



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİR ÜNİVERSİTE AİLE HEKİMLİĞİ
POLİKLİNİĞİNİN HASTA PROFİLİ VE
BAŞVURU NEDENLERİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. EREN GÖKÇE

DANIŞMAN

Prof. Dr. Güzel DİŞCİGİL

AYDIN-2015

T.C.

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİR ÜNİVERSİTE AİLE HEKİMLİĞİ
POLİKLİNİĞİNİN HASTA PROFİLİ VE
BAŞVURU NEDENLERİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. EREN GÖKÇE

DANIŞMAN

Prof. Dr. Güzel DİŞCİGİL

AYDIN-2015

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim boyunca her anımda yanımda olan ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen **AİLEM'e**

Bu zorlu asistanlık eğitim sürecinde bilgi, tecrübe ve birikimlerini bizlerle paylaşan tüm **ANABİLİM DALI HOCALARIM'a**

İyi günde de kötü günde de yanlarında olmaktan olmaktan büyük mutluluk duyduğum **ASİSTAN ARKADAŞLARIM** ve **GÜNNUR HANIM'a**

Özellikle tez sürecinde her zaman yardımcı olup anlayış gösteren ve bilim insanı olmayı öğreten **PROF. DR. GÜZEL DİŞCİGİL'e**

Varlığıyla beni mutlu eden, bitmek bilmeyen enerjisiyle beni hayata bağlayan, varlığını hep yanımda hissettiğim **ELİF DİNÇER'e**

TEŞEKKÜRLERİMİ BİR BORÇ BİLİRİM

Dr. EREN GÖKÇE

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
TABLO DİZİNİ	iv
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. AİLE HEKİMLİĞİ / GENEL PRATİSYENLİĞİN TANIMI	3
2.2. AİLE HEKİMLİĞİ / TEMEL ÖZELLİKLER	4
2.3. AİLE HEKİMİ UZMANININ ÇEKİRDEK YETERLİLİKLERİ	6
2.4. DÜNYA'DA ve TÜRKİYE'DE AİLE HEKİMLİĞİNİN GELİŞİMİ	8
2.4.1. AİLE HEKİMLİĞİNİN TARİHÇESİ	8
2.4.2. TÜRKİYE'DE AİLE HEKİMLİĞİNİN GELİŞİMİ	10
2.4.2.1. 1983 ÖNCESİ DÖNEM	10
2.4.2.2. 1983-2003 ARASI DÖNEM	11
2.4.2.3. 2003 SONRASI DÖNEM	12
2.5. NEDEN AİLE HEKİMLİĞİ	12
2.6. DÜNYADA AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMALARI	16
2.7. AİLE HEKİMLİĞİNİN BUGÜNÜ	21
2.8. AİLE HEKİMLİĞİNDE KAYIT TUTMA VE ÖNEMİ	23
2.9. AİLE HEKİMİNİN GÖREVLERİ VE KLİNİK YÖNÜ	25
2.10. TSM'NİN AİLE HEKİMLİĞİNDEKİ YERİ	29
3. GEREÇ-YÖNTEM	31
4. BULGULAR	33
4.1. DEMOGRAFİK BİLGİLER	33
4.2. BAŞVURU SIKLIĞI VE NEDENLERİ	34
4.3. TANILAR	38

4.4. YÖNETİM PLANI.....	42
5. TARTIŞMA	48
5.1. Demografik Özelliklerin Değerlendirilmesi	48
5.2. Başvuru Sıklığı, Nedenleri ve Tanılar	49
5.3. Yönetim Planı ve Danışmanlık Konuları	50
6. SONUÇ	53
7. ÖZET	54
8. SUMMARY	56
8. KAYNAKLAR	58

TABLO DİZİNİ

Tablo I. Başvuruların yıllar içinde dağılımı ve aylık ortalama başvuru sayısı.....	33
Tablo II. Yaş gruplarına göre başvuran hastaların dağılımı.....	33
Tablo III. Başvuru sıklığına göre dağılım.....	34
Tablo IV. Tüm başvuru nedenlerinin sıklık sırasına göre dağılımı.....	34
Tablo V. Hastaların ilk ve ikinci başvuru nedeni olarak belirttikleri yakınmaların dağılımı.....	35
Tablo VI. Yaş gruplarına göre başvuru nedenlerinin dağılımı.....	36
Tablo VII. Başvuru nedenlerinin cinsiyete göre dağılımı.....	37
Tablo VIII. Sıklık sırasına göre ilk 20 tanı.....	38
Tablo IX. Ön tanı ve kesin tanıların dağılımı.....	39
Tablo X. Ön tanıların yaş gruplarına göre dağılımı.....	40
Tablo XI. Ön tanıların cinsiyete göre dağılımı.....	41
Tablo XII. Tanılara göre gerçekleştirilen yönetim planı.....	42
Tablo XIII. Hastalara en sık verilen danışmanlık konuları	43
Tablo XIV. Danışmanlık konularının yaş gruplarına göre dağılımı.....	44
Tablo XV. Başvuru nedenlerine göre danışmanlık konularının dağılımı.....	45
Tablo XVI. Ön tanılarına göre verilen danışmanlık konularının dağılımı	46
Tablo XVII. Başvuru nedenlerine göre gerçekleştirilen yönetim planı.....	47

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık hizmeti sunumuna giriş kapısı olup bireye en yakın ve en kolay ulaşılabilecek konumdadır. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri, 2010 yılının sonunda tüm yurttan uygulamaya geçen aile hekimliği sistemi ile aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezleri tarafından yürütülmektedir. Bireysel birinci basamak sağlık hizmetleri aile sağlığı merkezleri tarafından verilmektedir. Aile sağlığı merkezlerinde aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanları görev yapmaktadır.

WONCA'nın tanımına göre aile hekimliği, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlık alanıdır. Esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayırımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu kişisel doktorlardır.

Aile hekimleri, kişiyi ailesi ve içinde yaşadığı toplum ile birlikte bir bütün olarak ele alıp tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini bir arada sunan ve kendi sorumluluğu altındaki kişilerin hem biyolojik, hem ruhsal, hem de sosyal yönleriyle ilgilenen, kişilerin serbestçe seçebildikleri hekimlerdir. Aile hekimliği uygulamasında, ayrışmamış ve organize olmamış rahatsızlıklar önemli bir yer tutmaktadır. Ayrışmamış ve organize olmamış rahatsızlıklar, disiplinin kendine özgü problem çözme sistematiği içerisinde yönetilmektedir. Aile Hekimlerinin görevleri arasında; sorumluluğu altındaki kişilerle sürekli ilişki halinde olarak onları izlemek, erken tanı ve tedaviyi sağlamak, birinci basamağa özgü bireye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini sunmak, kronik hastalıklarda sürekli bakım ve tedavi sağlamak, bireylerin yaşam kalitelerini ve sağlık düzeylerini geliştirmeye çalışarak toplumun gelişmesine katkı sağlamak bulunmaktadır.

Aile hekimliği uygulamasında hastaya ait bilgiler çok önemli bir yer tutar. İyi bir hasta bakımının sağlanması hasta kayıtlarının düzenli tutulmasıyla mümkündür. Ayrıca kayıtlar hekimin kendi deneyimini artırma ve derinleştirilmesi için bir araçtır. Rahatsızlıkların klinik seyri, başvuru sıklığı hakkında bilgi verir, kişisel veya bağlı nüfusa yönelik koruyucu hekimlik uygulamalarının organize bir

yaklaşımıla sunulabilmesi için veri sağlar. Tutulan kayıtlar yeterli ise klinik araştırmada kullanılabilirler. Kayıtlar, aile hekimliği biriminin hafızası olup hizmetin niteliğini değerlendirmek ve geliştirmek için kullanılacak değerli gereçlerdir.

Aile hekimleri, hizmet sunduğu birey ve toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesi için sağlık eğitimi vermektedirler. Aile hekiminin görevleri arasında birey olarak hastasına hastalığı ile ilgili bilgi vermenin yanı sıra, bulaşıcı hastalıklardan korunma, aile planlaması, çocuk sağlığı, beslenme ve aşılama gibi konularda da danışmanlık vermek yer alır. Ayrıca başvuru nedenini ve kişinin sağlık durumunu değerlendirerek doğru yönetim planı oluşturmakla yükümlüdür. Bu nedenle aile hekimliği uygulamasında başvuru nedenlerinin, konmuş tanılarının, verilen danışmanlık hizmetinin ve uygulanan hasta yönetim planlarının incelenmesi önemlidir.

Bu doğrultuda biz, aile hekimliği polikliniğimize başvuran hastaların kayıtlarını inceleyerek; başvuru nedenlerini, tanıları, danışmanlık hizmetini, uygulanan yönetim planını, sevk ve konsültasyon işlemlerini değerlendirmeyi ve polikliniğimize başvuran hasta profilini ortaya koymayı amaçladık. Araştırmamızın sonuçlarının, aile hekimliği uzmanlık eğitimi ve uygulamasına katkıda bulunacağını umuyoruz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Hekimliği / Genel Pratisyenliğin Tanımı

Sağlık Bakanlığına göre aile hekimleri; bireylerin ve aile fertlerinin ikamet yerlerinin yakınlarında ya da kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleridir (1).

Aile hekimliğinin mesleksel görevleri sağlık sisteminden, bireylerin gereksinim ve isteklerinden etkilenmektedir. Bu yüzden her ülke kendine özgü aile hekimliği tanımı geliştirmek durumunda kalmıştır. Bir bilim dalı olan aile hekimliğinde bu karışıklığı gidermek, bilim dalı olmanın gereklerini yerine getirmek adına dünya çapında uzlaşma sağlanarak WONCA tarafından yeni bir tanım belirlenmiştir. Bu tanımına göre ise; Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturarak, yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenen, bu bağlamda bütüncül, kapsamlı ve koordineli bir bakım sağlayarak özgün görüşme süreci ve problem çözme becerileri ile bireye, ailesine ve topluma yönelik bir yaklaşım geliştiren birinci basamak yönelimli akademik ve bilimsel bir uzmanlık alanıdır (2).

Aile hekimliğini kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlık alanı olarak tanımlayabiliriz (3).

Aile hekimi, ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın 1985'te çıkardığı uzmanlık tüzüğüne göre tıp fakültesi eğitimi sonrası en az üç yıl uzmanlık eğitimi alan, kişisel, bütüncül ve sürekli olarak birinci basamak sağlık hizmeti sunan, bu konuda uzmanlaşmış tıp doktorudur. Bazı ülkelerde ise uluslararası standartlara göre mezuniyet sonrası eğitim almış olan birinci basamak hekimi, "Genel Pratisyen"

adını almaktadır. Mezuniyet sonrası eğitimin üç yıl süreyle zorunlu hale gelmesi, değişen sağlık sistemlerinde gittikçe daha büyük bir rol almakta olan aile hekimleri için çok önemlidir. Hastanın sistemle ilk karşılaştığı kişi olan aile hekiminin eğitimi, hastanın birinci basamakta tedavi edilip edilemeyeceğini, diğer branş uzmanına ve/veya hastaneye sevkinin gerekip gerekmeyeceğini ayırt edebilecek, güncel tarama, korunma, tedavi ve takip protokollerini uygulayabilecek ve birinci basamağın gerektirdiği gibi multidisipliner araştırmalar yapıp yürütebilecek nitelikte olmalıdır (4).

Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik hem bir disiplin, hem de bir uzmanlık olarak tanımlanmalıdır. Disiplinin oluşturduğu akademik temelin ve çerçevenin tanımlanması, eğitim, araştırma ve kalite geliştirme alanlarının bilgilendirilmesi için gerekli; uzmanlığın gerekliliği ise bu akademik tanımın tüm Avrupa sağlık sistemlerinde hastalarla çalışan uzman aile hekimi kavramına dönüştürülmesi içindir.

2.2. Aile Hekimliği / Temel Özellikler

Genel Pratisyenler / Aile Hekimleri, disiplinin ilkelerine göre eğitilmiş uzman hekimlerdir. Esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayırımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu kişisel doktorlardır. Bireylere kendi aile, toplum ve kültürleri bağlamında hizmet sunarlar; bunu yaparken de her zaman hastalarının bağımsız kişiliklerine saygı duyarlar. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluk taşırlar. Rahatsızlıklarının yönetim planlarını hastalarıyla görüşürken, yineleyen temaslarla oluşan bilgi birikimini ve güveni kullanarak fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal etkenleri birlikte değerlendirirler. Genel Pratisyenler / Aile Hekimleri mesleki görevlerini, sağlığı geliştirerek, hastalıkları önleyerek, sağaltım, bakım ya da rahatsızlıklarda hafifleme sağlayarak yerine getirirler. Bu sağlık gereksinimlerine ve hizmet sundukları toplumun var olan kaynaklarına göre ve gerektiğinde bu hizmetlere ulaşmada hastalara yardımcı olarak ya doğrudan kendileri tarafından ya da diğer meslek çalışanlarının hizmetleri aracılığıyla gerçekleştirilir. Aile hekimleri etkili ve güvenli

bir hasta bakımı için, kendi becerilerini, kişisel yaşamlarındaki dengeleri ve değerleri sürdürme ve geliştirme sorumluluğunu üstlenmek zorundadırlar (5).

Aile Hekimliği disiplininin, kendine özgü özellikleri vardır ve bunlar şöyle sıralanabilir (6);

a)Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur

Hizmet almak isteyenlere giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir (6).

b) Kendine özgü görüşme süreci vardır

Bu süreç etkili bir iletişimle doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar. Aile Hekiminin ilgisi hastalığın sadece belirli bir evresiyle sınırlı değildir ve kişilerin sağlıklı dönemleri de dâhil olmak üzere tüm yaşantılarını kapsar. Yani, kişiye gerek sağlıklı iken gerekse hastalığında sürekli hizmet sunan bir uygulamadır. Bakımın sürekliliğiyle ilgili olarak, organik hastalıkların belirti ve bulgularını saptaması ve fonksiyonel sorunlardan ayrılması kolaylaşır. Duygusal ve sosyal çatışmalardan kaynaklanan sorunlar en iyi birey, aile ve sosyal geçmişi hakkında bilgi sahibi olan hekim işbirliği ile çözülebilir. Bu bilgiler sadece hastanın davranış paternleri ve değişen sıkıntı durumlarına tepkilerin uzun süre gözlenmesiyle elde edilen delillerden sağlanabilir (6).

c) Birey-merkezli yaklaşımı benimser

Hastanın kendi rahatsızlığına nasıl yaklaştığını ve onunla nasıl başa çıktığını anlamak, hastalık sürecinin bizzat kendisiyle uğraşmak kadar önemlidir (6).

d) Gelişiminin erken evresinde henüz ayrılaşmamış olarak ortaya çıkan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir

Hastasını şahsen tanıyan bir doktor, sadece epizodik bakım veren doktora göre daha kapsamlı bir sağlık hizmeti verdiği gibi bunu daha ekonomik olarak da yapabilir. Sorunların doğasını daha hızlı ve etkili değerlendirir. Olası tanıları ayırt

edebilmek için pahalı laboratuvar ve radyolojik yöntemlere daha az ihtiyaç duyar (6).

e) Toplumdaki rahatsızlıkların prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır

Problemler, toplum ortamında çalışan aile hekimlerine, ikinci basamakta olduğundan farklı bir şekilde sunulur. Hiçbir ön eleme olmadığı için rahatsızlıkların prevalans ve insidansı hastane ortamından farklıdır ve ciddi hastalıklar birinci basamakta hastanede olduğundan daha az sıklıkla görülür. Bu ise hastalara ve içinde yaşadıkları topluma ilişkin bilgilerin kullanıldığı ve olasılığa dayalı özgün bir karar verme süreci gerektirir (6).

f) Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar

Bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunmanlık göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar (6).

g) Sağlık hizmetlerine kolay ulaşım sağlar

Bu ulaşılabilirlik hem coğrafi hem de kültürel anlamda sağlanırken mali sorunlardan etkilenmemelidir (6).

h) Sorunları aile ve kişinin sosyal örüntüsü bağlamında ele alır

Hastalar pek çok doktor tarafından ayrı ayrı değerlendirilebilir. Branş hekimleri kendi branşları dahilinde olan sorunla ilgilenerek hastanın sosyal ve kültürel ortamını gözden kaçırabilir. Aile hekimi hastasını bütüncül yaklaşım kapsamında ele alır (6).

2.3. Aile Hekimi Uzmanının Çekirdek Yeterlilikleri

Bu disiplinin ilkelerine göre yetişen uzmanların sahip olmaları beklenen altı temel yeterlilik tanımlanmıştır. Bunlar (7);

Birincil bakım yönetimi

a) hastalarla ilk teması yönetebilme,

b) gerektiğinde hastanın savunmanlığını üstlenerek ve birinci basamaktaki diğer sağlık çalışanlarının ve diğer uzmanların verdiği hizmetleri koordine ederek etkili ve uygun bir sağlık bakımı sunabilme.

Kişi merkezli bakım

c) hastalarla ve sorunlarla uğraşırken kişi merkezli bir yaklaşım benimseyebilme,

d) aile hekimliği hasta görüşmesini etkili bir hekim-hasta ilişkisi oluşturmak üzere kullanabilme ve geliştirebilme,

e) bakımın hastanın gereksinimleriyle belirlenen sürekliliğini sağlama.

Özgün problem çözme becerileri

f) rahatsızlıkların toplum içindeki prevalansı ve insidansı ile belirlenen özgün karar verme sürecini kullanabilme

g) erken dönemde ve henüz ayrılaşmamış bir şekilde kendini gösterebilen durumları yönetebilme ve gerektiğinde ivedi girişimlerde bulunabilme.

Kapsamlı bakım

h) bireyin hem akut hem de kronik sorunlarını aynı anda yönetebilme

i) sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi stratejilerini uygun bir şekilde uygulayarak sağlığı ve iyilik durumunu geliştirebilme.

Toplum temellilik

j) birey olarak hastaların sağlık gereksinimleriyle onların içinde yaşadıkları toplumun sağlık gereksinimlerini, var olan kaynakların kullanımı açısından bir denge içinde uzlaştırabilme

Bütüncül yaklaşım

k) kişilere yaklaşımda kültürel ve varoluş boyutlarını dikkate alan biyopsikososyal bir model kullanabilme

2.4. Dünyada ve Türkiyede Aile Hekimliğinin Gelişimi

2.4.1. Aile Hekimliğinin Tarihçesi

Aile Hekimliğini, tarihsel genel pratisyenliğin 1960'lardaki dönüm noktası ya da modern dönüşümü, ya da bu dönüşümü tamamlayan modern tıpte yeni bir hekimliğin ortaya çıkışı olarak ifade edebiliriz. Başta Büyük Britanya, Kanada, Avustralya, Yeni Zelanda ve ABD olmak üzere özellikle İngilizce konuşulan endüstrileşmiş ülkelerde, genel pratisyenliğin modern dönüşümünü ya da tıptaki önüne geçilemez uzmanlaşma ve teknoloji kullanımı ortamında kendine yer bulan yeni tıpte bir hekimin ortaya çıkışını temsil etmiştir (8).

Bilimsel bir tıp disiplini özellikleri olan ayırt edici bir bilgi temeli, özgün meslek eğitimi, kendine özgü uygulama ve etkin araştırma alanı olan aile hekimliğinin bir disiplin olma süreci esas olarak 20.Yüzyıl'ın üçüncü çeyreğinde başlamış ve bugün tüm dünyada özgün bir tıp disiplini ve uzmanlık alanı olarak kabul edilmiştir. Öte yandan aile hekimliği bir meslek olarak yalnızca tıbbın temel varsayımlarını yeniden ele alarak gelişmemiştir; kısmen daha kolay ulaşılabilir ve kişisel bakıma olan toplumsal gereksinime ve sağlık sektörünün hastalara uygulamış olduğu zorluklara cevap olarak ortaya çıkmıştır. Yani bir anlamda aile hekimliğinin bir disiplin olarak ortaya çıkması ya da tarihsel genel pratisyenliğin aile hekimliği adı altında disiplinleşmesi toplumsal bir gereksinimden doğmuştur (9).

Aile hekimine (AH) olan gereksinim ilk kez 1923 yılında kendisi bir dahiliye uzmanı olan Francis Peabody tarafından gündeme getirilmiş ve tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığını ve kapsamlı ve kişisel sağlık hizmeti veren bir uzmanlık dalının gerekliliği vurgulanmıştır (10).

Bu görüşün ilk yansıması 1952 yılında İngiltere'de Royal College of General Practitioners(Genel Pratisyenlik Akademisi)'in kurulması olmuştur. Bunun

ardından American Medical Association (Amerikan Tıp Birliği)'ın 1966 yılında Milis ve Willard Raporları'nı yayınlaması sonrasında Amerika Birleşik Devletleri'nde 1969 yılında birincil bakım konusunda çalışan yeni bir uzmanlık dalı "Aile Hekimliği" tanınmış ve Board of Family Practice (Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu) kurulmuştur (14,16).

1978 yılında Alma Ata'da yapılan Temel Sağlık Hizmetleri konulu uluslararası konferans, dünyadaki tüm insanların sağlıklarını korumak ve daha iyi bir duruma getirmek için tüm hükümetlerin, tüm sağlık ve kalkınmada görevli olanların ve dünya toplumlarının en kısa zamanda gerekli işlemlerin yapılmasına olan gereksinmeyi belirleyen bildiriği yayınlamıştır. Alma Ata Konferansı'nın çok önemli sonuçlarından birisi de dünya ülkelerine çağdaş tıp anlayışının bir sonucu olarak "2000 Yılında Herkese Sağlık" başlığı altında toplanan bir kısım hedefler ve stratejiler ve hedefler gösterilmiş olmasıdır. Özellikle birinci basamak sağlık hizmet sunumunun kendine özgü bilgi ve koşullar içerdiği ve bunun uzmanlaşmış hekimlerce verilmesi gerektiğinin vurgulanmasıyla tüm dünyada bu konuda çalışmalar başlatılmış ve ülkeler sağlık sistem ve politikalarını bu görüş doğrultusunda yeniden gözden geçirmişlerdir (11). WHO ve WONCA temsilcilerinin ortak imzaları ile yayınlanan giriş bölümünde: "Kapsamlı, sürekli, koordine edilen ve kişiye özel bir sağlık hizmeti verilmesinin sağlanması özellikle Aile Hekimleri çok önemli bir konuma sahiptir. Birinci basamak sağlık hizmetinin diğer çalışanları yanında onların rolü, sağlık alanında kaynakların optimal biçimde değerlendirilebilmesi için çok önemli görülmektedir. Bireysel ve toplumsal sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu geliştirmeleri durumunda, geleceğın sağlık sistemleri içinde rolleri daha da belirgin olacaktır" sözlerine yer verilmekte, özet bölümünde ise şu ifade yer almaktadır; "İnsanların ihtiyaçlarını karşılamak için, sağlık hizmet sisteminde, tıp mesleğinde, tıp fakültelerinde ve diğer eğitim kuruluşlarında köklü değişiklikler yapılmalıdır. Aile Hekimi sağlık hizmet sistemlerinde kaliteye, maliyet etkinliğine ve adillığe ulaşılmasında merkezi role sahip olmalıdır. Bu sorumluluğu yerine getirebilmek için aile hekimi, hasta bakımında yetkin olmalı, bireysel ve toplumsal sağlık hizmetini bir bütün halinde ele almalıdır. Bu amaç doğrultusunda Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Dünya Aile Hekimleri Örgütü (WONCA) tarihi bir işbirliği gerçekleştirmektedir (12). Aynı

dokümanda "Toplumun Gereksinimlerini Gözeten Bir Sağlık Hizmeti ve Tıp Eğitim Sistemi Oluşturmak İçin Öneriler" bölümünde: Aile hekimliği bir uzmanlık dalı olarak tanınmalı ve çalışmalı, aile hekimliği uzmanlık disiplini her tıp fakültesinde öğretilmeli ve aile hekimi/dal uzmanı dengesi kurulmalı, her ülkede aile hekimliği mezuniyet sonrası uzmanlık eğitimi verilmelidir şeklinde ana maddeler yer almıştır. Avrupa Topluluğu 1 Ocak 1995'te yürürlüğe giren bir kararla birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışacak hekimlerin fakülte sonrası en az 2 yıl eğitim almasını zorunlu kılmış, 1 Ocak 1996'da ise eğitim süresi 3 yıla çıkarılmıştır. Günümüzde uygulamada ve adlandırmada farklılıklar olsa da dünya ülkelerinin birçoğunda aile hekimliği birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır (12).

2.4.2. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Gelişimi

Türkiye’nin birinci basamak hizmet sunumu modeli olarak aile hekimliğine geçişi uzun bir süreci kapsar. Cumhuriyetin ilk yıllarında başlayan bu süreci üçe ayırabiliriz (13).

2.4.2.1. 1983 Öncesi Dönem

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin gelişimi ve organizasyonunda, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bireylere ulaştırılması yönündeki çalışmalar cumhuriyetin ilanından günümüze kadar uzanan gelişim sürecinde yer almıştır. Cumhuriyetin ilan edilmesinin ilk yıllarında itibaren ülkemizdeki bugünkü sağlık teşkilatlandırması ve sağlık hizmetlerinin temeli atılmıştır. Cumhuriyet döneminde bir yandan tedavi hizmet ağı genişletilmek istenirken öteki yandan da koruyucu sağlık hizmetlerinde adımlar atılmıştır. Cumhuriyet’in ilanı sonrası Dr. Refik Saydam ülkemizde sağlık hizmetlerinin kuruluşunda ve gelişmesinde büyük katkılar sağlamıştır. Umumi Hıfzı Sıhha Kanunu (1930)’nda yer alan sağlık politikaları sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması, koruyucu ve tedavi edici hekimliğin yürütülmesi, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, tıp fakültelerine ilginin artırılmasına yönelik ilkeler mevcut olup bu ilkeler ışığında sağlık hizmetleri, “geniş bölgede tek amaçlı”/“dikey örgütlenme” modeli ile yürütülmüştür. Nüfusun çok olduğu yerlerden başlayarak muayene ve tedavi evleri açılmış, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler desteklenmiştir.

1932 yılında kayıtlara geçen bir fotoğrafta yapılan bir törende “Aile Tabibi” istiyoruz pankartı, Aile Hekimliğinin cumhuriyetin ilk yıllarında gündeme geldiğini, en azından bilindiğini de göstermektedir (13). Daha sonraları 1947 yılında ülkemizde tanınan 22 uzmanlık dalından bir tanesi de “Genel Sağlık Uzmanlığı” olmuştur. Yapılan planlamalarda her 40 köye kurulacak bir sağlık merkezinde genel sağlık uzmanlarının hizmet vermesi öngörülmüştü. 1955 yılında “Genel Sağlık Uzmanlığı” tüzükten çıkartılınca bu alanda daha ileri bir gelişme yaşanmamıştır (14).

1960’lı yılların hemen başında 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” çıkarılmış ve ülke çapında kolay ulaşılabilir birinci basamak hizmeti tarif edilerek bu hizmetlerin verileceği sağlık ocakları açılmıştır (224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun). Ancak çok çeşitli nedenlerle kanun uygulamasının ülke geneline yaygınlaştırılamaması hastane temelli tedavi edici hekimlik modelinin toplumda ön plana geçip kabul görmesine neden olmuştur. 224 sayılı kanunun söylenen olumsuzluklardan ötürü uygulanamamasından dolayı Prof. Dr. Nusret Fişek 1980’li yılların başında bugünkü aile hekimliğini tarif ederek temellerini oluşturmuştur (14).

2.4.2.2. 1983-2003 Arası Dönem

Aile Hekimliği, bir tıp disiplini olarak bu dönemde gelişmeye başlamıştır. Ana hedefler bir uzmanlık dalına sahip olmak, bir uzmanlık dalı olarak örgütlenmek olmuştur. Ancak aile hekimi uzmanı olarak sahada yer almaları 2005 yılında gerçekleşmiştir.

1980 sonrası liberal politikalar uygulanmaya başlayınca buna paralel olarak kişisel hekimlik olarak değerlendirilen aile hekimliği modeli yeniden gündeme gelip 5 Temmuz 1983’te aile hekimliği uzmanlığı, “Tababet Uzmanlık Tüzüğü”nde yer almıştır (15). Ülkemizde ilk defa aile hekimliği uzmanlık eğitimi İstanbul, Ankara ve İzmir’de sağlık bakanlığı ve SSK’ya bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde başlamıştır (13,17). 36 aylık hastane rotasyonları şeklinde olan bu eğitimler diğer kliniklerinin şefleri tarafından yürütülmüştür. 1987 yılında TUS yabancı dil puanıyla ilk asistan/araştırma görevlileri eğitime başlamıştır.

Bununla beraber 1990 yılında kurulan Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD) 1998 yılında Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) adını almıştır (13). 16 Temmuz 1993 yılında YÖK kararıyla Dahili tıp bilimlerine bağlı ABD kurulmasına karar verilmiş ve ilk kez 17 Eylül 1993'te Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde Aile Hekimliği ABD kurulmuştur (19). İlk ulusal kongrede aynı yıl düzenlenmiş ve "Türkiye Aile Hekimliği Dergisi" 1997 yılında yayınlanmıştır.

2.4.2.3. 2003 Sonrası Dönem

Aile hekimi asistanlarının sayıca arttığı, üniversitelerde aile hekimliği anabilim dallarının açılmaya başladığı, eğitim ve araştırma hastanelerinde aile hekimliği kliniklerinin açıldığı bir dönemdir. Türkiye'de ve dünyada yapılan uygulamalar gözden geçirilerek Türkiye'ye özgü bir model olan aile hekimliği pilot kanunu (5258 sayılı kanun) 24.11.2004 tarihinde TBMM de onaylanıp 09.12.2004 tarihinde 25655 sayılı resmi gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. 5258 sayılı kanuna göre aile hekimliği pilot uygulaması ülkemizde birinci basamak uyum eğitimlerinin tamamlanmasından sonra 15.09.2005'te ilk kez Düzce'de gerçekleşmiştir.2006 yılında 7 olan sisteme dahil olan il sayısı 2009 da 35'e ulaşmış ve 2010 yılında tüm yurda yayılmıştır. Aralık 2013 tarihi itibarıyla ülkemizde var olan 86 tıp fakültesinin 63'ünde aile hekimliği anabilim dalı bulunmaktaydı; Aile hekimliği bölümlerinde 2004 yılında 94 olan öğretim elemanı sayısı 2013 yılı sonunda %88,3'luk bir artışla177'ye yükselmiştir. 2013 yılı itibari ile AH anabilim dallarında, 27 profesör (%15,3), 56 doçent(%31,6), 54 yardımcı doçent (%30,5) ve 40 öğretim görevlisi ya da uzman (%22,6) olmak üzere toplam 177 öğretim elemanı mevcuttur (20).

2.5. Neden Aile Hekimliği

Ülkemizde 2005 yılında başlayan aile hekimliği uygulaması farklı bakış açılarından farklı eleştiriler almıştır. Ülkemizde birinci basamak hekimliğinin bir disiplin olduğunun tüm tıp camiası tarafından benimsenmesi uzunca bir süreç almıştır. Öncelikle birinci basamağın sağlık sistemlerinin temeline alınması gerekliliğinin içselleştirilmesi ve aile hekimliğinin birinci basamaktaki rolünün doğru olarak kavranması, aile hekimliği sisteminin neden gerekli olduğunu anlamamıza

yardımcı olacaktır. Sağlık hizmeti sunumunda, hizmetten yararlanan bireylerin memnuniyeti önemlidir. Birinci basamakta sağlık hizmetlerinin sürekli eğitimle geliştirilmesi ve güçlendirilmesi, çalışan hekimler ile diğer sağlık elemanlarının özendirilmesi, birey ihtiyaçlarının göz önünde bulundurularak koruyucu sağlık sistemine ağırlık verilmesi ve kabul edilebilir sevk sisteminin uygulanması ana ilkelerdir. Bu ilkeler ikinci basamakta yığılmayı engelleyecek, ikinci basamakta tedavi edilesi gereken hastalara yeterince zaman ayrılmasını sağlayacaktır. Aile hekimi, ailenin bütün fertlerinin sağlık durumlarını, yaşama koşullarını, dolayısıyla koruyucu sağlık uygulamalarının ve sağlık eğitimlerini bireylere nasıl uygulanacağını en iyi bilen kişidir. Aile bireylerinin ikametlerine yakın olduğundan hizmet verdiği toplumu her yönüyle tanır, aile, çevre ve iş ilişkilerini değerlendirir. Aile hekimi kendi sorumluluğu altındaki bireyleri bir hastalık çerçevesinde değil, bütüncül bir yaklaşımla riskler, sağlık koşulları, psikososyal çevre ve mevcut diğer akut veya kronik sağlık sorunları ile birlikte bir bütün olarak değerlendirir. Bu ilkelerin hayata geçirilmesi ikinci basamakta yığılmayı engelleyecek ve gerçekten ikinci basamakta tedavi edilmesi gereken hastalara yeterince zaman ayrılmasını sağlayacaktır. Birinci basamak hizmetlerinin etkili bir şekilde verilebilmesi, toplumun hastalık yükünün azaltılmasının yanı sıra, ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarımızın da daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi vermelerine fırsat tanıyacaktır (17,22).

Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar.

Diğer taraftan, aile hekimliği uygulamasının koruyucu hekimliği ve periyodik sağlık muayenelerini önlemesi de önemli bir konudur. Batı ülkelerinde ana ölüm nedenleri tütün kullanımı (%18,1), kötü beslenme ve hareketsizlik (%15,2) ve alkol kullanımıdır (%3,5) (25). Türkiye’de de durum giderek bu rakamlara benzemektedir. Türkiye Ulusal Hastalık Yükü araştırmasında da ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk üç hastalık iskemik kalp hastalığı (%21,7), serebrovasküler hastalıklar (%15,0) ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (%5,8) olarak belirlenmiştir (26). Yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ve tedavi maliyeti yüksek

olan bu hastalıklardan korunma ve hastalık yönetimi için sürekli ve nitelikli bakım sunabilecek, birinci basamakta koruyucu, tanı koyucu, tedavi edici ve rehabilite edici bilgilere sahip uzman hekimlere gereksinim vardır. Bu bilgiler uluslararası görüş birliğine varılmış uzmanlık eğitim standartlarına uygun olarak yapılandırılmış bir uzmanlık eğitimini gerektirdiğinden birinci basamakta çalışacak hekimlerin uzmanlık eğitimi almış olması gerekmektedir (23).

Aile hekimleri topluma dayalı ve tanımlanmış bir nüfusa sağlık hizmeti sunduklarından hepsi de önlenbilir olan en önemli sağlık sorunlarıyla baş etmede en avantajlı sağlık sunucusu konumundadırlar. Koruyucu hekimlik uygulamaları açısından bakıldığında da Türkiye aile hekimliği uzmanlık eğitimine önem verilmesi gereken bir ülkedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programının birinci basamak bileşenini aile hekimliği uygulaması üzerinden tasarlanmış olup, bireylerin ve sağlık çalışanlarının durumlarını iyileştirmek bu konuda atılacak yeni adımların hareket noktasını oluşturmaktadır. Sağlıkta dönüşüm programının en belirgin özelliği bulaşıcı hastalıklarla ve kronik hastalıkların risk faktörleriyle mücadele etmeyi öncelemek, anne-bebek ölümlerinin azaltılması, bireylerin sağlıklı hayat programlarına erişiminin sağlanması, bireylerin kendi sağlık durumlarını kontrol edebilme yetilerini geliştirmek ve koruyucu hekimlik yaklaşımını sağlığın merkezine tamamen yerleştirmektir (24). Sağlıkta dönüşüm programının temel hedefleri arasında olan bu uygulamanın, halkın sağlık düzeyinin geliştirilmesi, kaynakları ölçülü şekilde kullanarak hizmetin uygun şekilde sağlanması ve böylece bütün bireylerin sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının gerek doğu-batı ve gerekse kır-kent arasında sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılması yer almaktadır. Bu amaçlara ulaşmak için birinci basamak sağlık hizmetlerinin çağdaş bir yaklaşımla yeniden düzenlenip yaygınlaştırılması ve tüm toplum bireyleri tarafından tercih edilebilir şekilde sunulması sağlanmaktadır. Herkesin kendi seçebileceği, kolayca erişebileceği, herhangi bir engelle karşılaşmaksızın danışabileceği, başvurabileceği bir aile hekiminin olması bu yaklaşımın ana unsurlarının başında gelir. Prof. Dr. Nusret Fişek'in ifadeleriyle: “ Kişiyeye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri ile ayakta ve

evde hasta tedavisi hizmetlerinin entegre yürütülmelidir” Entegre sağlık modeli, çağdaş aile hekimliğidir (24).

Aile hekimliği ile ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin herkese gerek coğrafi açıdan dengeli şekilde ulaştırılabilmesi, gerekse de birinci basamak sağlık hizmetlerinin toplumun katılımını sağlayacak şekilde bireye ve topluma koruyucu, tanı koyucu tedavi ve rehabilite edici yönleriyle sunmak temel hedeftir. Aile hekimliği multidisipliner bir sağlık yaklaşımı olduğundan bütüncül bir sağlık hizmeti yaklaşımını öngörmektedir. Güvene dayalı iletişim kurması, sorunlara biopsikososyal yönleriyle yaklaşması; birey merkezli olmasının yanında bütünleştiricilik, süreklilik, aile ve topluma yönelik olma özellikleri nedeniyle, aile hekimliği uygulamasında önemli bir yer tutmaktadır. Yaşlı nüfusun artmasıyla gittikçe artan temel sağlık hizmeti gereksinimleri, onları yakından takip eden ve kolay ulaşabilecekleri aile hekimleri vasıtasıyla çok daha etkili olarak karşılanabilecektir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde verilebilmesi, toplumun hastalık yükünün azaltılmasının yanı sıra ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarının da daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi vermelerine fırsat tanıyacaktır.

“Dünya Sağlık Örgütü, 2010 yılına kadar insanların aile ve topluma dayalı temel sağlık hizmetlerine daha iyi ulaşılabilmesini, Alma Ata kongresinde de alınan kararın devamı olarak 21. yüzyılda ‘Herkes için Sağlık anlayışını hedefleri arasında saymaktadır”(11). Bu hedefi gerçekleştirmeyi amaçlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı, aileye dayalı temel sağlık hizmetlerini gerekli eğitim ve beceri ile donanmış sağlık ekipleriyle, entegre bir şekilde sunmayı öngörmektedir. Dünyanın pek çok ülkesinde aile hekimliği başarıyla uygulanmış olup ülkemizdeki aile hekimliği uygulama çalışmaları desteklenmektedir.

Ülkemizde 5258 sayılı Aile Hekimliği pilot uygulaması hakkında kanun 24.11.2004 tarih ve 25650 sayılı Resmi Gazete’de, ardından sırasıyla Aile Hekimliği pilot uygulaması hakkında yönetmelik 12.08.2005 tarih ve 25904 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmıştır. Bu kapsamda 15.09.2005 tarihinde Aile Hekimliği Pilot Uygulamasına Düzce ilinde geçilmiştir. Halen 81 ilde birinci basamakta Aile hekimliği modeli uygulanmaktadır. Aile Hekimliği uygulama

yönetmeliği 25.05.2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmış ve bu yönetmelik 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı Aile Hekimliği pilot uygulaması hakkında yönetmeliği yürürlükten kaldırmıştır. 2010 yılı sonunda tüm illerimizde Aile Hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun 02.11.2011 tarihli ve 28103 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “11.10.2011 tarihli ve 663 sayılı KHK” ile Aile Hekimliği Kanunu olarak ismi ve içeriğinde değişiklik yapılmıştır. Aile hekimliği uygulamasına geçen illerdeki hasta-hekim ilişkilerindeki memnuniyet ve başarılı çalışmalar devam etmektedir (1).

2.6. Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları

Aile hekimliği sistemini her ülke kendi ihtiyaçlarına göre oluşturup uygulamaya koymuştur. Bu ülkelere bazı örnekler aşağıda verilmiştir.

Hollanda

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve tedavi hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir. Kişilerin istedikleri aile hekimini seçme hakkı vardır ancak bir seneden önce hekimlerini değiştiremezler.

6 yıllık tıp fakültesi eğitimi bittikten sonra AH adayı olunabilir. Bazı mesleki eğitim kuruluşları yılda bir, bazıları da iki kez adayları kabul eder. 3 yıllık mesleki eğitim bittikten sonra aile hekimleri bir yere yerleşmek için ortalama 3-5 yıl beklerler (29). Aile hekimlerinin %47’si serbest veya tek başına çalışmaktadır. Gittikçe daha fazla hekim takımlar halinde, sağlık merkezlerinde grup çalışması veya ortaklıklar şeklinde çalışmayı tercih etmektedir (28). Kabaca 7.000 genel pratisyenin 625’i (dispensingdoctor) eczacılarla eşit şekilde ilaç da temin etmektedir. Hastalık sigortası sisteminde acil durumlar gibi bazı özel durumların dışında, hasta, dalında uzman olan hekime gitmeden önce genel pratisyene başvurmak zorundadır. Hemen hemen bütün özel sigorta şirketleri bu kuralı uygulamaktadır. Bu yüzden genel pratisyen sağlık sisteminin girişinde yer almakta ve diğer hizmet sunucularına erişimini, yani sevk sistemini yönetmektedir. Ulusal istatistiklere göre bir kişi ortalama yılda 4,5 kez genel pratisyene başvurmaktadır (27).

Bir genel pratisyene düşen nüfus sayısı ortalama 2.300'dür. Hastalar sağlık sigortasında tanımlanan hizmetleri sağlayan herhangi bir aile doktorunu seçmekte özgürdür. Hastalık fonu sistemine tâbi kişilerin tercih edeceği aile doktorlarının fon ile anlaşmalı olması gerekir (27).

Hollanda'da Aile Hekimleri'nin %90 kadarı Aile Hekimlerinin Milli Kuruluşu'nun üyesidir. Bu kuruluş Hollanda'nın her yerinde kesintisiz kaliteli birinci basamak sağlık hizmeti sunmakla sorumludur (29).

Sağlık harcamaları kişi başı yıllık gelirin %9'unu oluşturmaktadır. Hollanda'da temel sağlık hizmetleri anlayışı diğer Avrupa ülkelerinde olduğundan daha fazla hizmet alanını kapsamaktadır. Bu kavramın içine ayakta tedavi ve ruh sağlığı hizmetleri ile evde bakım hizmetleri de girmektedir (27). Ayrıca nüfusun yaşlanması sebebiyle evde bakım hizmetleri talebi artmıştır (28). Bunlar farklı kuruluşlar tarafından yürütülmektedir. Bu kuruluşlar genel tıbbi hizmetler yanında, iyileştirici hizmetler, anne hemşireliği, bakım hemşireliği, ilaç tedavileri gibi hizmetleri de vermektedir (27).

İngiltere

1948 yılında Ulusal Sağlık Sistemi (NHS)'nin oluşturulması ile aile hekimliği bütün vatandaşların sağlık hizmetlerine ulaşması ve hastane hizmetlerinden yararlanması için ilk başvuru birimi haline gelmiştir (28). Kişiler, acil durumlar dışında kayıtlı oldukları aile hekimlerinden sevk olmadıkları sürece ikinci ve/veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuramamaktadırlar. İngiltere'de herkes kendi aile hekimini seçebilmektedir. Aynı şekilde aile hekimi de başvuru yapan kişiyi listesine alıp almama hususunda serbesttir (29). Aile hekimliği hizmetleri büyük oranda serbest sözleşmeli doktorlar tarafından sağlanmaktadır. İngiltere'de bir hasta ortalama yılda 5 defa aile hekimi ile görüşmektedir. Bu görüşmelerin %12'si hastanın evinde, kalanı ise ofiste veya telefonla gerçekleşmektedir (27). İngiltere'de temel sağlık hizmetleri yıllardır önem verilen bir uygulama alanıdır. Genel pratisyenler temel sağlık hizmetleri doğrudan tıbbi hizmetlerin yanında toplum sağlığı hizmetlerini, hastane acil servislerinde verilen hizmetleri, diş ve göz sağlığı hizmetlerini de kapsamaktadır. Böyle geniş kapsamlı olarak tanımlanan

temel sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar İngiltere Sağlık Bakanlığı (Ulusal Sağlık Sistemi) harcamalarının %33'ünü oluşturmaktadır (27).

Yılda yaklaşık 300.000.000 doktor başvurusunun %95'i genel pratisyenlere olmaktadır. Bunların da %90'ının tedavisi baştan sonuna kadar genel pratisyen tarafından tamamlanmaktadır Her bir genel pratisyenin yılda 1.800 kayıtlı birey ile toplam 9.000 görüşme yaptığı görülmektedir (27).

Genel pratisyenin hastaları sadece sağlık otoritesinin belirlediği kişiler değildir; geğici oturma izni almış yabancılar da bu hekimlere kayıt yaptırabilmektedir. Bu kişilere aile planlaması, anne ve çocuk sağlığı hizmetleri, minör poliklinik hizmetleri yanında travma ve acil hizmetleri de ücretsiz verilmektedir (27).

Almanya

Almanya'da birinci basamak sağlık hizmetlerini öncelikle AH uzmanları, daha sonra da çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları, iç hastalıkları uzmanları ve hastanın tercihi ve öncelikli ihtiyacı dikkate alınarak seğilen diğer uzman hekimler tarafından yürütölmektedir (27, 29). Dört yıl süren, hastane ve muayenehanede gerçekteştirilen bir uzmanlık eğitim programı mevcuttur. Eğitimin sonunda zorunlu bitirme sınavı vardır. 1994'ten itibaren birinci basamakta çalışacak hekimler için AH uzmanlık eğitimi zorunlu hale getirilmiştir. Almanya'da hastalar dosyalarını teslim ettikleri aile hekimine en az 3 ay boyunca bağlı kalırlar (29). Gerekli görüldüğünde hasta bir dal uzmanına veya hastaneye sevk edilebilir. Aile hekimi kural olarak acil vakalara mesai saati dışında da bakmakla yükümlüdür. Bu görevi aynı bölgedeki diğer aile hekimleri ortaklaşa üstlenir. Almanya'da toplumun %90'ından fazlası sağlık sigortası kapsamı altındadır. Temel prensipler bakımından sağlık sigortası ayakta hasta bakımı için doktor seçme özgürlüğü tanımakta, bunun için genel pratisyen veya diğer uzmanlık dalları ayrımı yapılmamakta ve bazı istisnalar dışında sağlık hizmetleri ücretsiz verilmektedir. Yazılan ilaç bedelinin, fizyoterapi hizmetlerinin, hastanede yatılan ilk 14 günlük hizmetin ve kural dışı hastaneye başvurma bedelinin bir kısmı hasta tarafından karşılanmaktadır (27,29). Genel pratisyenlerle diğer uzmanlar arasındaki dengenin

genel pratisyenler aleyhine gittikçe açıldığı gözlenerek yeni doktorların genel pratisyenliğe teşvik edilmesi tartışılmaktadır. Temel sağlık hizmetlerinde öncelik tanımlanmış koruyucu hekimlik programlarıdır. Örneğin, 4 yaşına kadar çocuk takibi, yıllık kanser taraması bunların arasında yer almaktadır. Ayrıca genel pratisyenler sosyal tıp, acil hekimliği, sağlık danışmanlığı ve iş sağlığı hekimliği konularında yer edinmek için çalışmaktadır (27).

Küba

1974'de birinci basamak hizmetlerinde biyopsikososyal yaklaşımın benimsenmesinden sonra 1984 yılında "Aile Hekimliği Planı" uygulanmaya başlanmıştır (29). Küba'da yaşayan tüm nüfus sağlık güvencesi kapsamındadır. Tüm sağlık hizmetleri ücretsiz olarak sunulmaktadır. Koruyucu hizmetlere ağırlık verilerek ülkenin sağlık göstergeleri yüksek seviyelere çekilebilmiştir. Sağlık hizmetleri 68.000'den fazla doktor eliyle verilmektedir. Bu doktorların 32.000'i tüm kırsal alanı da kapsayacak şekilde aile doktoru olarak hizmet vermektedir. Yaklaşık olarak 1.000 kişiye 6 hekim düşmektedir. Bir aile doktoru ise ülke ortalaması olarak yaklaşık 500 kişiye sağlık hizmeti sunmakla beraber okullardan ve fabrikalardan da sorumludurlar (27).

Aile hekimliği ekipleri hizmet ettikleri bölgede yaşarlar. Aile hekimleri sağlık merkezlerinde olduğu gibi mahalle aralarına dağılmış muayenehanelerde de çalışmaktadır. Her aile doktorunun bir hemşiresi vardır. Yerel polikliniklerde güçlü bir laboratuvar, röntgen ve destek servisleri, acil servisler, eğitim ve dal uzmanları bulunmaktadır (27). Aile doktorlarının dört temel görevi vardır: Koruyucu sağlık hizmetleri, aşılama, sağlıklı yaşamayı teşvik ve rehabilitasyon hizmetleri. Ayrıca diğer uzman hekimler düzenli aralıklarla aile doktorlarının muayenehanelerine uğrayıp burada konsültasyon taleplerine cevap vermekte, aile doktorunun çalışmalarını incelemekte ve sürekli eğitimlerini sağlamaktadır (27). Kişiler sağlık hizmetinden yararlanmak için aile doktorlarına, polikliniklere ve hastanelere doğrudan başvurabilmektedir. Her polikliniğin bir bölgesi vardır ve aile doktorları bu polikliniklere bağlı olarak çalışmaktadır. Aile doktorları toplum ile iç içe çalışmaktadır (27). Halk doğrudan hastanelere başvurma hakkına sahip olmasına rağmen başvuruların çoğu aile doktorlarına olmaktadır. Aile doktorları

muayenehanelerinde hasta kabul etmelerinin haricinde sık sık ev ziyaretleri yapmakta, gebe ve çocuk takibine özen göstermektedirler.

Küba'da klinik uzmanlık eğitimine başlayabilmek için önce tıp fakültesi sonrası iki yıllık aile doktorluğu eğitimini tamamlamak şarttır (27).

Amerika Birleşik Devletleri

Aile hekimliği uzmanlık öğrenciliği tıp fakültesi sonrası 3 yıllık bir süreçtir. Amerikan aile hekimliği kurulu tarafından şekillendirilir ve denetlenir. Sınav zorunluluğu vardır. Tıp Fakültelerinin %80'inden fazlasında "Aile Hekimliği Anabilim Dalı" mevcuttur. Tıp Fakültesi'nden mezun olan öğrencilerin yaklaşık %12'si "Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrenciliği" programına girmektedirler (30). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin oranı %40'dır. Bu hekimler çoğunlukla aile hekimliği, dahiliye, kadın-doğum ve pediatri dallarındadır. Hekimler daha çok tek başlarına değil de birden fazla uzmanın bir araya gelerek grup oluşturacak şekilde çalışmayı tercih etmektedirler. Bunda amaç tetkik imkânlarının (mikrobiyoloji, biyokimya, radyoloji), yardımcı sağlık personelinin (tıbbi sekreter, hemşire, sağlık teknisyeni) ve sağlık biriminin (bina) ortak kullanılmasının daha ekonomik olduğudur. Hastalar muayene oldukları hekimler tarafından bir üst basamağa sevk edilebilecekleri gibi, kendileri de bir başka hekime ya da bir üst basamağa başvurabilirler. Ancak bu uygulama hastanın sahip olduğu sigorta poliçesi ve sigorta firmasının anlaşmalı olduğu hekimler listesi ile sınırlıdır. Sağlık hizmetlerinin çoğu özel sektörün elindedir ve toplumun % 14 ünün sağlık güvencesi yoktur (27).

Aile hekimi, hastaneye yatan hastası için olguyu idare eden, yönlendiren ve kontrol eden kişi (casemanager) konumundadır. Bir yıl içerisinde muayenehane hekimlerine yapılan başvuruların yaklaşık %30'u Aile Hekimleri 'ne yapılmıştır (27).

İsrail

Ülkenin 4 tıp fakültesinde kurulu "Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Kürsüleri" mezuniyet öncesi eğitimin yanı sıra kendilerine bağlı eğitim ve uygulama merkezlerinde 4 yıl süren "Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi" vermektedirler (27).

Sağlık Bakanlığı ve bazı yerel sağlık otoritelerinin önyak oldukları ve nüfusun %96'sını kapsayan genel bir sağlık sigortası sistemi vardır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, kırsal kesimde bir aile hekimi ve hemşirenin çalıştığı sağlık birimleri tarafından, kentsel yerleşimlerde ise 5000-20000 kişiye hizmet veren bazı dal uzmanlarının da desteklediği büyük sağlık merkezleri bulunur. Kentlerdeki bu merkezler laboratuvar ve röntgen olanaklarını da kapsamaktadır (31).

2.7. Aile Hekimliğinin Bugünü

Aile Hekimliğinin bir disiplin olarak gelişmesi ve mevcut sağlık sisteminde doğru konumlanması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin gelişimi için önem taşır. Bugün, Avrupa'nın birçok ülkesinde birinci basamak sağlık hizmetleri, en az 2 yıllık uzmanlık eğitimi almış, aile Hekimi ya da genel Pratisyen olarak isimlendirilen hekimler tarafından yürütülmektedir (32,33). Verilen uzmanlık eğitiminin süresi 2 yıl ile 5 yıl arasında değişmektedir (33,34) Ülkemizde AH uzmanlık eğitimi 3 yıl olup, birinci basamak uygulamasına imkân sağlamak amacıyla klinik rotasyonlar 18 ayla sınırlandırılmıştır. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi 36 aydır. Tıpta Uzmanlık Kurulunun 21-23.06.2010 tarih ve 80 numaralı kararı gereğince bu süre aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

Aile Hekimliği - 18 ay

(Bu rotasyon içinde 1'er aylık en az 2 seçmeli rotasyon önerilir, geçerli mevzuat çerçevesinde, asistanın bilgi-görgüsünü artırmak amaçlı planlanabilir)

İç Hastalıkları - 4 ay

Kardiyoloji- 1 ay

Göğüs Hastalıkları- 1 ay

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları - 5 ay

Kadın Hastalıkları ve Doğum - 4 ay

Genel Cerrahi - 1 ay

Psikiyatri - 2 ay

Birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklar sınırlıdır. Günümüzde kişi ve toplumların sağlığını korumak, geliştirmek, hastalıkların tedavisini ve rehabilitasyonunu sağlamak, maliyeti yüksek hizmetlerdir. Diğer yandan birinci basamak sağlık hizmetinin önemli bir işlevi olan koruyucu hekimlik ve erken tanı yaklaşımlar maliyet etkili çalışmalardır. Birinci basamak sağlık hizmeti, sağlık sisteminin önemli bir bölümünü oluşturan ve genellikle hastanın yaşadığı toplum içinde, bir sağlık çalışanı ile ilk temasın gerçekleştiği (acil sorunlar dışında) hizmetler bütünüdür.

Sağlık kurumuna başvuran hastaların %90-95'inin birinci basamak sağlık kuruluşu olanaklarıyla ayakta ve evde tedavi edilebildiği görülmüştür (35). Birinci basamakta çözülebilecek bir problemin doğrudan üçüncü basamağa yönlendirilmesi ise maliyeti dokuz kat artırmaktadır (36).

Çağdaş sağlık hizmetleri uygulamalarında temel hizmet sunumu biçimi; birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak biçiminde basamaklandırılan hizmet sunumu örgütlenmesi şeklindedir. Sağlık hizmetlerinin bu örgütlenmesinde, kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmeti ile birinci basamak tedavi hizmetlerinin entegre olarak verildiği birinci basamak sağlık hizmetleri ise merkezi bir konumda yer almaktadır (10,29,32). Yapılan çalışmalar sonucunda, birinci basamakta insanların, yakınma ve hastalıklarının önemli bir kısmına çözüm bulanabildiği bildirilmektedir (37).

Sağlık sistemlerinin etkinliği ve adalet ilkesine uygunluğu, güçlü birinci basamak Sağlık hizmetleri ile doğrudan ilişkilidir. Mortalite hızlarında düşme, daha uzun yaşam beklentisi, Sağlık hizmeti için daha düşük harcamalar ve nüfusun sağlık hizmeti alma ile ilgili yüksek memnuniyet derecesi, o ülkenin birinci basamak Sağlık hizmeti sunum kalitesiyle ilişkili bulunmuştur (18).

2.8. Aile Hekimliğinde Kayıt Tutma Ve Önemi

Birinci basamak hekimleri ve araştırmacılar için, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri ve maliyet etkin uygulamalar açısından tıbbi kayıtların önemi aşikârdır (39). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kalitenin ve hasta memnuniyetinin artırılması, takiplerin iyi yapılabilmesi için iyi bir hasta kayıt sisteminin geliştirilmiş olması gerekmektedir. Düzenli tutulan tıbbi kayıtlar, işgücü, zaman ve mali açıdan gerçekleşen kayıpları en aza indirmektedir. Böylece tıbbi hatalar azalmakta, hekimler; hastaları ve çalıştıkları birimlerle ilgili bilgilere kısa sürede ulaşabilmektedirler (39).

Aile hekimliğinin gerçek içeriğini istatistiksel terimlerle resmetmek oldukça güçtür. Bunun yollarından birisi her bir hasta hekim görüşmesinde konulan tanıyı kayıt etmektir. Böylece aile hekimlerinin iyi tanımlanmış hastalıklara ilişkin deneyimleri doğru bir şekilde elde edilebilir (40).

Tıbbi kayıtlar hastayla ilgili bilgileri içeren dokümanlardır. Daha kapsamlı bir ifadeyle; tıbbi kayıtlar, nerede ve nasıl kaydedildiğine ve saklandığına bakılmaksızın hastayla ilgili herhangi bir zamana ait biyopsikososyal bilgilerdir. Bunlar kâğıt üzerinde kayıtlı olabileceği gibi bilgisayar verisi, ses veya görüntü kayıtları şeklinde de olabilir. Aile hekimliği uygulamasında kayıt tutmanın yararlarını şu başlıklar altında toplayabiliriz (41).

- 1) Kayıtlar bilginin düzenli olarak saklandığı bir depodur.
- 2) Sağlık hizmeti sunucusunun bilgiyi kolay kaydetmesini ve ulaşmasını sağlar.
- 3) Hasta bakımının hem o andaki hem de gelecekle ilgili planlara destek olur.
- 4) Ekonomik boyutu vardır. Kaynakların gereksiz kullanımını önleyerek, sağlık hizmetlerinin maliyet etkin bir şekilde yürütülmesini sağlar.
- 5) Epidemiyolojik çalışmaları mümkün kılar.
- 6) Sağlık istatistikleri çıkarılmasını sağlar.

- 7) Aile hekimliği merkezinin yönetimini ve sağlık politikası oluşturmayı kolaylaştırır.
- 8) Uygulama hataları (malpractice) gibi davalarda hekimi korur.
- 9) Bilimsel araştırmalara zemin hazırlar.
- 10) Kayıtlar birer iletişim aracıdır.
- 11) Kaynakların akılcı kullanımını sağlar.

Karşılaşılan durumların sistematik, ayrıntılı, soruna yönelik olarak kayıtlarının tutulması; zaman içinde devamlılığı sağlamak, hastalık nedenlerini saptamak, hasta öykülerini tam oluşturmak ve hizmet sunumunda yer alan diğer sağlık çalışanlarının hizmetlerinde eşgüdüm sağlanması açısından önemlidir. Kayıtlar aynı zamanda çalışma şartları ve yaşam biçimi gibi hastalara sunulacak hizmetle ilgili diğer bilgileri de içermelidir. Risk altındaki hasta gruplarının tanımlanmasını sağlayan uygun bir kayıt sistemi olmadan, sistemli bir şekilde koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulması ve kişilerin sağlık gereksinimlerinin saptanması mümkün değildir (42).

Yüksek yaşam standartlarına sahip lkelerde aile hekimliğinin içeriği ile ilgili bazı önemli uzlaşma alanları mevcuttur. Kayıt tutanların eğitilmesi ve verilerin değerlendirilmesi ile ICHPPC-2, ICPC-R gibi birinci basamak sağlık hizmetleri için geliştirilmiş standart kodlama sistemleri, verilerin güvenli bir şekilde toplanmasına katkıda bulunmuştur. Birinci basamakta uluslararası sınıflama ICPC (International Classification of PrimaryCare)'nin geliştirilmesinden önce yalnızca ICD (International Statistical Classification of DiseasesandRelatedHealthProblems) kullanılmaktaydı. ICD iyi tanımlanmış hastalık kategorilerine dayanmaktadır ve birinci basamakta görülen hastalıkların erken dönem bulgularının sınıflanmasından çok hastaneden taburculuk esnasında ve ölüm nedenlerinin sınıflandırılmasında kullanışlıdır (40).

ICPC, ilk defa WONCA tarafından 1987'de yayınlanmıştır. Yayınlandığı tarihten beri özellikle Avrupa ve Avustralya'da kabul edilip yaygın olarak

kullanılmaya başlanmıştır. Başlangıçta, elle kayıt için tasarlanmış, 2005 yılında ise ICPC-2-R olarak elektronik veri tabanlarında kullanılmaya başlanmıştır.

ICPC, hasta-hekim karşılaşmasında üç unsur tanımlamaktadır; 1-başvuru nedeni 2- tanı ya da sorun 3- bakım süreci. ICPC, kesin tanı veya ölüm nedeni gibi hastalıkların sonlanım noktası etrafında organize olmaktan çok “bir hastanın sorunu veya hastalığının başlangıcından çözümüne kadar geçen sürecin tamamı” olarak tanımlanan bakım dönemini temel alır (40).

Başvuru nedenlerinin sınıflandırılması aile hekimliğinde özellikle önemlidir çünkü maliyetler diğer uzmanlıkların sunduğu bakımda tanıya bağlı olarak belirlenirken aile hekimliğinde başvuru nedeni bu belirlemede daha ağırlıklı bir etkiye sahiptir (40).

2.9. Aile Hekiminin Görevleri ve Klinik Yönü

Aile Hekimliğinde tüm klinik uygulamalar, birinci basamağa özgün problem çözme becerileri kullanılarak, multidisipliner bir ekip çalışması ile biyopsikososyal yaklaşımla ve kişi merkezli olarak yürütülür. Bireyin sağlık yönetimi; bireye yönelik sağlığı geliştirici, koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin sunumunu kapsar. Birinci basamakta sağlık hizmetlerinin tamamına hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi, sağlık eğitimi ve danışmanlık eşlik etmelidir. Bireyin hastalık yönetimi söz konusu olduğunda ise; aile hekimi, hastalıkların belirlenmesi amacıyla taramalar yapar, riskli grupları tarayarak erken tanı koyulmasına yönelik uygulamalar yapar, kişileri risk etmenlerine göre değerlendirir ve tedavisini planlar (21).

Aile hekiminin görevleri aşağıda sıralanmıştır (43);

1) Veri Toplama ve Kayıt Tutma

Aile hekimi kişinin tüm sağlık kayıtlarını tutar. Bireye yakınlığı sayesinde onun kişisel sorunları, aile ilişkileri, içinde yaşadığı ortamın ve toplumun sorunları hakkında bilgi sahibidir. Hastayı daha ileri bir merkeze sevk etmesi gerektiğinde, onun en doğru yere en doğru bilgilerle gitmesini sağlar. Böylece ikinci basamakta

yığılma önlenerek, yüksek maliyetli sağlık hizmetlerinin daha etkin biçimde kullanımı sağlanabilir, diğer uzmanlar pahalı ve zaman kaybına yol açan birçok incelemeye gerek duymadan hastanın sorununu çözüme ulaştırabilirler (4). Sağlık kayıtları koruyucu hekimlik uygulaması için de gereklidir. Aile hekiminin kayıtları sağlık araştırmaları için çok değerli bir veri kaynağıdır. Bu kayıtlar, toplum sağlığının değerlendirilmesi için gerekli istatistiksel bilgilerin elde edilebileceği en önemli kaynaktır. Ülkemizde sağlık sorunlarının çözümündeki en büyük sorunlardan biri istatistiksel verilerin çok yetersiz olması ya da hiç olmamasıdır. Doğru ve yeterli verilere sahip olmadan ne kişilerin ne de toplumun sağlık sorunlarına çözüm üretmek mümkün değildir (40).

2) Koruyucu Hekimlik

American College of Preventive Medicine (Amerikan Koruyucu Hekimlik Koleji) tanımına göre koruyucu hekimlik: “Belli bir topluluğun, bireyin sağlık ve refahını arttırmak ve korumak; hastalık, sakatlık ve zamansız ölümü önlemek için, başlıca uğraşı toplumun sağlığını göz önünde tutan becerileri kullanmak olan bir hekimlik türünde uzmanlık sahibi olmak” tır (38).

Koruyucu sağlık hizmetleri 3 gruptur:

1. Birincil koruyucu sağlık hizmetleri: Hastalık ya da yaralanmanın oluşumunu önleme.
2. İkincil koruyucu sağlık hizmetleri: Erken tanı ve tedavi.
3. Üçüncül koruyucu sağlık hizmetleri: Komplikasyonları önleme, rehabilitasyon.

Sağlığın korunmasında en temel basamak, kişinin kendi sağlığını korumak yönünde yapacağı uygulamalardır, bu da ancak etkili bir sağlık eğitimiyle mümkündür. Aile hekiminin en önemli görevlerinden biri de bireylere sağlık eğitimi vermektir (50).Sağlığın korunmasında en önemli faktörlerden biri sağlıklı çevredir. Kişilerin sağlıklarını tehdit eden risk faktörlerini öğrenmeleri ve bunlardan nasıl korunacakları konusunda dolaysız bilgi sahibi olmalarında aile hekimi aracı olabilir. Tedavi hizmeti sunan doktorlar da koruyucu hekimlikten sorumlu olup kişi, aile ve

toplumda koruyucu ilkelerin uygulanmasında işbirliği yapmalıdır (46). En etkin koruyucu hekimlik birinci basamakta yapılabilir. Aile hekimi kişiye yönelik sağlık hizmetleriyle tedavi uygulamalarını bir arada yürütür (43).

3) Sağlık Eğitimi

Ülkemizde sağlık problemlerinin önemli bir bölümü diğer birçok alanda olduğu gibi eğitim yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Sağlıkla ilgili konulardaki genel bilgi eksikliği, özellikle aile planlaması, çocuk sağlığı, beslenme ve bulaşıcı hastalıklardan korunma konularında belirginleşmektedir. Türkiye bu sağlık ölçütleri açısından aynı ekonomik düzeydeki ülkelerin çok gerisinde kalmaktadır. Eğitim yetersizliği var olan sağlık hizmetlerinden bile yeterince yararlanılamamasına yol açmaktadır (46). Aile hekimleri sağlık eğitiminde etkin rol oynayabilecek bilgiye sahip olmalıdır (43).

4) Sağlık Danışmanlığı ve Yönlendirme

Aile hekimi sağlık hizmetinin en önünde yer alır ve kişilere sağlıkla ilgili her konuda danışmanlık verir. Yani yalnız hastalıkta değil sağlıklı dönemde de kişilerin yararlanabileceği, hastalıkların önlenmesi yanında sağlığın korunması ve geliştirilmesini, sağlık koşullarının iyileştirilmesini de hedefleyen, devamlılık gösteren birinci basamak sağlık hizmeti sunar (4). Aile hekimi, tüm sağlık konularında ve sağlık hizmeti veren diğer kişilerle olan ilişkilerinde sürekli olarak hastanın yanında yer almalıdır. Aile hekimi yönlendirici, destekleyici hizmeti basamaklardan bağımsız şekilde sunar (4). Planlama, sağlanacak yarar ve maliyet göz önüne alınarak hastayla birlikte yapılır, bu anlamda aile hekimi bireyin sağlık savunucusudur (45).

5) Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi Hizmeti

Çağdaş sağlık hizmetleri kavramında erken tanı ve tedavi, koruyucu hizmetler içinde değerlendirilmektedir. Birinci basamakta erken tanı ve tedavi açısından etkin aile hekimliği, sağlık sisteminin bütününe etkiler (4,43). Hastanın geçmişini, aile ortamını ve hastalığın gelişim sürecini çok yakından izleme olanağına sahip aile hekimi erken tanıda avantaj sahibidir. Böylece hastayı pahalı

ve zaman alan tanısai girişimlerden kurtarıırken, özellikle ölkemiz gibi kaynakları kısıtlı ölkelerde kaynakların optimumşekilde kullanılmasını sağlar. Aile hekimi güvene dayalı yakın ilişki sayesinde aile planlaması, cinsel ve psikiyatrik sorunlar gibi kişilerin dile getirmekte güçlük çektikleri sorunların erken tanısında etkin rol alır (43). Etkin tanı ve tedavi hizmeti olmadan hastaların sorunlarının büyük bir kısmının birinci basamakta çözümlenmesi mümkün değildir. İkinci basamağa başvuru gerektiğinde aile hekimi koordinasyon görevi üstlenir; sevk ederken gerekirse bazı basamakları atlayabilir veya aynı anda birkaç noktaya sevk edebilir. Yani aile hekimi disiplinler arası işbirliği ve ekip çalışmasında koordinatördür (43,4). Aile hekimi hastaya ilk ulaşacak hekim olarak ilk yardım ve acil tedavi konularında bilgi ve beceri sahibi olmalıdır (4).

6) Kronik Hastalıkların İzlenmesi, Rehabilitasyon ve Yaşlıların Sağlığı

Ortalama yaşam süresinin uzamasıyla toplumda yaşlı nüfusun oranı ve kronik hastalıkların sıklığı artmaktadır. Kronik hastalıkları olanların yakın izlemi, gelişebilecek komplikasyonların erken fark edilmesi ve küçük müdahalelerle önlenbilmesini sağlar. Böylece, hastaların sık sık hastaneye başvurmaları ya da hastaneye yatış gereksinimi ortadan kaldırılarak hem bireyler hastalıklardan korunmuş hem de kaynak tasarrufu sağlanmış olur (46).

7) Periyodik Muayene

Hastalıkların erken tanısı ve hastalık öncesinde risk faktörleri taşıyanların belirlenmesi koruyucu hekimliğin önemli görevlerindendir (47). Geleneksel checkup ve rutin muayenelere dahil edilen incelemelerin çoğunun etkinliği kanıtlanmamış ve optimal sıklıkları tam belirlenmemiştir. Bu anlamda belli cins ve yaş grubu hedeflenerek etkinliği kabul gören incelemelerle sağlık koruma rehberleri oluşturulması yaklaşımı benimsenmektedir. Periyodik sağlık kontrolü, gelecekteki hastalanma riskini saptamayı, hastalığı belirti vermediği erken dönemde tanımayı, gerekli bağışıklamaları yapmayı, sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesine yönelik danışmanlık hizmeti vermeyi hedefler (47).

2.10. Tsm'nin Aile Hekimliğindeki Yeri

Toplum Sağlığı Merkezleri

Sağlık Bakanlığına göre, Toplum Sağlığı Merkezleri, bölgesinde yaşayan kişilerin ve toplumun sağlık hizmetlerini organize eden, toplumun koruyucu hekimlik hizmetlerini sunan, birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumların kendi arasında ve diğer kurumlar arasında eşgüdümünü sağlayan, idari hizmetler ile sağlık eğitimi ve denetim faaliyetlerini yürüten sağlık merkezidir. Aile hekimliği hizmetleri ASM lerin yanı sıra her ilçede en az bir adet olmak üzere ihtiyaca göre toplum sağlığı merkezleri (TSM) tarafından da yürütülür (10).

Her il ve ilçede bir Toplum Sağlığı Merkezi kurulur ve sorumluluk bölgesi mülki sınırlardır. 10.7.2004 tarihli ve 5216 sayılı Büyükşehir Kanununa tabi illerde, büyükşehir belediyesine bağlı her ilçede TSM kurulur. Nüfusu 100 binden fazla olan il merkezlerinde her 100 bin kişiye bir TSM oluşturulur. İl merkezlerinde TSM leri müdürlüğe doğrudan bağlı olarak görev yaparlar. İlçelerde ise TSM sorumlu hekimi aynı zamanda grup başkanıdır.

Bölgesinde yaşayan kişilerin ve toplumun hastalıklardan korunması ve oluşabilecek hastalık durumunda kolay ulaşabileceği, kaliteli teşhis ve tedavinin sağlanması için gerekli önlemleri alır. Bu hizmetleri sunarken sağlık hizmetini bir bütün olarak değerlendirir. Kendisinin sunduğu sağlık hizmetleri ile diğer sağlık kurumlarının sağlık hizmeti arasında eş güdümü sağlamak ayrıca diğer kurumlarla işbirliği yaparak toplumun ve kişilerin sağlık düzeyini yükseltmek ve sürdürmek görev ve yetkisindedir (10).

Sunduğu hizmetlerin başlıcaları aşağıda sıralanmıştır (10).

1. İdari ve mali işler
2. Kayıt ve istatistik
3. Plan ve program yapma
4. Üniversiteler ve diğer kurumlarla işbirliği

5. İzleme ve değerlendirme
6. Bulaşıcı hastalıkların kontrolü
7. Verem savaşı hizmetleri
8. Sıtma savaş hizmetleri
9. Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü
10. Üreme sağlığı hizmetleri
11. Ulusal programlar ile ilgili hizmetler
12. Adli tıbbi hizmetler
13. Acil sağlık hizmetleri
14. Kaza ve yaralanmalardan korunma hizmetleri
15. Görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri
16. Çevre sağlığı hizmetleri
17. İş sağlığı ve güvenliği hizmetleri
18. Afet hizmetleri
19. Sağlığın geliştirilmesi ve teşviki
20. Sağlık eğitimi hizmetleri
21. Toplu yaşam alanları ve okul sağlığı hizmetleri
22. Sosyal hizmet çalışmaları

3. GEREÇ ve YÖNTEM

“Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği” Aydın şehir merkezinde ve üniversite hastanesi bünyesinde yer almaktadır. Polikliniğimizde hasta görüşmesi, muayenesi, tanı ve tarama tetkikleri, sağlık ve ilaç raporu düzenlenmesi gibi hizmetler sunulmaktadır. Çalışmamıza 07.05.2010 ile 21.03.2013 tarihleri arasında polikliniğimize başvuran hastaların tümü dahil edilerek, hasta görüşme kayıtları ile yapılan tetkik ve tedavi işlemleri incelenmiştir.

İzinler

“Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.” akademik kurulu kararıyla tez çalışması olarak kabul edilen araştırmamıza “Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu”nun 14.08.2014 tarihinde yapılan olağan toplantısında etik kurul izni verilmiştir. Etik kurul izninden sonra üniversite hastanesinden, araştırma için kayıtlardan yararlanılabilmesi için onay alınmıştır.

Çalışma Tasarımı

Kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırma olarak tasarlanan çalışmamızda; 07.05.2010-21.03.2013 tarihleri arasında ADÜ Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 1420 hastanın; demografik bilgileri, başvuru nedenleri, sıklığı, tanıları, danışmanlık konuları, yönetim planı, tetkik ve tedavileri, izlem, sevk ve konsültasyon işlemleri ile ilgili bilgilerinin hasta kayıt sisteminden elde edilerek incelenmesi hedeflenmiştir. Bu tarihler arasında bilgi işlem sisteminin değişmesi nedeniyle kayıtların standardizasyonu gerekmiştir. Standardizasyon yapıldıktan sonra kayıtlarda yer alan bilgiler; demografi, ön tanı, kesin tanı, tetkik, reçete, danışmanlık, konsültasyon ve sevk bilgileri olmuştur. Kayıtlarda yer alan başvuru nedenleri incelendiğinde 1420 hastanın 2472 başvuruda bulunduğu ve 158 farklı başvuru nedeni belirtildiği saptanmıştır. Bu nedenle ikiden fazla başvuru nedeninin belirtildiği durumlarda ilk iki başvuru nedeni dikkate alınmıştır.

Veri Analizi

Veriler SPSS (Statistical PackageforSocialScience) 17,0 paket programı (seri no:10241440) ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerde sayı ve yüzde dağılımları gösterilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Demografik Bilgiler

Mayıs 2010 - Mart 2013 tarihleri arasında Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı polikliniğine başvuran kişi sayısı 1420'dir. Bu kişiler toplam 2472 kere başvuruda bulunmuşlardır. Kişi başına düşen ortalama başvuru sayısı $1,74 \pm 1,68$ (min:1, max:25)'dir. Başvuran kişilerin 880'i (%62) kadın, 540'ı (%38) erkekti. Başvuruların 1636'sı (%66) kadın, 836'sı (%34) erkekler tarafından yapılmıştır. Başvuruların yıllar içinde dağılımı ve aylık ortalama başvuru sayısı Tablo I'de verilmiştir.

Tablo I: Başvuruların yıllar içinde dağılımı ve aylık ortalama başvuru sayısı

	2010 (mayıs-aralık)	2011	2012	2013 (ocak-mart)
Toplam Başvuru sayısı	268	1165	789	250
Aylık Ortalama Başvuru Sayısı	33	97	65	83

Başvuranların yaş ortalaması $47,06 \pm 18,82$ (0-92 yaş) olarak bulundu. En sık başvuruda bulunan yaş aralığı 25 - 64 yaş aralığı idi (s=1658, %67,1). En az başvuru ise 0 - 6 yaş grubundaydı (s=37, %1,5). Başvuruların ve Başvuran hastaların yaş gruplarına göre dağılımı Tablo II'de verilmiştir.

Tablo II: Yaş gruplarına göre başvuruların ve başvuran hasta sayısının dağılımı

Yaş grubu	Başvuran kişi sayısı (n)	Başvuran kişi Yüzde (%)	Başvuru Sayı (n)	Başvuru Yüzde (%)
0-6	18	1,3	37	1,5
7-14	42	2,9	73	3,0
15-24	130	9,1	230	9,3
25-64	966	68,1	1658	67,1
65 yaş üstü	264	18,6	474	19,2
Toplam	1420	100	2472	100

4.2. Başvuru Sıklığı ve Nedenleri

Toplam 1420 hastanın 2472 başvurusunun sıklığı incelendiğinde 977 (%68,8) hastanın bir kez, 216 (%15,2) hastanın iki kez, 84 (%6,0) hasta ise 5 ve üstü sayıda başvuruda bulunmuştur. 1420 başvuranın başvuru sıklıkları Tablo III'de verilmiştir.

Tablo III: Başvuru sıklığına göre dağılım

Başvuru sayısı	Sayı (n)	Yüzde (%)
1	977	68,8
2	216	15,2
3	100	7,0
4	43	3,0
5 ve üstü	84	6,0
Toplam	1420	100

Başvurularda ilk başvuru nedeni olarak belirtilen durumlar sırasıyla aşağıdaki tabloda görülmektedir (Tablo IV). En sık genel kontrol ve reçete yazdırmak amacıyla başvurulduğu dikkat çekmektedir.

Tablo IV: Tüm başvuru nedenlerinin sıklık sırasına göre dağılımı

	Başvuru Nedeni	Sayı (n)	Yüzde (%)
1.	Genel Kontrol	806	34,5
2.	Reçete Yazdırma	348	14,8
3.	Halsizlik	101	4,3
4.	Öksürük	99	4,2
5.	Boğaz Ağrısı	80	3,4
6.	Baş Ağrısı	52	2,2
7.	Bel Ağrısı	52	2,2
8.	Adet Düzensizliği	35	1,4
9.	Burun Akıntısı	35	1,4
10.	Ateş	33	1,4
11.	Sağlık Raporu	32	1,3
12.	İdrarda Yanma	22	0,9
13.	Baş Dönmesi	19	0,8
14.	Karın Ağrısı	18	0,7
15.	Yorgunluk	17	0,7
16.	Bulantı	16	0,6
17.	Kaşıntı	13	0,5
18.	Kilo Alma	13	0,5
19.	Göğüs Ağrısı	12	0,5
20.	Memede Kitle	12	0,5
21.	Diğer	476	22,2
22.	Toplam	2290	100

Hastaların ilk sırada belirttikleri başvuru nedenleri arasında genel kontrol, reçete yazdırma, boğaz ağrısı, öksürük gibi yakınmalar yer alırken ikinci sırada

belirttikleri başvuru nedenleri arasında halsizlik, öksürük, ateş ve burun akıntısı gibi yakınmalar göze çarpmaktaydı.

Tablo V: Hastaların ilk ve ikinci başvuru nedeni olarak belirttikleri yakınmaların dağılımı

	Başvuru Nedeni	Birinci Başvuru Nedeni s (%) *	İkinci Başvuru Nedeni s (%) *	Toplam s (%) *
1.	Genel Kontrol	802 (39,6)	4 (1,4)	806 (35,1)
2.	Reçete Yazdırma	347 (17,1)	1 (0,3)	348 (15,1)
3.	Boğaz Ağrısı	70 (3,4)	10 (3,7)	80 (3,4)
4.	Öksürük	69 (3,4)	30 (11,2)	99 (4,3)
5.	Halsizlik	62 (3,0)	39 (14,6)	101 (4,4)
6.	Bel Ağrısı	52 (2,5)	2 (0,7)	54 (2,3)
7.	Baş Ağrısı	42 (2,0)	10 (3,7)	52 (2,2)
8.	Adet Düzensizliği	35 (1,7)	2 (0,7)	37 (1,6)
9.	Sağlık Raporu	32 (1,5)	-	32 (1,3)
10.	Burun Akıntısı	24 (1,1)	11 (4,1)	35 (1,5)
11.	Karın Ağrısı	18 (0,8)	1 (0,3)	19 (0,8)
12.	İdrarda Yanma	18 (0,8)	4 (1,4)	22 (0,9)
13.	Ateş	16 (0,7)	17 (6,3)	33 (1,4)
14.	Baş Dönmesi	15 (0,7)	4 (1,4)	19 (0,8)
15.	Göğüs Ağrısı	12 (0,5)	1 (0,3)	17 (0,7)
16.	Memede Kitle	12 (0,5)	1 (0,3)	16 (0,6)
17.	Yorgunluk	12 (0,5)	5 (1,8)	13 (0,5)
18.	Yan Ağrısı	12 (0,5)	-	12 (0,5)
19.	Göğüs Ağrısı	12 (0,5)	1 (0,3)	13 (0,5)
20.	Vajinal Akıntı	11 (0,5)	2 (0,7)	13 (0,5)
21.	Bulantı	10 (0,4)	6 (2,2)	16 (0,6)
22.	Mide Yanması	10 (0,4)	1 (0,3)	11 (0,4)
23.	Dizüri	9 (0,4)	-	9 (0,3)
24.	Kaşıntı	9 (0,4)	4 (1,4)	13 (0,5)
25.	Kilo Kaybı	9 (0,4)	2 (0,7)	11 (0,4)
26.	Nefes Darlığı	9 (0,4)	2 (0,7)	11 (0,4)
27.	Kilo Alma	8 (0,3)	5 (1,8)	13 (0,5)
28.	Kulak Ağrısı	8 (0,3)	1 (0,3)	9 (0,3)
29.	Ağza Acı Su Gel.	7 (0,3)	2 (0,7)	9 (0,3)
30.	Burun Tikanıklığı	7 (0,3)	4 (1,4)	11 (0,4)
31.	Çarpıntı	7 (0,3)	4 (1,4)	11 (0,4)
32.	İshal	7 (0,3)	2 (0,7)	9 (0,3)
33.	Sigara Bırakma	7 (0,3)	-	7 (0,2)
34.	Eklem Ağrısı	6 (0,2)	2 (0,7)	8 (0,3)
35.	Unutkanlık	6 (0,2)	2 (0,7)	8 (0,3)
36.	Ayak Ağrısı	5 (0,2)	-	5 (0,2)

37.	Diz Ağrısı	5 (0,2)	-	5 (0,2)
38.	Gebelik Şüphesi	5 (0,2)	-	5 (0,2)
39.	Kas Ağrısı	5 (0,2)	-	5 (0,2)
40.	Saç Dökülmesi	5 (0,2)	-	5 (0,2)
41.	Diğer	216 (10,6)	85 (31,8)	301 (13,1)
42.	Toplam	2023 (100)	267 (100)	2290

*: sütun yüzdesi

Yaş gruplarına göre başvuru nedenlerini incelediğimizde; en sık başvuru nedenleri olan genel kontrol ve reçete yazdırmak için gelen hastaların büyük bir çoğunluğunun 25-64 yaş aralığında olduğunu gördük. 0-14 yaş arasında öksürük, 15-24 yaş grubunda boğaz ağrısı, öksürük ve halsizlik, 24-64 yaş grubunda boğaz ağrısı, halsizlik, 65 yaş üzerinde ise bel ağrısı ve öksürük sık görülen başvuru semptomlarıydı.

Yaş gruplarına göre başvuru nedenlerine dağılımı Tablo VI'da gösterilmiştir.

Tablo VI: Yaş gruplarına göre başvuru nedenlerinin dağılımı

	Başvuru Nedeni	0-6 s (%)*	7-14 s (%)*	15-24 s (%)*	25-64 s (%)*	65-99 s (%)*	Toplam s (%) *
1.	Genel Kontrol	3 (0,3)	11 (1,3)	41 (5,1)	569 (70,9)	178 (22,1)	802 (100)
2.	Reçete Yazdırma	7 (2,0)	7 (2,0)	24 (6,9)	190 (54,7)	119 (34,9)	347 (100)
3.	Halsizlik	0 (0)	0 (0)	9 (14,5)	46 (74,1)	7 (11,2)	62 (100)
4.	Öksürük	5 (7,2)**	8 (11,5)**	9 (13,0)	37 (53,6)	10 (14,4)**	69 (100)
5.	Boğaz Ağrısı	0 (0)	6 (8,5)	12 (17,1)**	49 (70)**	3 (4,2)	70 (100)
6.	Baş Ağrısı	0 (0)	4 (9,5)	8 (19,0)	29 (69,0)	1 (2,3)	42 (100)
7.	Bel Ağrısı	0 (0)	0 (0)	8 (15,3)	34 (65,3)	10(19,2)**	52 (100)
8.	Adet Düzensizliği	0 (0)	0 (0)	3 (8,5)	32 (91,5)	0 (0)	35 (100)
9.	Burun Akıntısı	0 (0)	0 (0)	5 (20,9)	19 (79,1)	0 (0)	24 (100)
10.	Ateş	4 (25,0)	2 (12,5)	0 (0)	9 (56,2)	1 (6,2)	16 (100)
11.	Sağlık Raporu	0 (0)	3 (9,3)	11 (34,3)	17 (53,1)	1 (3,1)	32 (100)
12.	İdrarda Yanma	0 (0)	1 (5,0)	2 (10,0)	14 (70,0)	3 (15,0)	20 (100)
13.	Baş Dönmesi	0 (0)	0 (0)	0 (0)	11 (73,3)	4 (26,7)	15 (100)
14.	Karın Ağrısı	0 (0)	3 (16,6)	2 (11,1)	11 (61,1)	2 (11,1)	18 (100)
15.	Yorgunluk	0 (0)	0 (0)	1 (8,3)	10 (83,3)	1 (8,3)	12 (100)
16.	Diğer	8 (1,9)	16 (3,9)	46 (11,3)	282 (69,2)	55 (13,5)	407 (100)
17.	Toplam	27	61	181	1359	395	2023

*; satır yüzdesi

**; yaş grubu içinde en sık başvuru semptomu

Başvuru nedenlerinin cinsiyete göre dağılımını incelediğimizde; kadınlarda adet düzensizliği dışında baş dönmesi, idrarda yanma, baş ağrısı yakınmalarının erkeklere göre daha sık bildirildiği görülmektedir. Erkeklerde ise ateş, öksürük, karın ağrısı yakınmaları kadınlara göre daha sıkıdır.

Başvuru nedenlerinin cinsiyete göre dağılımı Tablo VII'de verilmiştir.

Tablo VII: Başvuru nedenlerinin cinsiyete göre dağılımı

	Başvuru Nedeni	Kadın s (%)*	Erkek s (%) *	Toplam s (%) *
1.	Genel Kontrol	566 (70,5)	236 (29,5)	802 (100)
2.	Reçete Yazdırma	206 (59,3)	141 (40,7)	347 (100)
3.	Halsizlik	43 (69,3)**	19 (30,7)	62 (100)
4.	Öksürük	38 (55,0)	31 (45,0)**	69 (100)
5.	Boğaz Ağrısı	41 (58,5)	29 (41,5)	70 (100)
6.	Baş Ağrısı	29 (69,0)	13 (31,0)	42 (100)
7.	Bel Ağrısı	35 (67,3)	17 (32,7)	52 (100)
8.	Adet Düzensizliği	35 (100)	0 (0)	35 (100)
9.	Burun Akıntısı	10 (41,6)	14 (58,4)	24 (100)
10.	Ateş	7 (43,7)	9 (56,3)	16 (100)
11.	Sağlık Raporu	22 (68,7)	10 (31,3)	32 (100)
12.	İdrarda Yanma	16 (88,8)	2 (11,2)	18 (100)
13.	Baş Dönmesi	14 (93,3)	1 (6,7)	15 (100)
14.	Karın Ağrısı	10 (55,5)	8 (44,5)	18 (100)
15.	Yorgunluk	7 (58,3)	5 (40,7)	12 (100)
16.	Diğer	278 (67,9)	131 (32,1)	409 (100)
17.	Toplam	1357	666	2023

*: satır yüzdesi

** : en sık başvuru semptomu

4.3. Tanılar

Tüm tanılara baktığımızda (ön tanı + kesin tanı) demir eksikliği anemisinin, hipertansiyonun ve dislipidemilerin ilk üç sırada olduğunu görmekteyiz.

İlk 20 tanı sıklık sırasına göre Tablo VIII'de gösterilmiştir.

Tablo VIII: Sıklık sırasına göre İlk 20 tanı

	Tanı	Sayı (n)	Yüzde (%)
1.	Dem. Eks. Anemisi	431	17,4
2.	Hipertansiyon	189	7,6
3.	Dislipidemiler	144	5,8
4.	Tip 2 DM	140	5,6
5.	Osteoporoz (Kırıksız)	122	4,9
6.	Hipotirodizm	114	4,6
7.	Akut Farenjit	86	3,4
8.	Akut Sinüzit	57	2,5
9.	Akut Tonsillit	39	1,5
10.	Astım	30	1,2
11.	Genel Tıb. Mua.	28	1,1
12.	Depresyon	26	1,0
13.	Sistit	25	1,0
14.	Pannikülit	25	1,0
15.	Menapoz	22	0,8
16.	Üriner Sist. Bozukluk	22	0,8
17.	Gebelik	20	0,8
18.	Memede Kitle	20	0,8
19.	Peptik Ülser	20	0,8
20.	Krískem Kalp Hast.	19	0,7
21.	Diğer	893	36,1
22.	Toplam	2472	100

Ön tanı ve kesin tanıları ayrı ayrı incelediğimizde demir eksikliği anemisi, hipertansiyon, diabetes mellitus, dislipidemiler ve osteoporoz en sık konan ön tanılarıdır. Kesin tanıları baktığımızda ilk üç sırayı hipertansiyon, dislipidemiler ve diabetes mellitus almıştır.

Ön tanı ve kesin tanıların dağılımı Tablo IX'da gösterilmiştir.

Tablo IX: Ön tanı ve kesin tanıların dağılımı

	Tanılar	ÖnTanı s (%) *	KesinTanı s (%) *	Toplam s (%) *
1.	Demir Eks. Anemi	425 (18,4)	6 (3,4)	431 (17,4)
2.	Pr.Hipertansiyon	161 (7,0)	28 (16,0)	189 (7,6)
3.	Tip 2 DM	132 (5,7)	8 (4,5)	140 (5,6)
4.	Dislipidemiler	128 (5,5)	16 (9,1)	144 (5,8)
5.	Osteoporoz	122 (5,3)	-	122 (4,99)
6.	Hipotiroidizm	110 (4,7)	4 (2,2)	114 (4,6)
7.	Akut Farenjit	84 (3,6)	2 (1,1)	86 (3,4)
8.	Akut Sinüzit	57 (2,4)	7 (4,0)	64 (2,5)
9.	Akut Tonsillit	39 (1,6)	-	39 (1,5)
10.	Astım	27 (1,1)	3 (1,7)	30 (1,2)
11.	Depresyon	26 (1,1)	-	26 (1,0)
12.	Genel Tıbbi Muay.	25 (1,0)	3 (1,7)	28 (1,1)
13.	Sistit	25 (1,0)	-	25 (1,0)
14.	Menapoz	22 (0,9)	1 (0,5)	23 (0,9)
15.	Üriner Sist. Bozuk.	22 (0,9)	-	22 (0,8)
16.	Gebelik	20 (0,8)	1 (0,5)	21 (0,8)
17.	Meme Kitle	20 (0,8)	-	20 (0,8)
18.	Pannikülit	20 (0,8)	5 (2,8)	25 (1,0)
19.	Peptik Ülser	20 (0,8)	2 (1,1)	22 (0,8)
20.	Kr. İsk. Kalp Hast.	19 (0,8)	-	19 (0,7)
21.	Sereb.Vask.Hast.	19 (0,8)	2 (1,1)	21 (0,8)
22.	Hipertiroidizm	18 (0,7)	-	18 (0,7)
23.	Posmen. Osteop	17 (0,7)	-	17 (0,6)
24.	İnvert. Disk Bzk	16 (0,6)	-	16 (0,6)
25.	Gastrit-Duodenit	15 (0,6)	1 (0,5)	16 (0,6)
26.	SerebralPalsi	15 (0,6)	-	15 (0,6)
27.	Anksiyete Bozukluk	14 (0,6)	-	14 (0,5)
28.	GÖR Hastalığı	14 (0,6)	2 (1,1)	16 (0,6)
29.	Meme MalignNeop	14 (0,6)	1 (0,5)	15 (0,6)
30.	Solunum SistHast.	14 (0,6)	1 (0,5)	15 (0,6)
31.	Diğer	638 (27,7)	82 (46,8)	720 (29,1)
32.	Toplam	2298 (100)	174 (100)	2472

*: sütun yüzdesi

Yaş gruplarını ön tanılara göre değerlendirdiğimizde; demir eksikliği anemisi, 0-6, 15-24 ve 25-64 yaş grupların da en sık konmuş olan tanıydı. 7-14 yaş grubunda en sık akut farenjit, 65 yaş üzerinde ise hipertansiyon tanısı konmuştu.

Ön tanıların yaş gruplarına göre dağılımı Tablo X'da gösterilmiştir.

Tablo X: Ön tanıların yaş gruplarına göre dağılımı

	Ön Tanılar	0-6 s (%)*	7-14 s (%)*	15-24 s (%)*	25-64 s (%)*	65-99 s (%)*	Toplam s (%) *
1.	Demir Eks.Anemi	13 (3,0)**	3 (0,7)	45 (13,0)**	310(72,9)**	54 (12,7)	425 (100)
2.	Hipertansiyon	0 (0)	0 (0)	2 (1,2)	100 (62,1)	59 (36,6)**	161 (100)
3.	Dislipidemiler	0 (0)	0 (0)	1 (0,7)	97 (75,7)	30 (23,4)	128 (100)
4.	Tip 2 DM	0 (0)	1 (0,7)	2 (1,4)	99 (75,0)	30 (22,7)	132 (100)
5.	Osteoporoz	0 (0)	0 (0)	0 (0)	89 (68,4)	41 (31,6)	130 (100)
6.	Hipotirodizm	0 (0)	1 (0,9)	8 (7,2)	90 (81,0)	12 (10,8)	111 (100)
7.	Akut Farenjit	1 (1,1)	11 (13,0)**	10 (11,9)	57 (67,8)	5 (5,9)	84 (100)
8.	Akut Sinüzit	0 (0)	7 (12,2)	14 (24,4)	35 (61,0)	1 (1,7)	57 (100)
9.	Akut Tonsilit	2 (5,1)	4 (10,2)	13 (33,3)	20 (51,2)	0 (0)	39 (100)
10.	Astım	0 (0)	3 (11,1)	2 (7,4)	16 (59,2)	6 (22,2)	27 (100)
11.	Depresyon	0 (0)	0 (0)	1 (3,8)	24 (92,3)	1 (3,8)	26(100)
12.	Genel. Tıb. Mua.	0 (0)	4 (16,0)	7 (28,0)	14 (56)	0 (0)	25 (100)
13.	Sistit	1 (4)	1 (4)	4 (16)	16 (64)	3 (12)	25 (100)
14.	Menapoz	0 (0)	0 (0)	0 (0)	19 (86,3)	3 (13,7)	22 (100)
15.	Üriner Sist.Bozuk	2 (9,0)	3 (13,6)	2 (9,0)	15 (68,1)	0 (0)	22 (100)
16.	Diğer	17 (1,9)	30 (3,3)	101 (11,4)	560 (63,3)	176 (19,9)	884 (100)
17.	Toplam	13 (3,0)	3 (0,7)	45 (13,0)	310(72,9)	54 (12,7)	425 (100)

*: satır yüzdesi

**.: en sık konmuş olan tanı

Ön tanıların cinsiyete göre dağılımını incelediğimizde demir eksikliği anemisinin kadınlarda yüksek olduğunu, hipertansiyonun her iki cinsten de aynı olduğunu görmekteyiz. Kadınlarda en sık konan ilk üç ön tanı demir eksikliği anemisi, osteoporoz ve hipotiroidizm iken; erkeklerde ilk üç sırayı demir eksikliği anemisi, hipertansiyon ve dislipidemiler oluşturmaktadır.

Ön tanıların cinsiyete göre dağılımı Tablo XI'de gösterilmiştir.

Tablo XI: Ön tanıların cinsiyete göre dağılımı

	Tanılar	Kadın s (%)*	Erkek s (%) *	Toplam s (%) *
1.	Demir Eks. Anemi	319 (19,4)	106 (12,6)	425
2.	Hipertansiyon	82 (5,0)	79 (9,4)	161
3.	Dislipidemiler	76 (4,6)	52 (6,2)	128
4.	Tip 2 DM	81 (4,9)	51 (6,1)	132
5.	Osteoporoz	115 (7,0)	15 (1,7)	130
6.	Hipotiroidizm	91 (5,5)	20 (2,3)	111
7.	Akut Farenjit	50 (3,0)	34 (4,0)	84
8.	Akut Sinüzit	29 (1,7)	28 (3,3)	57
9.	Akut Tonsilit	22 (1,3)	17 (2,0)	39
10.	Astim	19 (1,1)	8 (0,9)	27
11.	Depresyon	13 (0,7)	13 (5,0)	26
12.	Genel Tib.Mua.	12 (0,7)	13 (1,5)	25
13.	Sistit	22 (1,3)	3 (0,3)	25
14.	Menapoz	22 (1,3)	0 (0)	22
15.	Üriner Sist Boz.	16 (0,9)	6 (0,6)	22
16.	Diğer	565 (34,5)	319 (38,1)	884
17.	Toplam	1636 (100)	836 (100)	2472

*: sütun yüzdesi

4.4. Yönetim Planı

Polikliniğimize başvuran 2472 hastanın 1084'ünden (%43,9) tetkik istenmiştir. İstenen tetkiklerin 906'sını (%36,7) laboratuvar, 155'ini (%6,3) radyoloji ve 23'ünü (%0,9) hem radyoloji hem laboratuvar oluşturmuştur. Reçete verilen hasta sayısı ise 469'du (%19). En sık konan beş tanıyı incelediğimizde ikinci sırada olan hipertansiyon hastalarına öncelikle reçete yazıldığı, demir eksikliği anemisi, dislipidemi, Tip 2 DM ve osteoporoz tanısı konan hastalara ise öncelikle tetkik istendiği dikkat çekmektedir. Hastaların tanılarına göre gerçekleştirilen yönetim planı ise Tablo XII'de gösterilmiştir.

Tablo XII: Tanılara göre gerçekleştirilen yönetim planı

	Tanılar	Danışmanlık s (%)*	Tetkik s (%)*	Reçete s (%)*	Rapor s (%)*	Konsültasyon s (%)*	Sevk s (%)*	Toplam s (%)*
1.	Demir Ek. Ane	37 (11,5)	230 (73,9)	39 (12,5)	2 (0,6)	3 (0,6)	1(0,3)	312 (100)
2.	Hipertansiyon	7 (4,6)	52 (40,3)	68 (52,7)	7 (2,3)	0 (0)	0 (0)	134 (100)
3.	Dislipidemiler	17 (14,7)	83 (76,5)	15 (13,0)	1 (0,8)	1 (0,8)	0 (0)	117 (100)
4.	Tip 2 DM	13 (10,7)	75 (66,9)	23 (20,5)	2 (1,7)	3 (1,7)	0 (0)	116 (100)
5.	Osteoporoz	5 (5,1)	79 (80,6)	10 (10,2)	2 (2,0)	1 (1,0)	1 (1,0)	98 (100)
6.	Hipotirodizm	11 (11,9)	75 (81,5)	6 (6,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	92 (100)
7.	Akut Farenjit	8 (25,8)	9 (29,0)	11 (35,4)	3 (9,6)	0(0)	0(0)	31 (100)
8.	Akut Sinüzit	9 (33,3)	8 (29,6)	9 (33,3)	1 (3,7)	0 (0)	0 (0)	27 (100)
9.	Akut Tonsilit	1 (7,1)	1 (7,1)	9 (64,2)	3 (21,4)	0 (0)	0 (0)	14 (100)
10.	Astım	3 (14,2)	4 (19,0)	12 (57,1)	1 (4,7)	1 (4,7)	0 (0)	21 (100)
11.	Depresyon	4 (23,5)	4 (23,5)	9 (52,9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	17 (100)
12.	Genel.Tıb.Mua.	2 (9,5)	7 (33,3)	0 (0)	13 (57,1)	0 (0)	0 (0)	21 (100)
13.	Sistit	0 (0)	14 (63,6)	3 (13,6)	4 (18,1)	1 (4,5)	0 (0)	22 (100)
14.	Menapoz	0 (0)	14 (93,3)	1 (6,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	15 (100)
15.	Üriner Sist. Boz.	0 (0)	11 (73,3)	3 (20,0)	1 (6,7)	0 (0)	0(0)	15 (100)
16.	Diğer	70 (13,5)	265 (49,3)	171 (31,8)	47 (3,9)	4 (0,7)	3 (0,5)	531 (100)
17.	Toplam	187	1084	469	87	16	5	1848

*: satır yüzdesi

Polikliniğimize başvuran hastaların kayıtlarına bakıldığında 187 (%7,6) kişiye danışmanlık verilmiştir. En sık kronik hastalık izlemi (s=102, %54) ve sigara bırakma (s=13, %6,9) konusunda danışmanlık verildiği görülmüştür. En sık verilen 10 danışmanlık konusu Tablo XIII'te gösterilmiştir.

Tablo XIII: Hastalara en sık verilen danışmanlık konuları

	Danışmanlık	Sayı (n)	Yüzde (%)
1.	İzlem	103	55,0
2.	Sigara Bırakma	13	6,9
3.	Endokrin (DM, tiroid, kilo verme vb.)	7	3,7
4.	Diyet	6	3,2
5.	Diyet ve Egzersiz	9	4,8
6.	Acil (akut batın, hiperglisemi, MI şüphesi)	5	2,6
7.	İstirahat Önerisi	5	2,6
8.	Kontrol ve Diyet	4	2,1
9.	Kardiyoloji (KAH, taşikardi vb.)	5	2,6
10.	Kan Basıncı Takibi	4	2,1
11.	Diğer	26	13,9
12.	Toplam	187	100

Diğer başlığı altında düzenli ilaç kullanımı, hijyen gibi danışmanlık konuları, psikiyatri, romatoloji, KBB, nöroloji gibi branşlara yönlendirmeler yer almaktadır.

2472 hastanın kayıtlarına baktığımızda sadece 5 kişinin (%0,02) sevk edildiğini gördük. Bu 5 kişinin üçü acil servis, birisi göğüs hastalıkları, diğeri ise kardiyolojiye sevk edilmişti.

Diğer kliniklerinden istenen konsültasyon sayısı ise 16'ydı (%0,06). Konsültasyonlar sıklık sırasına göre endokrin, genel cerrahi ve psikiyatriden istenmişti. Ayrıca 87 (%3,5) hastaya rapor verildiğini saptadık. Raporların yarısı (s=44, %50,5) istirahat raporuydu. Ayrıca heyet, ilaç, sağlık raporları verilmişti.

Yaş gruplarına göre verilen danışmanlıklara baktığımızda tüm yaş gruplarında en sık verilen danışmanlık konusunun izlem (s=103, %55,0) olduğunu gördük. 25 yaşından sonra ise bunu sigara bırakma (s=13, %6,9) konusunda verilen danışmanlık izliyordu.

Yaş gruplarına göre verilen danışmanlık konuları Tablo XIV'te gösterilmiştir.

Tablo XIV: Danışmanlık konularının yaş gruplarına göre dağılımı

	Danışmanlık	0-6 s (%)*	7-14 s (%)*	15-24 s (%)*	25-64 s (%)*	65-99 s (%)*	Toplam s (%) *
1.	İzlem	1 (0,9)	8 (7,7)	9 (8,7)	71 (68,9)	14 (13,5)	103 (100,0)
2.	Sigara Bırakma	0 (0)	0 (0)	0 (0)	12 (92,3)	1 (7,7)	13 (100,0)
3.	Endokrinolojik konular	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (85,7)	1(14,3)	7 (100,0)
4.	Diyet	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (100)	0 (0)	6 (100,0)
5.	Diyet ve Egzersiz	0 (0)	0 (0)	0 (0)	8 (88,8)	1 (11,2)	9 (100,0)
6.	Acil Durumlara Yönelik	0 (0)	1 (20)	0 (0)	2 (40,0)	2 (40)	5 (100,0)
7.	İstirahat	0 (0)	0 (0)	4 (80)	1 (20,0)	0 (0)	5 (100,0)
8.	Kontrol ve Diyet	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (100,0)	0 (0)	4 (100,0)
9.	Kardiyolojik konular	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (60,0)	2 (40)	5 (100,0)
10.	Kan Basıncı Takibi	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (75,0)	1 (25)	4 (100,0)
11.	Diğer	0 (0)	0 (0)	0 (0)	20 (76,9)	6 (23,1)	26 (100,0)
12.	Toplam	1	9	13	136	28	187

*: satır yüzdesi

Tablo XV: Başvuru nedenlerine göre danışmanlık konularının dağılımı
Başvuru nedenlerine göre verilen danışmanlık konularını incelediğimizde en sık izlemin devamı önerisinde bulunulduğunu gördük. Verilen danışmanlık konuları genel kontrol amacıyla gelenlerde daha çeşitliydi. Geliş nedenlerinden farklı konularda da danışmanlık verilebildiği dikkat çekmekteydi. Başvuru nedenlerine göre verilen danışmanlık konularının dağılımı Tablo XV’te verilmiştir.

Tablo XV: Başvuru nedenlerine göre danışmanlık konularının dağılımı

Başvuru Nedeni	İzlem s(%)*	Sigara biraka	Endokrin s (%)*	Diyet s (%)*	Diyet ve egzersiz	Acil servis	İstirahat s (%)*	Kontrol vedyet	Kardio s (%)*	Kanbasın cı takibi	Diğer s (%)**	Toplam s(%)*
Genel Kontrol	36 57,1	3 4,8	3 4,8	3 4,8	5 7,9	1 1,6	2 3,2	2 3,2	0 ,0	1 1,6	7 11,1	63 100,0
Reçete Yazdırma	0 ,0	0 ,0	1 100,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	1 100,0
Halsizlik	2 50,0	1 25,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	1 25,0	4 100,0
Öksürük	5 55,6	2 22,2	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	1 11,1	0 ,0	0 ,0	0 ,0	1 11,1	9 100,0
Boğaz Ağrısı	3 100,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	3 100,0
Baş Ağrısı	5 71,4	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	1 14,3	1 14,3	7 100,0
Bel Ağrısı	1 25,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	1 25,0	0 ,0	1 25,0	0 ,0	1 25,0	4 100,0
Adet Düzensizliği	2 66,7	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	1 33,3	3 100,0
Burun Akıntısı	2 100,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	2 100,0
Sağlık Raporu	3 75,0	1 25,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	4 100,0
İdrarda Yanma	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	1 50,0	0 ,0	0 ,0	1 50,0	2 100,0
Baş Dönmesi	4 80,0	0 ,0	1 20,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	5 100,0
Karın Ağrısı	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	1 100,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	1 100,0
Diğer	40 50,6	6 7,6	2 2,5	3 3,8	4 5,1	4 5,1	0 ,0	1 1,3	4 5,1	2 2,5	13 16,5	79 100,0
Toplam	103	13	7	6	9	5	5	4	5	4	26	187

*: satır yüzdesi

Ön tanılara göre verilen danışmanlıklara baktığımızda danışmanlığın en sık düzenli izlem (s=98, %55,6) konusundan verildiği dikkat çekmekteydi. Ön tanılara göre verilen danışmanlık konuları Tablo XVI'da gösterilmiştir.

Tablo XVI: Ön tanılara göre verilen danışmanlık konularının dağılımı

Tanılar	İzlem s (%)	Sigara Birakma	Endokrin s (%)*	Diyet s (%)*	Diyetve Egzersiz	Acil Servis	İstirahat s (%)*	Kontrol Ve Diyet	Kardio s (%)*	Kanbasınc ı Takibi	Diğer s (%)*	Toplam s (%)*
Demir Eksikliği Anemisi	19 50,0	2 5,6	6 16,7	1 2,8	2 5,6	0 ,0	0 ,0	0 ,0	2 5,6	0 ,0	5 13,9	37 (100,0)
Hipertansiyon	2 22,2	0 ,0	0 ,0	1 11,1	2 22,2	0 ,0	0 ,0	0 ,0	1 11,1	3 33,3	0 ,0	9 (100,0)
Dislipidemiler	12 70,6	1 5,9	0 ,0	0 ,0	1 5,9	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	3 17,6	17 (100,0)
Tip 2 DM	8 58,3	0 ,0	0 ,0	1 8,3	1 8,3	1 8,3	0 ,0	1 8,3	0 ,0	1 8,3	0 ,0	13 (100,0)
Osteoporoz	3 60,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	1 20,0	0 ,0	1 20,0	5 (100,0)
Hipotiroidizm	9 81,8	0 ,0	0 ,0	0 ,0	1 9,1	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	1 9,1	11 (100,0)
Akut Farenjit	7 87,5	1 12,5	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	8 (100,0)
Akut Sinüzit	5 55,6	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	1 11,1	2 22,2	0 ,0	0 ,0	0 ,0	1 11,1	9 (100,0)
Akut Tonsilit	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	1 100,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	1 (100,0)
Astım	0 ,0	2 66,7	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	1 33,3	3 (100,0)
Depresyon	4 100,0%	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	4 (100,0)
Genel Tıbbi Muayene	2 100,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	0 ,0	2 (100,0)
Diğer	32 48,4	7 8,1	1 1,6	3 4,8	2 3,2	3 3,2	2 3,2	3 4,8	1 1,6	0 ,0	14 21,0	68 (100,0)
Toplam	103	13	7	6	9	5	5	4	5	4	26	187

*. satır yüzdesi

Başvuru nedeni, genel kontrol, halsizlik, baş ağrısı, bel ağrısı, baş dönmesi, öksürük, idrarda yanma, ateş, adet düzensizliği gibi nedenler olan hastalara en sık tetkik istenmiş olup boğaz ağrısı, burun akıntısı, ateş gibi akut durumlarda reçete yazılmıştır. Başvuru nedenlerine göre yapılan ve uygulanan yönetim planı Tablo XVII'de yer almaktadır.

Tablo XVII: Başvuru nedenlerine göre gerçekleştirilen yönetim planı

	BaşvuruNedeni	Danışma s (%)*	Tetkik s (%)*	Reçete s (%)*	Rapor s (%)*	Konsültasyon s (%)*	Sevk s (%)*	Toplam s (%)*
1.	Genel Kontrol	63(8,1)	667(85,8)	35(4,5)	7(0,9)	5(0,6)	0(0)	777(100,0)
2.	Reçete Yazdırma	1 (0,2)	17 (5,0)	311 (92,0)	9 (2,6)	0 (0)	0 (0)	338 (100,0)
3.	Halsizlik	4 (8,1)	37 (75,5)	4 (8,1)	3 (6,1)	1 (2,0)	0 (0)	49 (100,0)
4.	Öksürük	9(19,1)	19 (40,4)	17 (36,1)	1 (2,1)	1 (2,1)	0 (0)	47 (100,0)
5.	Boğaz Ağrısı	3(10,0)	10(33,3)	13(43,3)	4(13,3)	0(0)	0(0)	30 (100,0)
6.	Baş Ağrısı	7(26,9)	13(50)	4(15,3)	2(7,6)	0(0)	0(0)	26 (100,0)
7.	Bel Ağrısı	4(8,6)	20(43,4)	7(15,2)	17(36,9)	1(2,1)	1(2,1)	46(100,0)
8.	Adet Düzensizliği	3(10,3)	26(89,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	29(100,0)
9.	Burun Akıntısı	2(14,2)	4(28,4)	6(42,6)	2(14,2)	0 (0)	0 (0)	14(100,0)
10.	Ateş	0 (0)	6(60)	3(30)	1(10)	0 (0)	0 (0)	10(100,0)
11.	Sağlık Raporu	4(12,5)	2(6,3)	0 (0)	26(81,2)	0 (0)	0 (0)	32(100,0)
12.	İdrarda Yanma	0 (0)	13(68,4)	4(21,0)	2(10,6)	0 (0)	0 (0)	19(100,0)
13.	Baş Dönmesi	5(27,7)	11(61,1)	2(11,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	18(100,0)
14.	Karın Ağrısı	1(12,5)	5(62,5)	2(25,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	8(100,0)
15.	Yorgunluk	0 (0)	8(100,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	8(100,0)
16.	Diğer	81 (20,7)	226 (57,8)	61 (15,6)	13(3,3)	6(1,6)	4(1,0)	391(100,0)
17.	Toplam	187 (10,1)	1084 (58,6)	469 (25,3)	87 (4,7)	16 (0,8)	5 (0,2)	1848 (100)

*:sattır yüzdesi

5. TARTIŞMA

Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kayıtlarını inceleyerek, başvuru nedenlerini ve sıklığını, tanıları, uygulanan yönetim planını, sevk ve konsültasyon işlemlerinin dağılımını incelemeyi amaçladığımız çalışmamızda; başvuru nedenleri arasında en sık genel kontrol ve reçete yazdırmanın, başvuru semptomları arasında ise öksürük, boğaz ağrısı ve baş ağrısının ön planda olduğu dikkat çekmekteydi. Aile hekimliği uygulamasında, sağlıklı bireylerin periyodik muayeneleri, tanısı konmuş hastaların izlemleri ve bakımın sürekliliği önemli bir yer tutar. Bu bağlamda bulgularımızın, aile hekimliği uygulaması ile uyumlu olduğunu söyleyebiliriz. 13.12.2010 tarihinde, Aydın'da, Sağlık Bakanlığı "Sağlıkta dönüşüm programı" kapsamında aile hekimliği sistemine geçilmiştir. Bu tarihten itibaren polikliniğimizin ortalama başvuru sayısında artış olduğu, ancak geçiş dönemi tamamlandıktan sonra artışın devam etmediği hatta düşüş olduğu gözlenmektedir. Bir diğer öne çıkan sonucumuz kronik hastalıklardan hipertansiyon dislipidemiler ve Tip 2 diyabetes mellitusun en sık konan tanılar olmasıydı. Ortalama yaşam süresinin uzamasıyla toplumda yaşlı nüfus ve ileri yaşta sık görülen hipertansiyon, diyabetes mellitus gibi kronik hastalıkların sıklığı artmaktadır. 2012 yılında yapılan PatenT2 çalışması sonuçlarına göre 18 yaş üzeri nüfusumuzda hipertansiyon prevalansı %30,3 bulunmuştur (69). Tip 2 diyabet prevalansı ise %13,7'dir (48). Bulgularımız doğrultusunda tartışmamızı, demografi, başvuru profili ve yönetim planı olmak üzere 3 başlık halinde yapılandırdık.

5.1. Demografik Özelliklerin Değerlendirilmesi

Polikliniğimize başvuran hastaların yaş ortalaması 47'ydı. Ülkemizde bu konuda yapılan çalışmaların çoğunda benzer sonuçlar bulunmuştur (50,51,52,54) Farklı olarak Çukurova Üniversitesi ve Hereke Aile Hekimliği polikliniğine başvuranların yaş ortalaması daha düşük olarak bildirilmiştir (49,53). Adana'da 21 olarak bildirilen yaş ortalamasının oldukça genç olduğu dikkat çekmektedir. Bu

farklılıklar il nüfusunun özelliklerinin yanı sıra uygulama merkezinin konumu, coğrafi farklılıklar gibi çeşitli etkenlerden kaynaklanabilir.

Çalışmamızda kadınların erkeklere göre daha fazla başvuruda bulunduğunu saptadık. Bu sonucumuzu yapılan diğer araştırmalarla karşılaştırdığımızda aynı sonuca ulaşıldığını gördük (49,50,51,52,53,54,58). Sağlık Bakanlığı'nın bir çalışmasında, kadınların daha fazla oranda sağlık hizmeti talep ettiği ve sağlık kontrolünden geçtiği bildirilmektedir (64). Ayrıca Mersin'de yapılan bir çalışmada kadınlara daha fazla oranda birden fazla tanı yazıldığı tespit edilmiştir (58). Bu sonuç bize kadınların erkeklere göre daha fazla sağlık arayışı içinde olduğunu düşündürmektedir.

5.2. Başvuru Sıklığı, Nedenleri ve Tanılar

Çalışmamızda ortalama başvuru sayısını 1,7 olarak saptadık. Başvuranların yaklaşık 5'te biri 3 ve/veya daha fazla başvuruda bulunmuştu. Benzer olarak Düzce'de bir ASM'de yapılan bir çalışmada da ortalama başvuru sayısı 1,7 olarak bildirilmiştir (57). Marmara Üniversitesi ve Çukurova Üniversitesi Medikososyal Merkezi'ndeki ise daha yüksek bulunmuştur (49,50). Marmara Üniversitesi'nde polikliniğin bir periyodik muayene noktası olarak duyurulmuş olmasının başvuru ortalamalarının yüksek bulunmasına neden olabileceği belirtilmiştir. Düzce'de ise sevk zinciri olmadığından başvuranların birinci basamağa uğramadan 2. ve 3. basamağa kolaylıkla başvurabilmelerinin başvuru sıklığı sayısının az olmasında etkili olduğu belirtilmiştir. Yunanistan'da yapılan bir çalışmada ise bizim bulgularımıza yakın bir ortalama başvuru sayısı (2,64) bildirilmiştir (55). Bizim çalışmamız, üniversite hastanesi yani üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kurumun içinde yer alan polikliniğimizde yapılmıştır. Ortalama başvuru sayımızın düşük olması diğer branş polikliniklerine erişimin kolay olması ile açıklanabilir. Bunun yanı sıra sadece bir kez başvuruda bulunanlar çoğunluğu oluşturmaktaydı. Bu durumun, akut sorununun giderilmiş olması, tetkik veya konsültasyon amacıyla yönlendirilen hastaların geri dönmeleri gibi nedenlerle ilişkili olabileceğini öngörebiliriz.

Yapılan çalışmalarda başvuru nedenleri çeşitlilik göstermekle birlikte genel kontrol, reçete yazdırma ve akut solunum yolu hastalıkları öne çıkmaktadır (50,52,53,54). Çalışmamızda başvuru nedenleri arasında genel kontrol ilk sırada, mevcut hastalıkların kontrolü ve reçete yazdırma ikinci sırada yer almaktaydı. Aile hekimliği uygulamasında, sağlıklı bireylerin periyodik muayeneleri, tanısı konmuş hastaların izlemleri ve bakımın sürekliliğinin önemli bir yer tuttuğunu göz önüne aldığımızda sonuçlarımızın aile hekimliği uygulaması ile uyumlu olduğunu söyleyebiliriz.

Öksürük birinci basamağa başvurularda sık rastlanan bir semptom olarak bildirilmektedir (49,50,51,52,53,54,56). Wilkin ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmaya göre ikinci sırada ateş ve halsizlik gelmektedir (56). Bizim çalışmamızda genel kontrol, reçete yazdırmanın ardından öksürük, halsizlik, boğaz ağrısı ve bel ağrısı en sık başvuru nedeni olan semptomlardı.

Hipertansiyon, diabetes mellitus gibi kronik hastalıklar erişkin yaşta sık rastlanan hastalıklardır (65,48). Benzer olarak bizim çalışmamızda hipertansiyon, diabetes mellitus ve dislipidemiler en sık konan tanılardı. Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (49,50,51,52,53,54). Ortalama başvuru yaşımızın 47 olduğunu göz önüne alırsak bu durumun beklenen bir sonuç olduğunu öngörebiliriz.

5.3. Yönetim Planı ve Danışmanlık Konuları

Hastalara uygulanan yönetim planlarını incelediğimizde; başvuru nedeni genel kontrol, halsizlik, baş ağrısı, bel ağrısı, baş dönmesi, öksürük, idrarda yanma, ateş, adet düzensizliği gibi nedenleri olan hastalara en sık tetkik istenmiş olup boğaz ağrısı, burun akıntısı, ateş gibi akut durumlarda reçete yazılmıştır. Adana'da yapılan çalışmada ise daha çok medikal tedavi, kontrol randevusu verme ve ileri tetkik gibi işlemler yapılırken bunları öneri ve konsültasyon işlemlerinin takip ettiği bildirilmiştir (49).

Sağlık Bakanlığı 2005 yılı verilerine göre 2. basamak kuruluşlara sevk etme oranı %10,2 iken 2011 yılında bu oran % 0,7'ye düşmüştür (61). Genel olarak

birinci basamağa başvuran hastaların önemli bir kısmının tanı ve tedavisinin bu basamakta gerçekleşmesi beklenir (54). Biz çalışmamızda sadece 5 kişinin (%0,02) sevk edildiğini saptadık. Bu konuda ülkemizde yapılan diğer çalışmaları incelediğimizde çok farklı sonuçlara ulaşıldığını gördük. Sevk oranları %5,2 ile %50,8 arasında değişmekteydi (53,54,59). Yurtdışında yapılan bir çalışmada ise ofis vizitlerinde aile hekimleri tarafından yapılan sevk oranı %5,1 bildirilmektedir (60). Bizim sevk oranımızın düşük olmasını polikliniğimizin üçüncü basamak sağlık hizmeti veren üniversite hastanesinin bünyesinde yer alması ile ilişkilendirebiliriz.

Sevk edilen bölümleri incelediğimizde; beş kişinin üçü acil servis, birisi göğüs hastalıkları, diğeri ise kardiyolojiye sevk edilmişti. Benzer olarak Umurlu ve Akdeniz üniversitesinde yapılan çalışmalarda da en sık acil servise sevk edildiği bildirilmektedir (54,59). Farklı olarak Kocaeli Üniversitesi Hereke Aile Hekimliği polikliniğinde en sık sevk edilen bölümler sırasıyla KBB, üroloji, göz, ortopedi ve nöroloji olarak bildirilmiştir. Kocaeli'ndeki sevklerin aile hekimliği asistanlık eğitiminde yer almayan kliniklere yapılması dikkat çekmektedir.

Konsültasyon oranları açısından ülkemizde yapılan çalışmaları incelediğimizde çok farklı sonuçlara ulaşıldığını gördük (49,50,54). İstenen konsültasyon oranları %5,2 ile %38 arasında değişmekteydi. Avrupa, ABD ve Kanada'da ise aile hekimlerinin konsültasyon isteme sıklığı %1.0 - 5.4 arasında bildirilmektedir (62,63). Çalışmamızda konsültasyon oranı %0,06 olup, literatürde bildirilen oranlardan oldukça düşüktür. Polikliniğimiz, üniversite hastanesinin bünyesinde hizmet vermesine rağmen başvurular daha çok genel kontrol, reçete yazdırma ve akut solunum yolu hastalıkları gibi birinci basamakta yönetilebilecek durumlardı. Ayrıca polikliniğimizin üçüncü basamağın içinde yer alması nedeniyle diğer branşlara konsültasyon istemeden erişim oldukça kolaydı. Çalışmamızda konsültasyonlar sıklık sırasına göre endokrin, genel cerrahi ve psikiyatriden istenmişti. Bu konuda farklı sonuçlar bildirilmektedir. Marmara Üniversitesi'nde en sık konsültasyona ihtiyaç duyulan branşlar, kadın hastalıkları ve doğum, fizik tedavi ve rehabilitasyon ve dermatoloji olurken; yurtdışında yapılan bir çalışmada en sık konsültasyon istenen branşlar genel cerrahi, ortopedi, kadın hastalıkları ve doğum, kulak burun boğaz, göz ve üroloji olarak sıralanmaktadır (50,62,63).

Aile hekimliği uygulamasında danışmanlık önemli bir yer tutar. Kayıtlarımızı incelediğimizde % 7,6 oranında ve en sık kronik hastalık izlemi ve sigara bırakma konusunda danışmanlık verdiğimizi saptadık. Konumuzla ilgili çalışmaları incelediğimizde danışmanlık hizmeti ile ilgili çok fazla veri bulamadık. Sadece Çukurova Üniversitesi'nde % 2,6 oranında danışmanlık hizmeti verildiği bildirilmişti (49). Kronik hastalıkların tanı, tedavi ve yönetimi aile hekimlerinin günlük uygulamasında önemli bir yer tutar. Danışmanlık ve kronik hastalık eğitimi tedavinin etkinliğini ve başarısını arttırır. Çalışmamızda, ikinci sıklıkta sigara bıraktırma konusunda danışmanlık verdiğimizi saptamıştık. Sigara, bilinen en önemli mortalite ve morbidite nedenlerindedir. Bu durum önlenabilir bir sağlık sorunu olması nedeniyle ayrıca önemlidir (66). Etkin bir danışmanlık hizmeti, sigarayla mücadelede büyük katkı sağlar.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bir üniversite aile hekimliği polikliniğine örnek olarak incelediğimiz polikliniğimize başvuru nedenleri arasında en sık genel kontrol ve reçete yazdırmanın, başvuru semptomları arasında ise öksürük, boğaz ağrısı ve baş ağrısı görülmüştür. Aile hekimliği uygulamasında, sağlıklı bireylerin periyodik muayeneleri, tanısı konmuş hastaların izlemleri ve bakımın sürekliliği önemli bir yer tutar. Bu bağlamda en sık başvurunun genel kontrol ve bakımın sürekliliği çerçevesinde reçete yazdırma amacıyla olmasının aile hekimliği uygulaması ile uyumlu olduğunu söyleyebiliriz. Bir diğer öne çıkan sonucumuz en sık konan tanıların hipertansiyon ve Tip 2 diabetes mellitus olmasıydı. Bu hastalıkların toplumda sık görülen kronik hastalıklardan olması aile hekimliği uygulamasında beklenen hasta profili ile uyumaktadır. Ayrıca en sık verilen danışmanlık konularını kronik hastalıkların yönetimi oluşturmuştur. Sonuçlarımız aile hekimliği uzmanlık eğitimi ve uygulamasında periyodik muayene, bakımın sürekliliği, kronik hastalık yönetimi ve danışmanlığına daha fazla yer verilmesinin önemini ortaya koymaktadır.

7. ÖZET

BİR ÜNİVERSİTE AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNİN HASTA PROFİLİVE BAŞVURU NEDENLERİ

Giriş ve amaç:

Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık hizmeti sunumunda giriş kapısı olup bireye en yakın ve en kolay ulaşılabilecek konumdadır. Biz bu çalışma ile ADÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastaların yaş, cinsiyet gibi demografik verilerini, başvuru nedenlerini, tanılarını, danışmanlık hizmetlerini, uygulanan yönetim planını, sevk ve konsültasyon işlemlerini değerlendirerek polikliniğimize başvuran hasta profilini ortaya koymayı amaçladık.

Gereç ve yöntem:

Kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırma olarak tasarlanan çalışmamızda; 07.05.2010 - 21.03.2013 tarihleri arasında ADÜ Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 1420 hastanın; demografik bilgileri, başvuru nedenleri, sıklığı, tanıları, danışmanlık konuları, yönetim planı, tetkik ve tedavileri, izlem, sevk ve konsültasyon işlemleri ile ilgili bilgilerinin hasta kayıt sisteminden elde edilerek değerlendirildi.

Bulgular:

ADÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran kişi sayısı 1420 olup, toplam 2472 başvuru olmuştur. Ortalama başvuru sayısı 1,7 olarak saptanmıştır. Başvuranların 1636 kişisi kadın, 836 kişisi ise erkektir. Başvuranların yaş ortalaması 47 (0-92 yaş) olup, en sık başvuruda bulunan yaş aralığı 25 - 64 yaş, En az başvuruda bulunan yaş aralığı ise 0 - 6 yaş olmuştur. Hastaların en sık belirttikleri başvuru nedenleri genel kontrol, reçete yazdırma, öksürük, boğaz ağrısı, halsizlik, bel ağrısıydı. En sık konan tanıları, demir eksikliği anemisi, hipertansiyon, dislipidemiler, diabetes mellitus ve osteoporozdu. Başvuran hastaların 1084'ünden (%43,9) tetkik istenmiş, 469'una (%19) reçete

yazılmış, 187'sine (%7,6) danışmanlık verilmiş, 5'i (%0,02) sevk edilmiş, 16'sından (%0,06) ise konsültasyon istenmiştir.

Sonuç:

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi ve uygulamasında düzenli kayıt tutma, periyodik muayene, bakımın sürekliliği, kronik hastalık yönetimi ve danışmanlığına daha fazla yer verilmelidir.

Anahtar kelimeler: Aile hekimi, birinci basamak sağlık hizmeti, danışmanlık

8. SUMMARY

THE PROFILES AND THE APPLICATION REASON OF PATIENTS ADMITTED TO CLINICS OF FAMILY MEDICINE DEPARTMENT OF A UNIVERSITY

Introduction and aim:

Primary health care is among the nearest and easily accessible health service. In our study, we aim to reveal patients profile applying to primary care clinics of Family Medicine Department at Adnan Menderes University by evaluating the demographic data on gender and age, common cause of applying, diagnosis, consulting services provided, implementing methodological plans and referral and consultation process.

Material and Method:

In our study designed as cross sectional and descriptive; data on demography, application reason, frequency of admission, diagnosis, consultancy issues, management plan, examination and treatment, monitoring, referral and consultation process of 1420 patients applied to ADU primary care clinics between 07.05.2010 - 21.03.2013 were being evaluated by patient record system.

Results:

While the number of patients applied to clinics of Family Medicine Department at Adnan Menderes University was 1420, the number of application to clinics was 2472 in total. The average number of application was determined as 1,7. The majority were females 1636 patients and 836 patients were male. The mean age of patients was 47 and age range of patients was 47 and the age range of patients applied to hospital most frequently was between the age of 25-64. The range of patients with the least application was between the age of 0-6. The most frequent application cause mentioned by patients were general control, prescription, cough, sore throat, fatigue and back pain. The most frequent principal diagnosis were iron deficiency anemia, hypertension, dyslipidemia, diabetes

mellitus and osteoporosis. 1084 of patients (%43,9) were asked to blood test, 469 patients (% 19) were prescribed, 187 patients (%7,6) were provided consultancy. Five patients (%0,02) were transfered and 16 patients (% 0,06) were consulted

Conclusion:

Family medicine training and practice should include more periodic examination, carecontinuity, management and consultancy of chronic illness.

Key words: Family medicine, primary health care service, consultancy

9. KAYNAKLAR

- 1- Aile hekimliğinin tanımı. <http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/aile-hekimliinin-tanm.html>erişim tarihi 21.02.2015.
- 2- EURACT. The European Definition of General Practice/FamilyMedicine. Short Version. Leuven: European Academy of Teachers in General Practice, EURACT; 2005: 5-7
- 3-The European Definition of General Practice/FamilyMedicine. WONCA Europe, 2002: 7-9
- 4- Aydın S. Aile Hekimliği Türkiye Modeli. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını; 2004: 51-7.
- 5- The European definition of General Practice/FamilyMedicine. WONCA Europe. Barcelona: WONCA Europe Office Publication; 2011: 1-12
- 6- The European definition of General Practice/FamilyMedicine. WONCA Europe. Barcelona: WONCA Europe Office Publication; 2002: 7-12
- 7- The European definition of General Practice/FamilyMedicine. WONCA Europe. Barcelona: WONCA Europe Office Publication; 2002: 12-22.
- 8- Stephens GG. Developmental assessment of family practice: an insider's view. In: Doherty WJ, Christianson CE, Sussman MB, editors. FamilyMedicine: The Maturing of a Discipline. First edition. New York: The Haworth Press; 1987: 1-21
- 9- Freeman T. Family Medicine's academic contributions. Family Medicine Research Days, İzmir, Turkey. Türk Aile Hek Derg 2012; 16, 181-98.
- 10- Dünya'da Aile Hekimliği. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. <http://www.ailehekimligi.gov.tr>. erişim tarihi: 20.12.2014

- 11- Making medical practice and education more relevant to people's needs. WHO-WONCA joint conference. WHO-WONCA. Ontario, Canada, 6-8 Nov 1994
- 12- WHO-WONCA 1994 Konferansı, Aile Hekiminin Katkısı, Kanada, Giriş ve sayfa 3
- 13- Ünlüoğlu İ, Çelik M. Türkiye'de aile hekimliğinin gelişimi. Bozdemir N, Kara İH, editörler. Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi. 1.Baskı. Adana: Nobel Kitabevi; 2010. 9-17
- 14- Çağlayaner H, Saatçi E. [Development of a profession: general practice specialization family practice.] Türk Aile Hek Derg 2008;12(2):95-103.
- 15- Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoğlu AS, Yarış F. Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2007; 27(3): 412-8
- 16- Rakel R E, Rakel D P. Textbook of Family Medicine. Development of the Specialty 8th edition. Philadelphia: W.B. Saunders, 2011; 4-5.
- 17- Başak O. [Developmental features of family medicine as a discipline in our country.] Türk Aile Hek Derg 2013;17(1):29-36
- 18- Bodenheimer T, Grumbach K. Birinci Basamağın Geliştirilmesi; Daha İyi Uygulamalar İçin Stratejiler Ve Araçlar. Çev Ed. Bozdemir N, Saatçi N. 1. Baskı Adana 2009 9-16
- 19- Aile Hekimliğinin Tarihçesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı; <http://ailehekimligi.trakya.edu.tr> erişim tarihi: 21.02.2015
- 20- Başak O, Güldal D. Twenty years of academic family medicine departments in Turkey: an overview on the developmental process Türk Aile Hek Derg 2014;18(1):16-24
- 21- Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programı. TAHUD. 2013 11-18

- 22-Türkiye’de Aile Hekimliği. Halk Sağlığı Müdürlüğü/ aile-hekimligi/aile-hekimliginin-ozellikleri.html erişim tarihi: 21.12.2014
- 23- Gürel FS. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi 2025 Projeksiyonu. Sağlıkta Nabız Dergisi.2010;7(26):54-5.
- 24- Ünlüoğlu İ, Çelik M. Türkiye’de aile hekimliğinin gelişimi. Bozdemir N, Kara İH, editörler. Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi. 1.Baskı. Adana: Nobel Kitabevi; 2010. 9-24.
- 25- Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. JAMA: the journal of the American Medical Association. 2004;291(10):1238-45. Epub 2004/03/11.
- 26- Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi: Hastalık Yüğü Final Rapor. Hıfızısıhha Mektebi Müdürlüğü, 2004
- 27- Hekimliğinin Dünyadaki Gelişimi. <http://www.tahev.org/Aile> erişim tarihi: 13.11.2014
- 28- Politika Analizi Raporu Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulaması. Hazine Müsteşarlığı Ankara, 2011: 8-10
- 29- Aile Doktorları İçin Kurs Notları. Ankara, 2004 23-27
- 30-Dünya’da aile hekimliği uygulamaları <http://aile-hekimligi.uludag.edu.tr/uygulama.html> erişim tarihi: 13.12.2014
- 31- Dünya’da aile hekimliği uygulamaları <http://Halk Sağlığı Müdürlüğü/aile-hekimligi/dunyada-aile-hekimligi.html> erişim tarihi: 13.12.2014
- 32- Paycı SÖ, Ünlüoğlu İ. Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliği. Aile Doktorluğu Birinci Aşama Uyum Eğitimleri Kitabı. 3. Bölüm
- 33- Başak O. Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı. Wonca Europe 2002. Ankara: TAHUD Yayınları-3; 2003.

- 34- Dünyada Aile Hekimliği. Aile Hekimi (Ah/Gp)'De. Elçin M,editör. Ankara: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayını; 1998
- 35- Rakel RE. Textbook of Family Practice. 6th edition. Philadelphia: PA: WB Saunders Company; 2002. 1-18
- 36- Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. N Eng J Med 2001; 344: 2021-2025
- 37-Rodoplu Ü. Editöre Mektup. Aile Hekimliği Dergisi.1997;1(4): 243-6.
- 38- American College of Preventive Medicine (ACPM). What is Preventive Medicine. <http://www.acpm.org/page=WhatisPM>. erişim tarihi: 30.04.2015
- 39- Öztekin Ö. Çukurova üniversitesi tıp fakültesi aile hekimliği polikliniği'nin 2003 yılı hasta kayıtlarının değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Adana. Çukurova Üniversitesi, Aile Hekimliği –2009
- 40- McWhinney I R, Freeman T. Aile hekimliğinin profili. Güldal D (ed). Textbook Of family medicine. Third Edition, Oxford üniversity press, inc. 2009;39-54
- 41- Aktürk Z. Aile Hekimliğinde Kayıtlar, V.Ulusal Aile Hekimliği Kongre Kitapçığı, Adana.2002;58-69
- 42- Stephenson A. A Textbook of general practice. Clinical audit in general practice 2nd Ed, London: Hodder Arnold Publication, 2004;235- 246.
- 43- Çağlayaner H. Cep üniversitesi. Aile Hekimliği II. 1. Baskı. İstanbul: İletisim Yayınları;1996. 21-26.
- 44- Rakel RE. The Family physician. Grimm KJ, Diebold MM. The periodic health examination. Kelly RB, Falvo DR. Patient education. Rakel RE. The problem oriented medical record. In: Rakel RE, ed. Textbook of family practice. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2002. 3-18,159-209, 253-61, 1587-602
- 45- The European definition of General Practice/FamilyMedicine. WONCA Europe. Barcelona: WONCA Europe Office Publication; 2002. 4-6, 7-43

- 46- Taylor RB. Current issues and future practice. In: Taylor RB, David AK, Johnson TA, Phillips DM, Scherger JE, eds. Family Medicine. Principles and Practice. 5th ed. New York: Springer-Verlag Pres; 1998.1-6.
- 47- Aile hekiminin görevleri. <http://ailehekimligi.gov.tr/images/stories/Mevzuat>. Erişim tarihi: 20.02.2015
- 48- Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite Ve Endokrinolojik Hastalıklar (TURDEP 2) Çalışması. Türkiyedeki diyabet prevalansı
- 49- Özmen Ö. Çukurova üniversitesi tıp fakültesi aile hekimliği polikliniğinin 2007 yılı hasta kayıtlarının değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Adana. Çukurova Üniversitesi, Aile Hekimliği –2010
- 50- Pemra C. Ünalın, Arzu Uzuner, Serap Çifçili, Mehmet Akman, Çiğdem Kaya Apaydın. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğinin Sağlık Hizmeti Sunduğu Aileler 2009, Cilt 22, Sayı 2, Sayfa(lar) 090-096
- 51- Turfaner Ertürk N, Süt N, Sipahioğlu F. A three years profile of patients referring to family medicine out patient clinics. Cerrahpaşa J Med 2004; 35: 115-121.
- 52-Topallı R. , Aladağ N, Filiz T. M. ,Topsever P. , CiğerliÖ. , Görpelioğlu S. . Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniklerinin Sağlık Hizmeti Sunumundaki Yeri: Değirmendere Deneyimi Türk Aile HekDerg 2003; 7(4): 165-170
- 53-Topallı R. , Aladağ N, Filiz T. M. ,Topsever P. , CiğerliÖ. , Görpelioğlu S. Hereke Aile Hekimliği Merkezi. 2001 Yılı Başvuru Nedenleri Ve Yapılan Sevklerin Değerlendirilmesi Türk Aile Hek Derg 2003; 7(1): 18-22
- 54- Şensoy N, Başak O, Gemalmaz A. umurlu aile hekimliği merkezi'nde aile hekimliği uygulaması ve hasta profili: aile hekimliği alan eğitimi gereksinimini ne ölçüde karşılıyor. Kocatepe Tıp Dergisi The Medical Journal of Kocatepe 10: 49-56 / Ocak-Mayıs-Eylül 2009

- 55-Mariolis A, Mihas C, Alevizos A, et al. Comparison of primary health care services between urban and rural settings after the introduction of the first urban health centre in Vyronas, Greece. BMC Health Services Research 2008, 8:124 doi:10.1186/1472-6963-8-124
- 56- Wilkin D, Dowswell T, Leese B. Modernising primary and community health services. BMJ 2001; 322: 1522-4.
- 57- Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2012; 2 (3): 7-13
- 58- Buğdaycı R, Şaşmaz T, Kurt AÖ, Tezcan H. Bir kent tipi sağlık ocağında yazılan tanıların incelenmesi
http://www.thb.hacettepe.edu.tr/arsiv/2002/sayi_4/baslik1.pdf erişim tarihi: 07.04.2015
- 59- Alimoğlu MK, Mamaklı S. Tıp fakültesi kurum hekimliğine ait altı aylık veriler. V. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Özet Kitabı. Adana, 27-30 Mart 2002;421.
- 60- Forrest CB, Nutting PA, Starfield B, von Schrader S. Family Physicians' referral decisions from ASPN referral study. J Fam Pract 2002; 51: 215-222.
- 61- http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2011.pdf
- 62 Saatçi E, İnan M, Akpınar E. Adana'dan bir aile hekimliği örneği. Türk Aile Hek Derg 2006; 10: 20-24
- 63- Rakel RE. Use of consultants. Textbook of Family Practice. Rakel RE, ed. 8th edition. Philadelphia: W.B. Saunders, 2011; 4-15.
- 64- Toros A, Öztekin Z. Major Issues of Health Services Utilization in Turkey. Health Services Utilization Survey in Turkey. Ministry of Health, Turkey, 89, 1996
- 65- Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, 2012. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması Patent2 erişim tarihi: 24.04.2015
- 66-Bartecchi CE, MacKenzie TD, Robert W: The human costs of tobacco use. Schrie. N Engl J Med, 1994; 330: 907-12