığı merkezine ne sıklıkla başvuruyorsunuz?

- ☐ Hiç gitmiyorum
☐ Yılda 1-3 kez
☐ Yılda 4-10 kez
☐ Yılda 10'dan fazla

16-Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuru şikayetiniz nedir?

- ☐ Nefes darlığı
- ☐ Öksürük
- ☐ Balgam
- ☐ Hapşırma
- ☐ Göğüs ve sırt ağrısı
- ☐ Kan tükürme
- ☐ Kontrol/Takip
- ☐ Diğer.....

17-Bu şikayetiniz ne kadar süredir mevcut?.....Hafta

18-Bu şikayet ile göğüs hastalıkları polikliniğine ilk başvurunuz mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

19-Bu şikayetiniz için aile hekiminize başvurduğunuz mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

(Evet ise 20. sorudan devam edin. Hayır ise 26. soruya geçiniz)

20-Aile hekiminiz tahlil/tetkik yaptı mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

21-Aile hekiminiz tedavi verdi mi?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

22-Aile hekiminizin tedavi verdi ise fayda gördünüz mü?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Kısmen

23-Aile hekiminiz öneride bulundu mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

24-Aile hekiminiz Göğüs hastalıkları polikliniğine sevk etti mi?

- ☐ Evet ise
 - ☐ Geçmeyen şikayetler
 - ☐ İleri düzey tetkik/görüntüleme/tedavi için
 - ☐ Girişimsel müdahale
- ☐ Hayır

25-Aile hekimi tanısı.....

26-Neden aile hekiminize başvurmadınız?

- ☐ Branş uzmanına muayene olmak istedim.
- ☐ Aile hekimini yetersiz kalacağını düşündüm.
- ☐ Acil servis/farklı branş hekimi göğüs hastalıkları polikliniğine yönlendirdi.
- ☐ Tetkik ve görüntüleme yöntemlerini yetersiz buldum.
- ☐ Ulaşım imkanlarım nedeniyle.
- ☐ ASM'ye başvurmak aklıma gelmedi.
- ☐ Diğer.....

27-Göğüs hastalıkları polikliniğine kim yönlendirdi?

- ☐ Kendim
- ☐ Aile/Komşu/Arkadaş
- ☐ Diğer branş hekimleri
- ☐ MHRS

28- Göğüs hastalıkları uzmanı laboratuvar tetkiki ihtiyacı duydu mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

29-Evet ise bu tetkikler ASM de yapılabilir mi?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Kısmen

30- Göğüs hastalıkları uzmanı görüntüleme ihtiyacı duydu mu?

- ☐ Evet ise
 - ☐ Direkt Grafi
 - ☐ Bilgisayarlı Tomografi
 - ☐ MR
 - ☐ Ultrasonografi
 - ☐ PET-CT
 - ☐ Diğer.....

- ☐ Hayır

31- Göğüs hastalıkları uzmanı dinamik testlere (SFT, deri prick vb.) ihtiyaç duydu mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

32- Göğüs hastalıkları uzmanı girişimsel işlem yaptı mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

33-Göğüs hastalıkları uzmanı tanısı.....

34- Göğüs hastalıkları uzmanına göre bu hastanın birinci basamakta yönetimi yapılabilir miydi?

- ☐ Evet, tanısı konulup yönetilebilirdi.
- ☐ Evet, tanısı konulup yönetilebilirdi ancak reçete edilen ilaçlar SGK kapsamında olmadığı için yönetilemeyebilirdi.
- ☐ Hayır, laboratuvar\görüntüleme\test imkânı yetersizliğinden kaynaklı yönetilemezdi.
- ☐ Hayır, girişimsel işlem gerektirdiği için yönetilemezdi.
- ☐ Hayır, uzmanlık bilgisi gerektirdiği için yönetilemezdi
- ☐ Göğüs hastalıkları kliniğinde tanı ve tedavisi yapılamaz. (Hatalı poliklinik başvurusu)

ÖZGEÇMİŞ

Adı	Feyza	Soyadı	Karagöz
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
Uyruğu	T.C.	Tel	
E-posta			
Eğitim Düzeyi	Mezun Olduğu Kurumun Adı		Mezuniyet Yılı
Lisans	Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi		2020
İş Deneyimi			
Görevi	Kurum		Süre
Pratisyen Hekim	Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi		2020-2021
Araştırma Görevlisi	Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi		2021-
Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	Orta	Orta