



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ POLİKLİNİĞİNE
BAŞVURAN HASTALARIN BAŞVURU SEBEPLERİNİN
BİRİNCİ BASAMAKTA YÖNETİLEBİLİRLİĞİNİN
İNCELENMESİ**

Dr. SİRACEDDİN DELİCE

UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2023-SAKARYA

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ POLİKLİNİĞİNE
BAŞVURAN HASTALARIN BAŞVURU SEBEPLERİNİN
BİRİNCİ BASAMAKTA YÖNETİLEBİLİRLİĞİNİN
İNCELENMESİ**

Dr. SİRACEDDİN DELİCE

UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2023-SAKARYA

ONAY

Kurum : Sakarya Üniversitesi/Tıp Fakültesi

Program türü : Uzmanlık Tezi

Anabilim Dalı : Aile Hekimliği

Tez Sahibi : Siraceddin Delice

Sınav Tarihi : **Saat:**

Tez Başlığı : Ortopedi Ve Travmatoloji Polikliniğine Başvuran Hastaların
Başvuru Sebeplerinin Birinci Basamakta Yönetilebilirliğinin İncelenmesi

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

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

* Red kararının gerekçesi onay sayfasının arkasında belirtilmelidir.

ONAY

“Bu tez .../.../2023 tarihinde yukarıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

.../.../2023

Tıp Fakültesi Dekanlığı

BEYAN

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

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 05/10/2022 tarihinde onay alınarak hazırlanmıştır.

14/07/2023

Dr. Siraceddin Delice

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda aldığım uzmanlık eğitimim süresince bilgi, fikir, tecrübe ve abiliğinden faydalandığım değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Aydın'a,

Tez hazırlama sürecimde bilgi ve deneyimlerinin yanında sabırlı ve yüce gönüllü yaklaşımlarıyla bana destek olan Uzm. Dr. Muhammet Raşit Aydın, Uzm. Dr. Erkut Etçioğlu ve Uzm. Dr. Cengiz Han Kantar'a,

Her anımda yanımda olan, desteklerini her daim hissettiğim, üzerimdeki emeklerini asla ödeyemeyeceğim annem Neriman Delice ve rahmetli babam Süleyman Delice'ye,

Kritik dönemeçlerde, varlıklarıyla bana her zaman maddi ve manevi yol gösteren abilerim Tevfik Delice ve Mustafa Delice'ye,

Fizyolojik, psikolojik ve sosyal olarak her anımda bilfiil yanımda olan canım eşim Ülkü ve tezi yazmam konusunda bana itici pati olan kara kedim Sirius'a,

Tüm içtenliğimle teşekkür ederim.

Dr. Siraceddin Delice

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ.....	vi
TABLO LİSTESİ.....	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Sağlık Hizmetleri	2
2.1.1. Koruyucu sağlık hizmetleri.....	2
2.1.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri.....	5
2.1.2.1. Birinci basamak sağlık hizmetleri	5
2.1.2.2. İkinci basamak sağlık hizmetleri	10
2.1.2.3. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri	11
2.1.3. Rehabilite edici sağlık hizmetleri.....	11
2.1.4. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri	12
2.2. Ortopedi ve Travmatoloji.....	12
2.2.1. Tanımı	12
2.2.2. Hasta grubu	13
2.3. Sağlık Sisteminde Sevk Zinciri ve Önemi.....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Tipi.....	19
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	19

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
3.4. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi.....	19
3.5. Verilerin Analizi.....	20
3.6. Araştırmanın Etik Yönü	20
4. BULGULAR.....	21
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	34
6. KAYNAKLAR	44
7. EKLER.....	50
7.1. EK-1: Etik Kurul Kararı	20
7.2. Ek-2: Anket formu.....	20
ÖZGEÇMİŞ	56

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

FTR: Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon

KBB: Kulak Burun Boğaz

OA: Osteoartrit

PHCC: Primary Health Care Clinics

SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı

TSM: Toplum Sağlığı Merkezi

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians

ŞEKİL LİSTESİ

- Şekil 2.1.** Kalça ve diz osteoartritinin küresel hastalık yükü..... 13
- Şekil 2.2.** Fransa'da romatizmal ve kas-iskelet hastalıkları prevalansı. 14



TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. Bel ağrısı ve radiküler ağrı öyküsü olan hastalarda kırmızı bayraklar.....	16
Tablo 4.1 Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı	21
Tablo 4.2 Katılımcıların kronik hastalık durumlarının dağılımı	22
Tablo 4.3 Hastaların başvurdukları sağlık kurumlarına ait sıklıklar ve aile hekimlerinin uzman olma durumunun dağılımı	23
Tablo 4.4 Hastaların şikayet sürelerinin ve geliş şikayetlerinin dağılımı	23
Tablo 4.5. Hastaların şikayet öncesi travma öyküsü ve aile hekimine başvurma durumlarının dağılımı	25
Tablo 4.6. Aile hekimine başvurmayan hastaların nedenlerinin dağılımı ve hastaları ortopedi polikliniğine yönlendirenlerin dağılımı	25
Tablo 4.7. Aile hekimine başvuran hastaların aile hekiminden aldıkları bazı hizmetlerin dağılımı	26
Tablo 4.8. Aile hekiminin koyduğu ön tanıların dağılımı ve ortopedi hekiminin koyduğu tanıların dağılımı	27
Tablo 4.9. Ortopedi polikliniğine başvuran hastalara yapılan bazı işlemlerin dağılımı	28
Tablo 4.10. Hastaların birinci basamakta yönetilme durumu hakkında ortopedi hekimlerinin görüşlerinin dağılımı.....	29
Tablo 4.11. Hastaların son değerlendirmelerine ait dağılımlar	29
Tablo 4.12. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre şikayetleri için ilk başvurdukları kurumun dağılımı	30
Tablo 4.13. Hastaların yaşına göre şikayetleri için ilk başvurdukları kurumun dağılımı	31
Tablo 4.14. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre birinci basamakta yönetilme durumunun dağılımı	31
Tablo 4.15. Hastaların birinci basamakta yönetilme durumuna etki eden faktörlerin dağılımı	32
Tablo 4.16. Hastaların yaşı ile birinci basamakta yönetilme durumlarının dağılımı	33

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Aile hekimliği birinci basamak sağlık hizmetlerinin merkezinde bulunmakla ve sürdürülebilir bir sağlık sisteminin oluşturulmasında temel bir role sahiptir. Kas ve iskelet sistemi hastalıkları ülkemizde yaygın olarak polikliniklere başvuru nedenlerindedir. Bu çalışmamızda ortopedi ve travmatoloji polikliniklerine başvuran hastaların birinci basamakta yönetilebilirliğini değerlendirmek amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Tıpta uzmanlık tezi kapsamında olan bu çalışma, Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Polikliniğine 01/10/2022 ile 01/02/2023 tarihleri arasında başvuran toplam 473 hastaya, kendilerinden veya yakınlarından bilgi alınarak uygulanmıştır. Çalışmamız hastalara yüz yüze görüşme yolu ile anket soruları üzerinden gerçekleştirilmiştir. Araştırmamıza 18 yaş altı hastaların ebeveynlerinden, 18 yaş üzeri olan hastaların kendilerinden gönüllü olan hastalar dahil edilmiştir. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından oluşturulan 28 soruluk bir anket kullanılmıştır.

BULGULAR: Çalışmamıza katılan hastaların %53,5'inin (n:253) herhangi bir sağlık sorununda ilk başvuru merkezi olarak aile sağlığı merkezini (ASM) tercih ettiği görüldü. Mevcut şikayetleriyle aile hekimliğine başvuranların oranı %33,4 (n:158) olarak belirlendi. Katılımcıların ASM'yi tercih etmeme sebepleri sorulduğunda %33,3 (n:105) oranında "ASM'lerde görüntüleme yöntemi olmadığı için gitmedim" cevabı alındı. Başvuran hastaların %51,4'ü görüntüleme yapılamadığı dolay ve %27,7'si girişimsel işlem gerektirdiği için yönetilemez şeklindeyken %17,3'ünün birinci basamakta tanısı konulup yönetilebileceği belirlendi. ASM'ye başvuran hastaların yaş ortalaması hastaneye başvuranlara göre anlamlı derecede daha yüksek olarak belirlenmiştir (p<0,05). Laboratuvar tetkikine ihtiyaç duyulmayanlar, görüntüleme tetkiki yapılmayanlar, girişimsel işlem yapılmayanlar, travma öyküsü olmayanların birinci basamakta yönetilebilir olma sıklıkları anlamlı derecede daha fazladır (p<0,05).

SONUÇ: Çalışmamıza katılan hastaların büyük bölümünün ilk başvuru merkezi olarak ASM'yi belirtmesine rağmen ortopedik şikayetler mevcut olduğunda üst basamaklara başvuru yaptığı görülmüştür. Hastaların ASM'ler yerine ortopedi ve travmatoloji polikliniğine başvurmalarının en önemli nedeni olarak ASM'lerde görüntüleme tetkiklerinin bulunmaması olduğu tespit edilmiştir. Ortopedi polikliniklerine uygunsuz başvurunun en aza indirilmesi için ASM'lerde görüntülemelere yönelik gerekli altyapının planlanmasının uygun olacağı kanaatindeyiz.

Anahtar kelimeler: Birinci basamak sağlık hizmeti, ortopedi, travmatoloji, uygunsuz başvuru

ABSTRACT

Investigation of the manageability of the reasons for admission of patients who applied to the orthopedics and traumatology outpatient clinic in primary health care services.

INTRODUCTION AND AIM: Family medicine is at the center of primary health care and has a fundamental role in the creation of a sustainable health system. Musculoskeletal diseases are common reasons for outpatient clinic visits in our country. In this study, we aimed to evaluate the manageability of patients applying to orthopedics and traumatology clinics at the primary care level.

MATERIALS AND METHODS: This study, which is part of a medical specialty thesis, was conducted on a total of 473 patients who applied to Sakarya Yenikent State Hospital Orthopedics and Traumatology Clinic between October 1, 2022 and February 1, 2023. Information was obtained from the patients themselves or their relatives. Our study was carried out through face-to-face interviews with patients using survey questions. Patients under the age of 18 whose parents consented to participate and those aged over 18 who voluntarily participated were included in our study. A 28-question survey created by researchers was used as the data collection tool.

RESULTS: In our study, it was found that 53.5% (n:253) of the patients participating preferred PHCC as their first choice for any health issue. The rate of those who initially applied to family medicine for their current complaints was determined as 33.4% (n:158). When asked about the reasons for not preferring PHCC, a response of "I did not go because there is no imaging method at PHCC" was received in 33.3% (n:105) cases. While 51.4% of the applicants were considered unmanageable due to lack of imaging and 27.7% requiring interventional procedures, it was determined that 17.3% could be diagnosed and managed at the primary level. The average age of patients applying to PHCC has been significantly higher compared to those applying to hospitals ($p < 0.05$). Patients without laboratory tests requested, without imaging studies performed, without interventional procedures carried out or with no history of trauma had significantly higher frequency rates in being manageable at primary care level ($p < 0.05$).

CONCLUSION: Despite most participants in our study mentioning PHCC as their first point of contact, they applied to upper-level facilities when orthopedic complaints were present. It was seen that the most important reason for patients to apply to orthopedics and traumatology outpatient clinics instead of PHCC was the lack of imaging tests in PHCC. We believe that it would be appropriate to plan the necessary infrastructure for imaging in PHCC in order to minimize inappropriate applications to orthopedic outpatient clinics.

Keywords: Primary health care, orthopedics, traumatology, inappropriate application

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kas ve iskelet sistemi hastalıkları ülkemizde yaygındır. Obezitenin yaygınlaştığı günümüzde, ortopedik rahatsızlıklar artarak sağlık kuruluşlarına başvuruların önemli bir nedeni haline gelmektedir. TÜİK'in 2019'da yayınladığı Türkiye sağlık araştırmasına göre bireylerin (on beş yaş üzeri) son on iki ay içerisinde yaşadığı başlıca on sağlık sorununun arasında ilk sırada %29,7 ile bel bölgesi problemleri yer alırken dördüncü sırada da %11,2 ile artroz yer almaktadır. 2016 yılında yayınlanan araştırma ile kıyaslandığında 2019 yılında, bel bölgesi problemleri %9,3 artış gösterirken, artroz %45 artış göstermiştir. Her iki sağlık sorununda da kadın hastalar çoğunluktadır (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2019-33661>, Erişim tarihi:12 Mart 2023).

Ülkemizde zorunlu sevk zinciri olmadığı için hastalar farklı nedenlerle doğrudan istedikleri basamaktaki sağlık hizmetine başvurabilmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın 2003 yılında başlattığı Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında kişilerin hekime ulaşım problemi çözülmüş gibi görünse de üst basamaklardaki başvuru sayısı düşürülemediği (Bankur, 2017). TÜİK'in 2020 yılında yayınladığı sağlık istatistikleri yıllığına göre hekime müracaatın %42,2'si (253 119 935) birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlara yapılmıştır. %57,8'i (347 141 196) ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına yapılmıştır (<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/43399,siy2020-tur-26052022pdf.pdf?0>, Erişim tarihi: 12 Mart 2023).

1978 Alma Ata Bildirgesi'ne göre sağlık sorunlarının %85-90'ı birinci basamakta çözülebilmektedir. Birinci basamakta sunulması gereken sağlık hizmetinin basamak sistemi gözetmeksizin ikinci ve üçüncü basamakta verilmesi maliyeti artırmakta ve hizmetin sürdürülebilir olmasının önüne geçmektedir (Üstü ve ark., 2011). Ortopedi ve Travmatoloji polikliniklerine olan başvuruların sebeplerinin tespit edilip, birinci basamağın da bu sorunların çözümünde etkin bir şekilde rol alması ile önemli bir yol kat edilebilir. Bu araştırmadaki amacımız Ortopedi ve Travmatoloji polikliniklerine başvuran hastaları, aile hekimi gözünden değerlendirmek ve birinci basamakta yönetiminin yapılabilirliğini araştırmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Hizmetleri

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

Sağlık hizmetleri; kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyenlerin başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümü olarak ifade edilebilir (Öztek, 2001).

Sağlık hizmetleri; sağlık problemlerine, sağlık hizmeti sağlayan kuruluşlara, amaçlarına ve bunun gibi kriterlere göre sınıflandırılabilir. Bu sınıflandırmalar arasında genel kabul görmüş olanı sağlık hizmetlerinin amaçlarına göre sınıflandırılmasıdır (Karafakıoğlu, 1998). Sağlık hizmetlerinin amaçlarına göre sınıflandırılması en başta üç başlık altında değerlendirilmesine rağmen son zamanlardaki teknolojik gelişme ve bilimsel veriler ışığında bu sınıflamaya bir başlık daha eklenmiştir. Günümüzde dört ana başlık halinde ele alınmaya başlanmıştır (Demirel, 2013).

Bu dört ana başlık şu şekildedir:

- Koruyucu Sağlık Hizmetleri
- Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri
- Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri
- Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Aile hekimi sağlık hizmetlerini, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak, belirli bir mekanda vermekle yükümlüdür (T.C. Resmi Gazete, 25 Ocak 2013, sayı: 28539).

2.1.1. Koruyucu sağlık hizmetleri

Gelecekte oluşabilecek hastalık ve sakatlıkların riskini, şiddetini ve süresini en aza indirgeyebilecek veya engelleyecek, hastanın hastalığının belirtilerinin oluşmadığı

dönemde tanı koyup, tedavinin hastalığın erken döneminde yapılmasını sağlayan hastalık öncesi sağlık hizmetleridir (<https://gebzefatihdh.saglik.gov.tr/TR-246335/koruyucu-saglik-hizmetleri.html>, Erişim tarihi: 28 Şubat 2023).

Koruyucu sağlık hizmetleri kişiye ve çevreye yönelik olmak üzere iki grupta sınıflandırılmıştır. Aile sağlığı merkezlerinde kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri verilirken, toplum sağlığı merkezlerinde de çevreye yönelik sağlık hizmetleri verilmektedir (Çevik, 2013).

Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; genelde sağlık personeli tarafından bireylere yönelik olarak sağlanır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ön planda olduğu bir hizmettir. Bu hizmetlerin sağlıklı bir şekilde yürütülmesi için çalışanların, hizmet verdikleri bölgenin özelliklerine, orada yaşayan toplumun kültürel, sosyal ve ekonomik yapısına hakim olmaları gerekir. Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin bazılarına; kişisel hijyen, sağlık eğitimi, ilaçla koruma, sağlığa zararlı alışkanlıklarla mücadele, bağışıklama, ruh sağlığı hizmetleri, erken tanı ve tedavi, aile planlaması ve ana-çocuk sağlığı, beslenmenin iyileştirilmesi örnek olarak gösterilebilir (Özdemir, 2021).

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; yaşadığı çevreye bağımlı olan insan için, olumsuz çevresel faktörleri bütünüyle ortadan kaldırarak ya da bu olumsuzlukları en aza indirerek, çevreyi daha yaşanılabilir bir hale getirme çabalarının tümünü içeren sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler yalnızca sağlık sektörü çabası ile değil, sağlık sektörünün diğer sektörlerle işbirliği halinde olması ile yürütülebilir. Belediyeler, Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı bu kurumlara örnek gösterilebilir. Çevreye yönelik koruyucu hizmetlerden bazılarına; hava kirliliği ile mücadele, radyasyonla ve gürültü ile mücadele, sağlık eğitimi, haşerelerle mücadele, yeteri kadar ve temiz su sağlanması, katı ve sıvı atıkların zararsız hale getirilmesi, konut sağlığı örnek olarak gösterilebilir (Özdemir, 2021).

Koruyucu sağlık hizmetleri primordiyal, birincil, ikincil, üçüncül, dördüncül ve beşincil korumayı içermektedir.

Primordiyal koruma: Risk etkenlerinin meydana gelmediği zaman diliminde, bu etkenlerin oluşmasını önlemek temel amaçtır. Obezite ile mücadele, gençlerde sigara ve alkol kullanımını önlemek için okul eğitimleri verilmesi örnek olarak gösterilebilir (Selçuk, 2020).

Birincil koruma (Primer Koruma): Risk etkenleri hâlihazırda mevcut iken koruyucu yaklaşım ile risk etkenlerini azaltarak ya da yok ederek, hastalığın meydana gelmesini önlemek veya en azından oluşabilecek muhtemel hastalığın şiddetini azaltmak temel amaçtır. Obez kişilerde hipertansiyon veya koroner arter hastalığı gelişmesini önlemek için hayat tarzı değişiklikleri, egzersiz ve sağlıklı diyet önerilmesi ve bağışıklama örnek olarak gösterilebilir (Selçuk, 2020).

İkincil koruma (Sekonder Koruma): Erken tanısı ve etkin tedavisi olan her türlü hastalığı tespit etmek namına yapılan tüm girişimlerdir. Temel amaç hastalıkları erken dönemde yakalamaktır. Erken tanı hizmetleri şeklinde dile getirilir. Aralıklı kan basıncı ölçümleri, mamografi kontrolleri, gaitada gizli kan taranması örnek olarak gösterilebilir (Selçuk, 2020).

Üçüncül koruma (Tersiyer Koruma): Daha önceki koruma yöntemlerinden yararlanamamış, geç tanı almış hastalarda, en iyi tedavi ve rehabilitasyon şartlarının sağlanması temel amaçtır. İlerlemiş hastalıkta geç komplikasyonların oluşmasını önlemeye yönelik girişimler bütünüdür. Diyabeti olan bir kişide nöropati, nefropati veya retinopati gelişmesinin engellenmesi örnek olarak gösterilebilir (Selçuk, 2020).

Dördüncül koruma: Dördüncü koruma 1986 yılında Dr. Marc Jamouille tarafından, önce zarar verme ilkesinin güncel hali olarak belirtilmiştir. Dünya Aile Hekimleri Organizasyonu (WONCA) Uluslararası Sınıflandırma Komitesi toplantısı sırasında benimsenmiş ve sözlüğünde yayınlanmıştır. Sözlükteki tanımıyla; aşırı medikalizasyon riskindeki hastayı ve toplumu tanımlayıp, bu hastaları medikal istilalardan korumak ve hastalara bilimsel, etik olarak kabul edilebilir bakım prosedürlerini sağlamak için yapılan çalışmalardır. Dördüncül koruma kavramı gün geçtikçe artan sıklıkta diğer uzmanlık alanlarınca da benimsenmektedir (Akdeniz ve Kavukçu, 2017).

Sağlık faaliyetleri sadece fayda sağlamaz, aynı zamanda zarar da verebilir. Dördüncül koruma, sağlık faaliyetlerinin neden olduğu zararı önlemek veya hafifletmek için alınan bir dizi önlemdir. Etkinliği kanıtlanmış önleyici tedbirlerin tavsiye edilmesidir. Tedavi ile ilgili olarak, üst solunum yolu enfeksiyonlarında uygun antibiyotik kullanımı veya kaçınılması örnek olarak gösterilebilir (Gérvas, 2012).

Beşincil koruma: Sağlıkla ilgili kulaktan duyma söylentilerin veya yanlış bilgilendirmelerin, bireylerin sağlığı üstündeki kötü etkilerini ortadan kaldırmak için yapılan girişimleri içerir. Beşincil koruma bu nedenle diğer tüm önleme düzeyleriyle birleşiktir ve bunları içerir. Dikkat edilmezse diğer koruma yöntemleri mümkün olmayacaktır (Kalra ve Kumar, 2019).

2.1.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri bireyler hastalandığı zaman uygulanan tıbbi muayene, teşhis, tedavi ile ilgili tıbbi hizmetleri kapsamaktadır. Temel amaç koruyucu sağlık hizmetlerine rağmen ortaya çıkan hastalıklarda erken teşhis ile hızlı ve başarılı bir tedavi protokolü uygulayarak hastaların kısa sürede sağlığına kavuşturulmasıdır (Tengilimoğlu ve Çalık, 2000). Tedavi edici sağlık hizmetleri olarak başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere diğer bakanlıklar, üniversiteler ve diğer özel kuruluşlar da hizmet vermektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, ikinci basamak sağlık hizmetleri ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olmak üzere üç ana grupta sınıflandırılır (Orhaner, 2006).

2.1.2.1. Birinci basamak sağlık hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri bireylerin, bir çok farklı şikayetle başvurduğu, toplumun büyük bir paydasının tanı ve tedavi gördüğü, tanı ve tedavisi yapılamayan durumlarda diğer üst basamaklara sevkini yapıldığı, genellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin ön planda sunulduğu sağlık kuruluşu ve bu kuruluşlarda sunulan sağlık hizmetleri olarak tanımlanmaktadır (Starfield, 2009).

Alma Ata Deklarasyonu, dünyada birinci basamak sağlık hizmetini çağa uygun hale getirmek ve doğru şekilde uygulanmasını sağlamak için hızlı ve etkin, ulusal ve uluslararası aksiyon alma çağrısında bulunan on maddelik bir bildirgedir. 1978

yılında ortaya çıkmış ve birinci basamak sağlık hizmetlerini daha geniş kapsamlı bir hale getirmiştir. Bildirgede; birinci basamak sağlık hizmetleri, toplumdaki bireyler ve aileleri için dünyada evrensel olarak kabul edilebilir, uygulanabilir, bilime dayalı olarak ilerleme gösteren sağlık bakım hizmetleri olarak bildirilmiştir (https://istanbul.ism.saglik.gov.tr/Eklenti/27594/0/almaatabildirisi1978pdf.pdf?_tag1=FC3E7AC48F1716DEA440C85126AE87D30F858130, Erişim tarihi: 28 Şubat 2023).

Birinci basamak sağlık hizmet sunucuları, ilgili mevzuatında tanımlanan, hastaların ayaktan veya yataklı teşhis ve tedavilerinin yapıldığı sağlık kuruluşlarıdır. Örnek olarak: ASM, toplum sağlığı merkezi (TSM), bünyesinde birinci basamak sağlık kuruluşu bulunan ilçe sağlık müdürlüğü, kurum tabipliği, evde bakım merkezleri veya birimler, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri, entegre ilçe devlet hastaneleri örnek olarak gösterilir (T.C. Resmi Gazete, 10 Şubat 2022, sayı: 31746).

Aile hekimliği, birinci basamakta sağlık hizmetlerinde uygulama yapan bir tıp disiplini ve günümüzde Türkiye’de sağlık sisteminde birinci basamağını temelini oluşturmaktadır (Yılmaz ve ark., 2012).

Aile Hekimliği / Tanımlar:

Aile hekiminin ilk tanımı 1974'te Avrupa Genel Pratisyenlik Konferansı'nda sunulmuştur. Aile hekimlerini, pratisyen hekimler ile eşitleyen bu tanım: “Genel pratisyen; yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın bireylere veya topluma, bireysel ve sürekli birinci basamak sağlık hizmeti veren tıp fakültesi mezunudur. Hastalarına; hasta görüşme odalarında, hastaların evlerinde ve bazen bir klinik ya da hastanede bu hizmeti verir. Temel amacı mümkün olduğunca erken bir şekilde teşhis sağlamaktır. Hastalarına bakım verdiği süreç zarfında fiziksel, sosyal ve psikolojik tüm değişkenlere dikkat eder ve değerlendirir. Hastaların, sürekli, yineleyen veya son dönem hastalıklarının bakımının sorumluluğunu alır.” 1991 yılında WONCA, aile hekiminin görevlerini; bireylere olan görevlerini yapmak, hasta-hekim ilişkisini geliştirmek, hastanın savunucusu olmak, hastalar için kaynak yönetimini yapmak, hastanın gerekli kaynaklara erişimini artırmak ve diğer servislerle koordineli halde çalışmak olarak tanımlamıştır (Göktaş, 2022).

WONCA Avrupa tarafından 2011 yılında revize edilen haliyle Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik: Kendine has eğitim içeriği ve araştırmaları olan kanıta dayalı, klinik eğitimi ağırlıklı olan, bilimsel ve akademik bir disiplindir. Temelde birinci basamağa yönelik olan uzmanlık alanıdır (https://www.tahud.org.tr/file/96f3dfc7-3961-4272-b5b7-e6cbbd7580ef/AH_AVRUPA_TANIMI-2.pdf, Erişim tarihi: 01 Mart 2023).

Aile hekimleri, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı 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 tabiplerdir (T.C. Resmi Gazete, 25 Ocak 2013, sayı: 28539).

Aile hekimliği; hastalığı değil, hastayı yani bireyi merkeze alan bir disiplindir. Hasta, aile hekimini sadece şu veya bu hastalıktan muzdarip olduğu için değil - ilgili uzman tarafından çok iyi bir şekilde tedavi edilebilir - aynı zamanda aile hekimi onun doktoru olduğu için arar. Aile hekimi kalbinizle, karaciğerinizle, depresyonunuzla veya artrozunuzla ilgilenen doktor değildir. Aile hekimi bireyle ilgilenir. Profesyonel bir referans, bir başucu kitabıdır. Hastalarıyla ilişkisinin temeli, hastaların şu ya da bu hastalığa yakalanmaları değil, tam olarak ilişkinin kendisidir. Aile hekimliği, bu macera ruhu ve klasik tattaki sadelikle çevrelenmiş olsa bile, bugün bazı tıp uzmanlarıyla sınırlı bir tarz veya karizma olmaktan çok daha fazlasıdır. Sisteminin altında yatan ve bilim olarak aktarılmasına izin veren kendine özgü bilgisi, değerleri ve metodolojisi ile tanınmış bir uzmanlık alanı, akademik bir disiplindir (Roncoletta ve ark., 2003).

Hasta profili:

Birinci basamak sağlık hizmetleri, bireylerin sağlığı için başvurabilecekleri önemli bir erişim noktasıdır. Aynı zamanda çok çeşitli hastalıklara yönelik bakım sağlayan bir hizmettir. Birinci basamak altyapı sisteminin kullanımı ile daha iyi sağlık sonuçları ve daha düşük sağlık hizmeti maliyetleri pozitif koreledir (Starfield ve Shi, 2002).

Düzce’de aile sağlığı merkezine başvuran hastalar içinden 5690 hasta kaydının retrospektif olarak incelendiği bir çalışma yapılmıştır. Sonuçlara bakıldığında en yaygın görülen ilk üç hastalık, st solunum yolu enfeksiyonları, esansiyel hipertansiyon hastalığı ve dorsalji olarak tanımlanmıştır. Muayene sebeplerinden daha az sıklıkta olanlar mide ülseri, işe girme öncesi muayene ve baş ağrısı başvuruları şeklinde görülmüştür. Hastalar arasında kadınların oranı yüksek (%58,3) ve ortalama yaş 42 olarak tespit edilmiştir. Başvuruda en çok yer alan yaş aralığı 45-59 olarak bulunmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde, yaygın olarak karşılaşılan hastalıkları tanımak, ilerleyen süreçte aile hekimliği eğitimlerinin hangi alanlara yoğunlaşması gerektiğine karar verebilir (Yılmaz ve ark., 2012).

Hereke aile hekimliği merkezine başvuran hasta grubunda yapılan bir başka çalışmada en sık yapılan başvuru neden, sevk yaptırma (%22), ikincisi ilaç yazdırma isteği (%37,4) şeklinde bulunmuştur. Çalışmada başvuruları sık görülenden nadire doğru sıraladığımızda sırasıyla; boğaz ağrısı (%4,1), burun tıkanıklığı (%3,7), öksürük (%2,8) gibi st solunum yolu enfeksiyonu şikayetleri görülmüştür. Diğer başvuru nedenleri deri ve yumuşak doku problemleri (%2,2), eklem problemleri (%2,1), baş ağrısı/baş dönmesi (%2,1), mide/karın ağrısı (%1,6) olarak belirtilmiştir (Topallı ve ark., 2003a).

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Değirmendere Polikliniği’ne başvuran hastalar arasında yapılan bir çalışmada ekstremite ve eklem ağrıları (%16,2) en yaygın başvuru nedeni olarak bulunmuştur. Takibinde sırasıyla öksürük(%7,7), göğüs ağrısı (%7), baş ağrısı, sırt ve yan ağrısı bulunmuştur. Kronik hastalıkların rutin kontrol muayenesi amacıyla başvuran hastaların, hastalıklarına göre yaygından nadire doğru sıklığı ise; hipertansiyon (%25,4), diyabet (%23,8), dislipidemi (%17,5), tiroid hastalıkları (%17,5), genel kronik hastalık kontrol muayenesi (%14,3) şeklinde olduğu tespit edilmiştir (Topallı ve ark., 2003b).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde sık başvuru sebeplerini araştıran sistematik bir derlemede farklı ülkelerde yapılan (Avustralya, İngiltere ve Galler, Hindistan, İrlanda, Malta, Hollanda, Yeni Zelanda, Sırbistan, Güney Afrika, İsveç ve Amerika Birleşik Devletleri) toplam 18 çalışma incelenmiştir. Çalışmalarda ortalama 83161 hasta başvurusu bulunmaktadır. Gelişmiş ülkelerde en sık başvuru sebebi

hipertansiyon, ikincisi üst solunum yolu enfeksiyonu olurken; gelişmekte olan ülkelerde ise en sık başvuru sebebi üst solunum yolu enfeksiyonu ikincisi hipertansiyon olarak tespit edilmiştir. Gelişmiş ülkelerde en yaygın üçüncü ve dördüncü sık başvuru sebepleri, gelişmekte olan ülkeler listesinde yer almayan depresyon veya anksiyete ve sırt ağrısı olduğu görülmüştür. Bu durum gelişmekte olan ülkelere gelen verilerin azlığından kaynaklanıyor olabilir ve bu nedenle gerçeği yansıtmayabilir. Alternatif olarak, klinisyenler tarafından bildirilen sık başvuru sebeplerinde, hastalar depresyon veya anksiyete ve sırt ağrısı için başvuruyorsa veya klinisyenler bu durumları eksik bildirmiş veya farklı şekilde kaydetmişse durumların yaygınlığını yansıtmayabilir. Bu nedenle, depresyon veya anksiyete ve sırt ağrısı, gelişmekte olan ülkelere tanımlanandan daha yaygın olabilir. Güney Afrika ve Hindistan'da sırt ağrısının 1 aylık yaygınlık tahminleri %39 olduğundan, sırt ağrısı da muhtemelen bu çalışmalarda yeterince temsil edilmemektedir. Ek olarak, sonuçlarımıza yansıyan, gelişmekte olan ülkelere birinci basamakta pnömoni, tüberküloz ve parazit hastalıkları gibi çeşitli durumlar önemli ölçüde daha yaygın olduğu tespit edilmiştir (Finley ve ark., 2018).

Bir derlemede doktorlar tarafından bildirilen sık başvuru sebepleri en yaygından en nadire doğru sıralandığında; hipertansiyon, diyabet, üst solunum yolu enfeksiyonu, üriner sistem enfeksiyonu, hiperlipidemi, osteoartrit (OA), iskemik kalp hastalıkları, hipertansiyon komplikasyonları, sıtma, alerjik rinit şeklinde sıralanmıştır (Khan ve ark., 2022).

Danimarka'da yapılan bir çalışma, genel muayene başvuruları (%23,8), kas-iskelet sistemi hastalıkları (%14,3), solunum sistemi hastalıkları (%9,9), psikolojik sorunlar (%8,6) ve cilt hastalıkları (%8,3) şeklinde bildirilmiştir. Avustralya'da yapılan bir çalışmada, solunum sistemi hastalıkları (%23,9), genel/belirtilmemiş (%21,8) ve cilt hastalıkları (%16,4) şeklinde sık başvuru sebepleri sıralanmıştır (Simon ve ark., 2014).

Polonya'da birinci basamak sağlık hizmetlerinde yapılan bir araştırmada en sık başvuran hasta grubunun 20-30 yaş ve 50-70 yaş grubu olduğu tespit edilmiştir. Hastaların kliniğe başvuru nedenlerinin analizinde, hem kadın hem de erkek gruplarında en yaygın başvuru nedeninin kalıcı olarak kullanılan ilaçların yeniden

reçete edilmesi (%40,3'e karşı %38,7), başka bir uzman hekime sevk (%13,5'e karşı %16,2) ve çeşitli enfeksiyon türleri (%15,6'ya karşı %13,9) olarak bildirilmiştir (Pietrzak ve ark., 2018).

İsrail'de birinci basamak sağlık hizmetlerine yapılan başvuru nedenlerine ilişkin bir incelemede toplam 327 hasta başvurusu değerlendirilmiştir. En sık görülen şikayetler üst solunum yolu enfeksiyonları, gastrointestinal sistem hastalıkları, cilt hastalıkları ve sırt ve boyun problemleri ve uzuvlarla ilgili ortopedik şikayetler olarak tespit edilmiştir. En sık görülen kronik şikayetlerin hipertansiyon ve diyabet olduğu bulunmuştur. Hastalar başvuruların %36'sında idari talep eşliğinde başvurduğunu belirtirken, %15'inde ise yalnızca idari sorunlarla başvurmuştur. Başvuruların toplam %26,6'sı kan tetkiki taleplerini veya tetkik sonuçlarının görüşülmesini içermiştir. Hastalar, başvuruların %5'inde koruyucu hekimlik konularını başlatmıştır. Cinsiyete bağlı farklılıklar incelendiğinde; kadınların erkeklere göre yeni bir tıbbi sorun için muayene olma isteklerinin daha fazla olduğu bulunmuştur (Adar ve ark., 2017).

2.1.2.2. İkinci basamak sağlık hizmetleri

Bir üst basamağa kıyasla daha geniş bir tıbbi bilgi ve ileri teknoloji hizmetleri gerektirmeyen hastalıkların tespiti ile yatışının yapılarak tedavi edilmesi için düzenlenmiş hizmetlere ikinci basamak tedavi hizmetleri denir (Tengilimoğlu ve ark., 2012).

İkinci basamak sağlık hizmet sunucuları, ilgili mevzuatında tanımlanan ayaktan veya yataklı teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti verilen sağlık kurumlarıdır. Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, bakanlığa bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, kamu kurumlarına ait olup Bakanlıkça ruhsatlandırılmış olan hastaneler, tıp merkezleri ve dal merkezleri, özel hastaneler, özel tıp merkezleri ve dal merkezleri, diyaliz merkezleri, üremeye yardımcı tedavi merkezleri, hiperbarik oksijen tedavi merkezleri, tıbbi laboratuvarlar gibi müstakil olarak ruhsatlandırılan tanı ve tedavi merkezleri örnek olarak gösterilir (T.C. Resmi Gazete, 10 Şubat 2022, sayı: 31746).

2.1.2.3.Üçüncü basamak sağlık hizmetleri

Üçüncü basamak sağlık hizmet sunucuları, ilgili mevzuatında tanımlanan ileri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için yüksek teknoloji içeren ve/veya eğitim ve araştırma hizmetlerinin verilebileceği altyapıya sahip üst düzey hastanelerdir. Bakanlığa bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ile devlet ve vakıf üniversitelerine ait hastaneler doğrudan üçüncü basamak olarak basamaklandırılırken, kamu ve özel sektöre ait hastanelerden söz konusu kanundaki koşul ve standartları sağlayanlar üçüncü basamak sağlık hizmet sunucusu olarak basamaklandırılır (T.C. Resmi Gazete, 10 Şubat 2022, sayı: 31746).

2.1.3. Rehabilitate edici sağlık hizmetleri

Hastalık ya da kaza gibi olumsuz sebeplerden dolayı iş yapabilme ve hayatını idame ettirme gücünü tam veya kısmi olarak yitirmiş bireyler için verilen hizmetler rehabilitate edici sağlık hizmetleridir. Bu hizmetlerle bireylerin tedavisinin düzenlenmesinin yanına ek olarak toplumsal yaşama adaptasyonunu hızlandırabilecek psikososyal destek verilir. Her bireyin yaşamını sürdürebilmesi adına, kendilerine özgü işlerini yapabilmeleri için çaba sarf edilir. Bu hizmetler tıbbi rehabilitasyon ile sosyal rehabilitasyon olmak üzere ikiye ayrılır (Aksoy, 2018).

Tıbbi rehabilitasyon hizmetleri: Fiziksel olarak hasar almış bedenler için, kalıcı bozukluk veya sakatlıkların düzeltilmesinin yanında yaşam kalitesinin artırılması hedeflenen hizmetlerdir. Örnek olarak protezler, postür bozukluklarının düzeltilmesi, görme ve işitme cihazlarının kullanılması gibi çalışmalar gösterilebilir (Yerebakan, 2000).

Sosyal rehabilitasyon hizmetleri: Hem fiziksel hem de psikolojik olarak olumsuz etkilenmiş bireylerin, kendi durumlarına uygun işe yerleştirilmesi veya bakımlarının sağlanması çalışmalarıdır. Tanımlarından da anlaşılacağı üzere, tıbbi rehabilitasyon hizmetleri sağlık sektöründe yürütülen hizmetlerken sosyal rehabilitasyon hizmetleri ise sosyal hizmet kurum ve personeline yürütülür (<https://www.recepakdur.com/media/1720/turkiye-de-saglik-hizmetleri-ve-avrupatoplulugu-ulkeleri-ile-kiyaslanmasi.pdf>, Erişim tarihi: 01 Mart 2023).

2.1.4. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri

Sağlığı geliştirilmesi, bireylerin sağlık durumlarını kontrol etmelerini arttıran ve onların sağlıklarını iyileştirmeye yardımcı olan bir süreçtir. Tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal refah durumuna ulaşmak için, bir birey veya grubun isteklerini tanımlayabilmesi, bunları gerçekleştirebilmesi, ihtiyaçlarını karşılayabilmesi ve çevreyi değiştirebilmesi veya çevreyle başa çıkabilmesi gerekir. Bu nedenle, sağlığın geliştirilmesi sadece sağlık sektörünün sorumluluğunda olmayıp sağlıklı yaşam tarzlarının ötesine geçerek geniş bir kapsama sahiptir. Barış, barınak, eğitim, yiyecek, gelir, istikrarlı bir ekosistem, sürdürülebilir kaynaklar, sosyal adalet ve eşitlik gibi temel ön koşullar ile sağlığın geliştirilmesi mümkün olabilir (<https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>, Erişim tarihi: 01 Mart 2023).

2.2. Ortopedi ve Travmatoloji

2.2.1. Tanımı

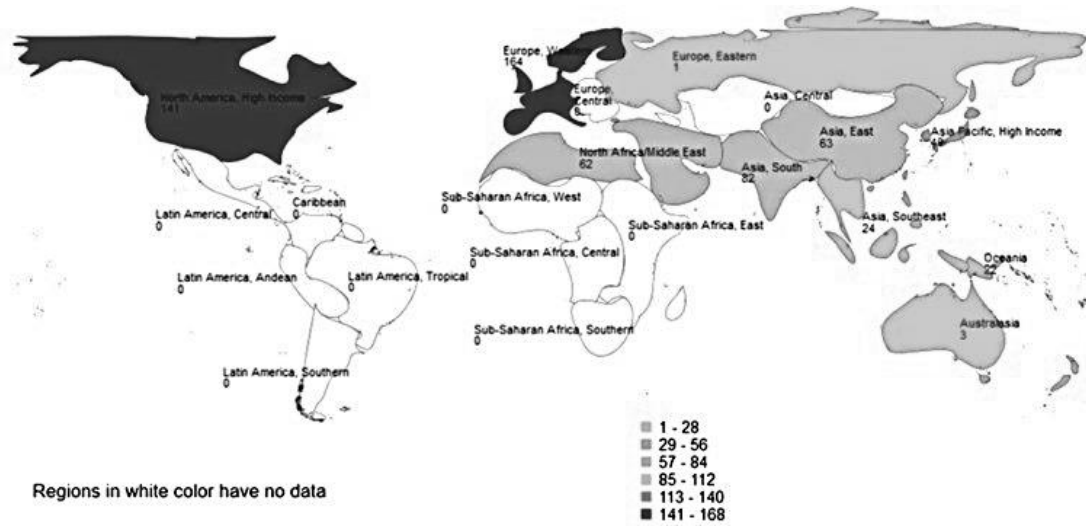
Ortopedi ve travmatoloji; hareket sistemini meydana getiren kemikler, eklemler ve yumuşak dokuların konjenital veya edinsel hastalıkları ile ve bu dokuların yaralanmalarının tanı ve tedavisini kapsar. Hastanın öyküsü, fizik muayene bulguları ve laboratuvar bulguları birlikte değerlendirilerek tedavi planlanır. (<https://tuk.saglik.gov.tr/Eklenti/34090/0/ortopedivettravmatolojimumfredatv24pdf.pdf>, Erişim tarihi: 06 Mart 2023).

Dünyada yaşlı nüfusun artışı ile sağlık sorunları, çocuk hastalıklarından ziyade yaşlı kişilerde daha sık karşılaşılan bulaşıcı olmayan hastalıklara doğru kaymıştır. Kas ve iskelet sistemi hastalıkları da bu gruptadır ve ayrıca her yaş grubunda da sıklıkla karşılaşılan hastalıklardır. Yaşlanma, vücuttaki tüm organ sistemleri gibi kas ve iskelet sistemini de olumsuz etkilemekte ve bunun sonucu olarak kas ve iskelet sistemi hastalıkları yaygınlaşmaktadır (Hüner ve ark, 2013). Kas ve iskelet sistemi hastalıkları lokomotor sistemi oluşturan kasları, kemikleri, eklemleri, tendonları ve ilişkili olduğu tüm dokuları etkileyen çok fazla teşhis içerir. Akut gelişen burkulma, incinme ve kırık gibi kısa süreli rahatsızlıklardan, kronik olan ağrı ve sakatlık gibi ömür boyu devam eden rahatsızlıklara değişen skalada görülebilir (Oğuzöncül ve Kurt, 2020). Kas ve iskelet sistemi kas, tendon, bağ, kıkırdak, kemik gibi vücuda

yapısal destek sağlayan dokuları içermektedir. Kas ve iskelet sistemi hastalıkları genelde özgül bir patolojiye atfedilmemekle birlikte, etiyojileri de genelde multifaktöriyeldir (Gupta ve ark., 2013).

2.2.2. Hasta grubu

Ortopedi ve travmatoloji, vücudu destekleyip, vücudun hareket etmesini sağlayan tüm kas-iskelet sistemini her yönüyle inceler. Örnek olarak küresel çapta sağlık bakım hizmetlerinin üzerinde yoğunluk yaratan bir hastalık olan OA gibi şiddetli seyir gösteren dejeneratif hastalıklar gösterilebilir. OA, ilgili görsel Şekil 2.1.'de de görüldüğü gibi dünyada sık görülen bulaşıcı olmayan bir hastalıktır ve görülme sıklığı 1990 ile 2015 arasında önemli ölçüde artmıştır. Travma alanı ise tüm bireylere hitap eder, çünkü fiziksel travma herhangi bir zamanda herkesi etkileyebilir ve vücudun herhangi bir bölgesine etki edebilir. Bu nedenle, travma geçmişin, şimdinin ve geleceğin büyük bir küresel yükünü temsil eder. Birbirine yüksek oranda bağlı organ sistemlerine dayalı olarak, tek bir kemik veya organdaki doku yaralanması bile karmaşık patofizyolojik mekanizmalar yoluyla diğer çeşitli dokuları ve dolayısıyla prensipte tüm vücudu etkileyebilir (Madry ve ark., 2021).



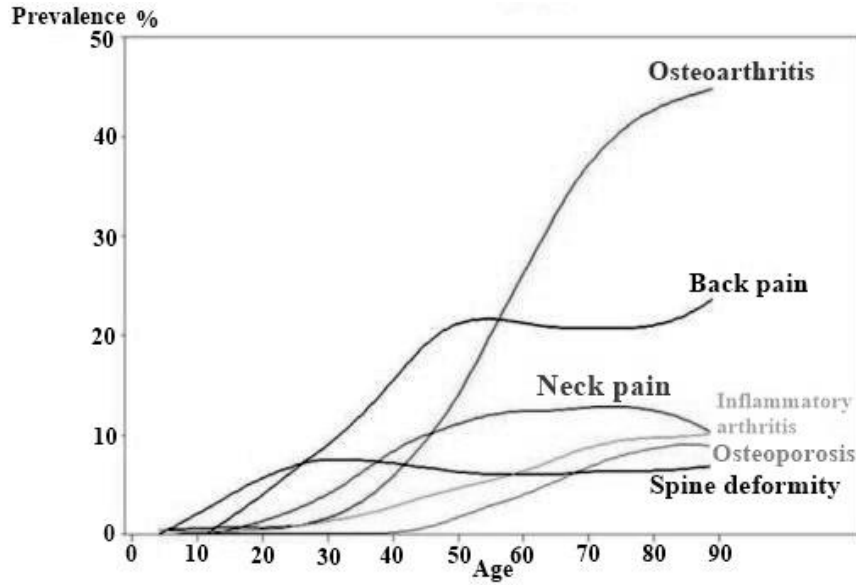
Şekil 2.1. Kalça ve diz OA'nın küresel hastalık yükü (Cross ve ark., 2014' den kullanılmıştır).

Ortopedi ve travmatoloji'nin ilgi alanına travma, enfeksiyon hastalıkları, nörovasküler yaralanma, nöromüsküler ve metabolik kemik hastalıkları, doğumsal anomaliler, iyi ve kötü huylu kemik ve yumuşak doku tümörleri girer. Anatomik

olarak; üst ve alt ekstremiteler, intervertebral disk, omurga ve pelvise ait kemikler, eklemler ve yumuşak dokulara ait hastalıkların tanı ve tedavisinin tüm yönleri ile ilgilenir (<https://totek.totbid.org.tr/uploads/files/totbidkarnebaski.pdf>, Erişim tarihi: 06 Mart 2023).

Çoğu bölge için doğru epidemiyolojik veriler mevcut olmadığından ötürü kas-iskelet sistemi hastalıklarının gerçek küresel yükü büyük ölçüde hafife alınmış olabilir. Yaygın kas-iskelet sistemi hastalıkları arasında OA, romatoid artrit, psoriatik artrit, gut, bel ağrısı ve osteoporoz bulunur. OA, artrit en yaygın şeklidir ve temel risk faktörleri yaş, obezite, metabolik hastalık ve eklem yaralanmalarıdır (Lewis ve ark., 2019).

OA, eklem kırırdağı ile subkondral kemikte yapım ile yıkım arasındaki dengenin yıkım lehine değişmesi sonucunda ortaya çıkan ve dünyada en sık gözlemlenen eklem hastalığıdır. Prevalansı yaşlı hastalarda yüksek olup genelde 65 yaş üstü bireylerde görülür. OA bireyin hayatının kalitesini, fonksiyonlarını ve iş gücünü yüksek miktarda azaltmaktadır. OA kalça ve diz gibi yük taşıyan eklemlerde sıklıkla gözlenmektedir. Günümüzde yaşlı nüfusun artması, bir çok faktöre bağlı artan sedanter yaşam ve obezitenin de görülme sıklığının artışı ile beraber önemli bir konu haline gelmektedir (Çelik ve ark., 2021).



Şekil 2.2. Fransa'da romatizmal ve kas-iskelet sistemi hastalıkları prevalansı (Lewis ve ark., 2019' dan kullanılmıştır).

Yaşamın beşinci ve dokuzuncu dekatları arasında, OA ve bel ağrısı, kas-iskelet sistemi bozukluğuna en çok katkıda bulunanlardır (Şekil 2.2.).

Bel ağrısı; toplumda sıklıkla karşılaşılan ağrı ve maluliyetin nedenlerindedir. Yıllık tedavi maliyeti, Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırma sonucuna göre bel ve boyun ağrılarının 87,6 milyar doları bulmaktadır (Dieleman ve ark., 2016). Dünyada, erişkinlikte bel ağrısı yaygınlığını değerlendiren epidemiyolojik çalışmalarda prevalans; şu anda %12, ayda %23, yılda %38 ve yaşam boyu ortalama %40 olduğu belirlenmiştir (Manchikanti ve ark., 2014). Ülkemizde yaşam boyu prevalans kentsel yerleşim alanlarında %50 iken kırsalda %80'lere kadar çıkmaktadır. Yaşlanan nüfusla birlikte sıklığı artıp, önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bel ağrısı hekimlere tüm başvurular arasında ikinci, yatarak tedavi edilen hastalıklar içinde beşinci ve cerrahi olarak tedavi edilen hastalıklar içerisinde ise üçüncü en sık sebep olarak belirtilmektedir (Nabiyev ve ark., 2015).

Bel ağrılarının ele aldığımızda, çoğunlukla mekanik kaynaklı sebepleri görürüz (Chou ve Shekelle, 2010). Omurga çevresindeki dokuların gereğinden fazla kullanılması ya da travmatize edilmesi nedeniyle oluşur. Etiyoloji tam olarak aydınlatılamamaktadır; paraspinal adaleler, bağlar, disk gibi dokulardaki dejenerasyon, burkulma ve gerilmeler ağrıdan sorumlu tutulmaktadır. Bir bel ağrısına mekanik kaynaklı diyebilmek için, enfeksiyöz, inflamatuvar, neoplastik ve metabolik nedenlerle diğer organlardan yansıyan ağrılar gibi diğer nedenler dışlanmalıdır (Kinkade, 2007). Mekanik ağrı aşırı yük nedeniyle oluşur ve dinlenmekle azalırken hareketle artar. Sıklıkla bet çevresinde ağrı oluşurken bazen kalça ve uyluklara da yansıyan ağrı olabilir (Şenköylü, 2011).

Hastaların sınıflandırılması ve uzman hekime yönlendirilmesi durumunda iyi bir klinik değerlendirme yapılmalıdır. Böylelikle, problemin basit bir bel ağrısı mı yoksa sinirin kökünden meydana gelen bir ağrı, ciddi bir patoloji (Tablo 2.1.) ya da kauda ekina sendromu mu olduğu ortaya çıkarılmalı ve probleme yönelik olarak hasta sevk edilmeli ya da olası tedavi planlanmalıdır. Bu bağlamda, detaylı bir anamnez alınması, klinik değerlendirmenin ilk ve en önemli adımıdır.

Tablo 2.1. Bel ağrısı ve radiküler ağrı öyküsü olan hastalarda kırmızı bayraklar (Şenköylü, 2011)

Kırmızı Bayraklar
Öykü
Yaş <15
Yaş >55
<3 ay gelişen semptomlar
Travma
Ateş, titreme, yorgunluk, gece terlemesi, kilo kaybı
Kanser öyküsü, HIV varlığı, steroid kullanımı, IV ilaç alımı, immünosupresyon
Uyumsuz ağrı
Üriner retansiyon, gaita inkontinansı, eyer tip anestezi, bilateral nörolojik yakınmalar
Fizik Muayene
Ateş
Bilateral nörolojik bulgular (motor kuvvetsizlik, azalmış refleksler), eyer tip anestezi, anal sfinkter kuvvetsizliği
Spinöz çıkıntı hassasiyeti

Direkt radyografi, uygun donanım olduğundan birinci basamak sağlık hizmetlerinde de uygulanabilen en kolay, en ucuz ve en sık kullanılan yöntemdir (Kutsal ve ark, 2008). Fraktür ya da deformateleri ayırt etmede oldukça başarılı iken diğer bel ağrısı sebeplerini bulmada yeterli olmayabilir (Şenköylü, 2011).

Bel ağrısında tedavi, altta yatan hastalığa göre düzenlenir. Spesifik olmayan bel ağrısının tedavisinde ise ağrının azaltılması, omurga hareketliliğinin artırılması, fonksiyonel sorunların azaltılması, ağrıyla baş etme stratejilerinin geliştirilmesi ve engelliliğin oluşmaması amaçlanır (Kutsal, 2008).

Bel ağrısı, günümüzde yaygın olarak karşılaşılan bir halk sağlığı problemidir. İyi alınmış bir anamnez ile sorunu ve ayırıcı tanıyı ortaya çıkarmak çok değerlidir. Tıbbi tedavinin başarıları açık bir şekilde ortada olsa da tedavinin temelinde hastalara güven vermek olduğu unutulmamalıdır. Tedavi yaklaşımlarında ortak bir karar alınamayan kronik bel ağrısı tanısında ise, tedavi planlanırken tüm faktörler gözden

geçirilmeli, hastanın beklentileri ile konuşularak tedavi planı özgüleştirilmelidir (Nabiyev ve ark., 2015).

Kas-iskelet sistemi ile ilgili sorunlar, birinci basamak poliklinik başvurularının %40'ını oluşturur (Wu ve ark., 2022). Bir grup olarak kas-iskelet sistemi hastalıkları, birinci basamakta en yaygın başvuru nedenlerinden biridir ve birçok batı ülkesinde engelliliğin ve uzun süreli hastalık izninin en yaygın nedenlerinden biridir. Ağrı ve fonksiyon kaybı genellikle kas-iskelet sisteminde herhangi bir spesifik bulgu olmadan mevcuttur ve katı bir biyomedikal yaklaşım çoğu zaman yetersizdir. Vücut yapısı ve işlevi, faaliyetleri gerçekleştirme ve topluma katılma yeteneğini etkileyen kişisel ve çevresel faktörlerle etkileşime girer. Birinci basamakta bu ihtiyaçların karşılanması önemlidir ve bilişsel bir yaklaşımla fiziksel aktivite ve hasta eğitimi gibi farmakolojik olmayan ilkeler, multimodal bir yönetim modelinde, köşe taşlarıdır (Bremander ve Bergman, 2008).

2.3. Sağlık Sisteminde Sevk Zinciri ve Önemi

Sağlık hizmetlerinin etkin sunumunda dünyada kabul gören yöntem, sağlık hizmetinin uygun basamakta verilmesidir. Birinci basamağa öncelik vererek sağlık hizmetlerine erişimi sağlamak ve bu hizmetleri bireylerin talepleri ve ihtiyaçları doğrultusunda dengeli bir şekilde sağlık ekipleri tarafından karşılamak günümüzün çağdaş sağlık sistemlerinin önemli amaçlarından birisidir. Bu ilkelerin faaliyete geçirilmesi, üst basamaklardaki yığılmayı azaltacak ve asıl ihtiyacı olan üst basamak hastalarının gerekli hastanelerde yeteri kadar zamanda sağlık hizmetini almasını sağlayacaktır (Başol, 2015).

Ülkemizde 2003 yılından beri uygulanmakta olan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın (SDP) ilkelerinden biri olan etkili ve kademeli sevk zinciri ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde oluşan hasta yoğunluğunun önüne geçilmesi amaçlanmıştır. SDP'de etkin bir sevk zinciri için aile hekimliği uygulamasının esas alınması gerektiği vurgulanmıştır. Uygulanmakta olan sevk zinciri zorunlu değildir ve bir üst basamağa gitmek isteyen hastaların ek maliyete katlanmaları halinde elde ettikleri hakların, sosyal devlet anlayışıyla ve hasta haklarıyla uyumlu olduğu belirtilmiştir (<https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>, Erişim tarihi: 11 Temmuz 2023).

Ülkemizde SDP'den önce 2002 yılında birinci basamak sağlık hizmetlerine 74.827.588 (%36) başvuru gerçekleşirken, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine 134 138 461 (%64) başvuru gerçekleşmiştir. 2020'de Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan son araştırmaya göre birinci basamağa 253 119 935 (%42) başvuru gerçekleşirken ikinci ve üçüncü basamağa da 347 141 196 (%58) başvuru gerçekleşmiştir. Veriler ışığında uygulanan sağlık politikasıyla bir nebze üst basamaklardaki başvurunun oransal olarak azaldığı, başka bir deyişle birinci basamağa başvurunun arttığı söylenebilir (<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/43399,siy2020-tur-26052022pdf.pdf?0>, Erişim tarihi: 11 Temmuz 2023).

Yıldız'ın 2016 yılında dermatoloji, Kulak Burun Boğaz (KBB) ve Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (FTR) polikliniklerinde yaptığı çalışmada, çalışmaya dahil edilen hastaların ilgili branş hekimleri tarafından %44,3'ünün, aile hekimliği araştırmacısı tarafından ise %43,2'sinin birinci basamakta yönetilebileceği belirtilmiştir (Yıldız, 2016). Berberoğlu ve ark. Edirne Devlet Hastanesi'nde KBB, kadın hastalıkları ve doğum, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniklerinde yaptığı bir diğer çalışmada ise çalışmaya katılan hastalar için, yönetilebilirlik oranları ilgili branş hekimlerine göre % 48,1, araştırmacıya göre % 56,1 olarak saptanmıştır (Berberoğlu ve ark., 2000). Doğan'ın 2020'de yaptığı bir çalışmada nöroloji polikliniğine baş ağrısı şikayetiyle başvuran hastaların birinci basamakta yönetilebilirlik oranı %71,5 olarak bulunmuştur (Doğan, 2020). Halen ülkemizde uygulanmakta olan sağlık sisteminde, hastaların üst basamaklara başvurusunda hastalara caydırıcı ek maliyetlere rağmen birinci basamakta yönetimi yapılabilecek olan hastaların üst basamaklara başvuruları yüksek oranda görülmektedir. Yönetimi yapılabilecek hastaların aile hekimliği başvurularının artırılması ile hastanelerdeki yığılmanın önüne geçilebilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışmamız, ortopedi ve travmatoloji polikliniğine başvuru yapan hastaların başvuru sebeplerinin birinci basamak sağlık hizmetlerinde yönetilebilirliğinin araştırılması amacıyla yapılan kesitsel tipte, tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmamız Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi'nde poliklinik bekleme alanındaki hastalar ile 01/10/2022-01/02/2023 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmamızın evrenini, Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi'nde ortopedi ve travmatoloji polikliniğine başvuran hastalar oluşturmaktadır.

Araştırmamızda belirli bir örneklem tipi kullanılmamış olup, çalışmamız Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi'nde Ortopedi ve Travmatoloji polikliniğine başvuran 473 gönüllü hasta ile yapılmıştır.

3.4. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi

Araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu 28 sorudan oluşmaktadır. İki uzman hekim tarafından denetlenen ve uygun şekilde revize edilen anket SEAH aile hekimliği polikliniğinde pilot olarak uygulandı. Anketin anlaşılabilirlik ve uygulanabilirlik konularındaki problemleri çözüldükten sonra son haline getirildi. Yüz yüze görüşme tekniği uygulanarak veriler toplandı.

Anket formu dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm demografik verileri içermektedir. İkinci bölüm ortopedi polikliniğine başvuran hastaların başvuru şikâyetlerini, bu şikâyetlerin sürelerini ve şikâyetleri ile ilişkili olan durumları sorgulamaktadır. Üçüncü bölümde ortopedi polikliniğinden önce aile hekimliğine başvuran hastaların aile hekimliğindeki süreci ve yönetimi sorgulanmıştır. Dördüncü bölüm ise ortopedi polikliniğinde istenen; laboratuvar testleri, görüntüleme işlemleri veya girişimsel işlemler gibi yönetim sürecini kapsayan konuları içermektedir.

Muayene sonrasında ortopedi uzman hekimine sorulan değerlendirme sorusu ile anket tamamlanmaktadır (Ek-2: Anket formu).

3.5. Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 25.0 programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerin sunumunda nitel veriler sayı ve yüzde ile nicel veriler ortalama ve standart sapma, ortanca (minimum; maksimum) ile sunulmuştur. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu varyasyon katsayısı, histogram ve Shapiro-Wilkinson testi ile incelenmiştir. Kronik hastalık bilgisi kişilerden alınırken birden fazla hastalık kaydedilmiştir. Kronik hastalık yüzdeleri cevap veren toplam kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır. Bağımlı değişkenlerin analizinde nitel veriler için Pearson Ki-kare testi, nicel veriler için Student T-Testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 14/09/2022 tarihli 257 numaralı onayı ile gerçekleştirilmiştir (Ek-1: Etik kurul formu). Katılımcılara araştırmanın amacı, verecekleri cevapların gizliliği ve bizim verileri işlememiz hakkında bilgilendirme yapıldıktan sonra gönüllü olmayı kabul eden katılımcılar örneklem kapsamına dahil edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmaya Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi Ortopedi polikliniğine başvuran 473 hasta katılmıştır.

Hastaların yaş ortalaması $45,1 \pm 18,8$ 'dir. Yaş ortancası 46 (minimum: 4, maksimum: 84)'dir.

Hastaların %55,0'ı kadındır. Hastaların %46,3'ü ilkokul ve altında eğitim görmüştür. Hastaların %48,4'ü çalışmadığını beyan etmiştir. Hastaların %66,2'si evlidir. Hastaların %65,8'i ekonomik durumunu orta olarak belirtmiştir. Hastaların %50,7'si il merkezinde ikamet ettiklerini beyan etmişlerdir. Çalışmamıza katılan hastalara ait sosyodemografik özellikler Tablo 4.1'de detaylı verilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

	Sayı	(%)*
Cinsiyet (n=473)		
Kadın	260	55,0
Erkek	213	45,0
Eğitim Düzeyi (n=473)		
İlkokul ve altı	219	46,3
Ortaokul	49	10,4
Lise	107	22,6
Lisans ve üzeri	98	20,7
Çalışma Durumu (n=473)		
Çalışan	150	31,7
Çalışmayan	229	48,4
Emekli	94	19,9
Medeni Hali (n=473)		
Evli	313	66,2
Bekar	160	33,8
Ekonomik Durumu (n=473)		
Düşük	155	32,8
Orta	311	65,8
Yüksek	7	1,4

Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (devam)

İkamet Yeri (n=473)		
Köy	60	12,7
İlçe merkezi	173	36,6
İl merkezi	240	50,7

Hastaların %34,7'sinde en az bir kronik hastalık varlığı tespit edilmiştir. En sık görülen üç kronik hastalık %50 ile hipertansiyon, %39,6 ile diyabetes mellitus, %22 ile hiperlipidemi olmuştur. Çalışmamıza katılan hastaların kronik hastalık durumlarının dağılımı Tablo 4.2'de detaylı verilmiştir.

Tablo 4.2. Katılımcıların kronik hastalık durumlarının dağılımı

Kronik Hastalık Durumu (n=473)	Sayı	(%)
	Yok	309
Var	164	34,7
Kronik Hastalık Türleri (n=164)		
Hipertansiyon	82	50,0
Diyabetes mellitus	65	39,6
Hiperlipidemi	36	22,0
* Obezite	20	12,2
Koroner Arter Hastalığı	16	9,8
Diğer	37	22,4

* Birden fazla hastalık kaydedilmiştir. Yüzdeler kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Hastaların şikayetleri için ilk başvurdukları kurum en sık %53,5 ile Aile Sağlığı Merkezi olmuştur. İkinci en sık başvuru yapılan kurum %26,2 ile İlçe Devlet Hastanesi olmuştur. Hastaların %57,9'u aile hekimine yılda bir kez başvurduğunu belirtmiştir. Hastaların kayıtlı olduğu aile hekimlerinin %24,1'i uzmandır. Hastaların %48,4'ü konu hakkında bilgisi olmadığını belirtmiştir. Çalışmamıza katılan hastaların başvurdukları sağlık kurumuna ait bilgiler ve aile hekimlerinin uzman olma durumunun dağılımı Tablo 4.3'de detaylı verilmiştir.

Tablo 4.3. Hastaların başvurdukları sağlık kurumlarına ait sıklıklar ve aile hekimlerinin uzman olma durumunun dağılımı

	Sayı	(%)
İlk Başvurduğu Yer (n=473)		
Aile Sağlığı Merkezi	253	53,5
İlçe Devlet Hastanesi	124	26,2
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	90	19,0
Özel Hastane	6	1,3
Aile Hekimine Başvuru Sıklığı (n=473)		
Hiç gitmeyen	54	11,4
Haftada bir kez	1	0,3
Ayda bir kez	91	19,2
Yılda bir kez	274	57,9
Diğer	53	11,2
Kayıtlı Olduğu Aile Hekiminin Uzmanlık Durumu (n=473)		
Uzman değil	130	27,5
Uzman	114	24,1
Bilgi yok	229	48,4

Hastaların %42,3'ü 30 günden az süredir şikayetleri olduğunu belirtmiştir. Hastaların %32,3'ü 31-365 gün arası şikayetleri olduğunu belirtmiştir. Hastaların %71,0'ında çeşitli ağrı şikayeti, %17,4'ünde travmayla ilişkili şikayetler, %5,1'inde dokuda şişlik şikayeti saptanmıştır. Çalışmamıza katılan hastaların şikayet sürelerinin dağılımı ve geliş şikayetine dair dağılımlar Tablo 4.4'de detaylı verilmiştir.

Tablo 4.4. Hastaların şikayet sürelerinin ve geliş şikayetlerinin dağılımı

	Sayı	(%)
Şikayet Süresi (n=473)		
30 günden az	200	42,3
31-365 gün arası	153	32,3
1 yıldan uzun	120	25,4

Tablo 4.4. Hastaların şikayet sürelerinin ve geliş şikayetlerinin dağılımı (devam)

Hastaların Geliş Şikayetleri		
Ağrı		
Diz ağrısı	127	26,8
Bel ağrısı	38	8,0
Ayak ve bileği ağrısı	37	7,9
El ve el bileğinde ağrı	20	4,3
Sırt ağrısı	19	4,0
Kalça ağrısı	19	4,0
Omuz ağrısı	19	4,0
Kol ağrısı	18	3,8
Boyun ağrısı	17	3,6
Dirsek ağrısı	13	2,7
Bacak ağrısı	9	1,9
Toplam	336	71,0
Travma		
El ve kol travması	30	6,3
Ayak travması	16	3,4
Bacak ve uyluk travması	15	3,2
Ayak bileği travma	7	1,5
Kalça travma	7	1,5
El bileği travma	5	1,1
Omuz travması	2	0,4
Toplam	82	17,4
Dokuda Şişlik		
El, el bileği ve kolda şişlik	15	3,2
Ayakta şişlik	5	1,1
Bacakta şişlik	4	0,8
Toplam	24	5,1
Diğer		
Elde uyuşma	12	2,5
Yaygın eklem ağrısı	10	2,1
İçe basma	6	1,3
Yabancı cisim	2	0,4
Dizde ödem	1	0,2
Toplam	31	6,5

Hastaların %66,6'sı şikayetleri için aile hekimine başvurmadığını belirtmiştir. Hastaların %71,9'u şikayeti öncesi travma öyküsü bulunmadığını belirtmiştir. Çalışmamıza katılan hastaların şikayet öncesi travma öyküsü ve aile hekimine başvurma durumlarının dağılımı Tablo 4.5'de detaylı verilmiştir.

Tablo 4.5. Hastaların şikayet öncesi travma öyküsü ve aile hekimine başvurma durumlarının dağılımı

	Sayı	(%)
Aile Hekimine Başvurma Durumu (n=473)		
Başvurmuş	158	33,4
Başvurmamış	315	66,6
Şikayeti Öncesi Travma Durumu (n=473)		
Travması olanlar	133	28,1
Travması olmayanlar	340	71,9

Aile hekimine başvurmayan hastaların en sık belirttikleri nedenler sırasıyla; %33,3 ile “görüntüleme yöntemi olmadığı için”, %31,4 ile “branş uzmanına muayene olma isteği”, %14,6 ile “acil servis hekimi yönlendirdiği için” olmuştur. Hastaların %57,5'i ortopedi polikliniğine kendi düşüncesiyle başvurduğunu belirtmiştir. Hastaların %22,9'u aile ve akrabaların kendisini ortopedi polikliniğine yönlendirdiğini belirtmiştir. Çalışmamıza katılan hastalardan aile hekimine başvurmayanların nedenlerinin dağılımı ve hastaları ortopedi polikliniğine yönlendirenlerin dağılımı Tablo 4.6'da detaylı verilmiştir.

Tablo 4.6. Aile hekimine başvurmayan hastaların nedenlerinin dağılımı ve hastaları ortopedi polikliniğine yönlendirenlerin dağılımı

Aile Hekimine Başvurmama Nedenleri (n=315)	Sayı	(%)
Görüntüleme yöntemi olmadığı için	105	33,3
Branş uzmanına muayene olma isteği	99	31,4
Acil servis hekimi yönlendirdiği için	46	14,6
ASM'deki hizmetten memnun olunmadığı için	30	9,5
ASM'ye başvurmak aklına gelmediği için	21	6,7
Hastanenin daha yakın olması sebebiyle	13	4,2
İş kazası olduğu için	1	0,3

Tablo 4.6. Aile hekimine başvurmayan hastaların nedenlerinin dağılımı ve hastaları ortopedi polikliniğine yönlendirenlerin dağılımı (devam)

Ortopedi Polikliniğine Yönlendirenler (n=315)	Sayı	(%)
Kendisi	181	57,5
Aile-Akraba	72	22,9
Acil hekimi	52	16,5
Diğer branş uzmanları	10	3,1

Aile hekimine başvuran hastaların %17,7'si ASM'den laboratuvar hizmeti almıştır. Aile hekimine başvuran hastaların %76,6'sına aile hekimi tarafından tedavi düzenlenmiştir. Tedavi düzenlenen hastaların %63,6'sı tedaviden kısmen fayda gördüğünü belirtmiştir. Aile hekimine başvuran hastaların %55,7'si çeşitli sebeplerle sevk edilmiştir. Çalışmamıza katılan hastalardan aile hekimine başvuran hastaların aile hekiminden aldıkları bazı hizmetlerin dağılımı Tablo 4.7'de detaylı verilmiştir.

Tablo 4.7. Aile hekimine başvuran hastaların aile hekiminden aldıkları bazı hizmetlerin dağılımı

	Sayı	(%)
ASM'den Laboratuvar Hizmeti Alma Durumu (n=158)		
Alanlar	28	17,7
Almayanlar	130	82,3
Aile Hekiminin Tedavi Verme Durumu (n=158)		
Aile hekimi tedavi vermiş	121	76,6
Aile hekimi tedavi vermemiş	37	23,4
Tedaviden Fayda Görme Durumu (n=121)		
Fayda görenler	3	2,5
Fayda görmeyenler	41	33,9
Kısmen fayda görenler	77	63,6
Aile Hekiminin Sevk Etme Durumu (n=158)		
Sevk etmemiş	70	44,3
Sevk etmiş (Geçmeyen şikayetler)	46	29,1
Sevk etmiş (İleri düzey tetkik tedavi için)	23	14,6
Sevk etmiş (Cerrahi müdahale için)	19	12,0

Aile hekimine başvuran hastalara en sık konulan üç tanı sırasıyla %31,0 ile osteoartrit, %20,9 ile miyalji, %8,2 ile disk hernileri olmuştur. Ortopedi hekimleri tarafından hastalara konulan en sık üç tanı sırasıyla %23,5 ile osteoartrit, %13,5 ile strain/sprain, %10,4 ile miyalji olmuştur. Çalışmamıza katılan hastalara aile hekimlerinin koydukları ön tanı ve ortopedi hekimlerinin koydukları tanıların dağılımı Tablo 4.8’de detaylı verilmiştir.

Tablo 4.8. Aile hekiminin koyduğu ön tanıların dağılımı ve ortopedi hekiminin koyduğu tanıların dağılımı

Aile Hekimlerinin Ön Tanıları (n=158)	Sayı	(%)
Osteoartrit	49	31,0
Miyalji	33	20,9
Disk hernileri	13	8,2
Karpal tünel sendromu	6	3,8
Romatizmal hastalık	5	3,2
Epin kalkaneı	3	1,9
Şişlik ve kitleler	2	1,3
Hallux valgus	2	1,3
Tetik parmak	2	1,3
Pes planus	1	0,6
İçe basma	1	0,6
Bilinmiyor	41	25,9
Ortopedi Uzmanı Tanıları (n=473)	Sayı	(%)
Osteoartrit	111	23,5
Strain/sprain	64	13,5
Miyalji	49	10,4
Disk hernileri	36	7,6
Meniskopati	26	5,5
Şişlik ve kitleler	25	5,3
Alt ekstremitte yaralanmaları	21	4,4
Üst ekstremitte yaralanmaları	18	3,8
Epikondilit	16	3,4
Skolyoz	16	3,4
Enfeksiyon ve inflamasyon	14	3,0

Ortopedi hekiminin daha az sıklıkla koyduğu diğer tanılar incelendiğinde yüksek sıklıktan düşük sıklığa sırasıyla; omuz impingement, karpal tünel sendromu, epin kalkanei, osteoporoz, içe basma, romatizmal hastalık, tetik parmak, pelvis fraktürü, periferik nöropati, fibromiyalji, hallux valgus, malunion, yabancı cisim yaralanmaları, servikal düzleşme, patellofemoral ağrı sendromu, pes planus, koksiks fraktürü, halluks rigidus tanıları görülmüştür.

Hastaların %19,0'ında laboratuvar yöntemlerine ihtiyaç duyulmuştur. Hastaların %90,3'üne görüntüleme tetkiki yapılmıştır Hastaların %28,3'üne girişimsel işlem yapılmıştır. Hastaların %10,6'sı Ortopedi hekimi tarafından başka branşlara sevk edilmiştir. Çalışmamıza katılan hastalardan ortopedi polikliniğine başvuran hastalara yapılan bazı işlemlerin dağılımı Tablo 4.9'da detaylı verilmiştir.

Tablo 4.9. Ortopedi polikliniğine başvuran hastalara yapılan bazı işlemlerin dağılımı

	Sayı	(%)
Laboratuvar Yöntemlerine İhtiyaç Durumu (n=473)		
İhtiyaç duyulanlar	90	19,0
İhtiyaç duyulmayanlar	383	81,0
Görüntüleme Tetkiki Yapılma Durumu (n=473)		
Yapılanlar	427	90,3
Yapılmayanlar	46	9,7
Girişimsel İşlem Durumu (n=473)		
Yapılanlar	134	28,3
Yapılmayanlar	339	71,7
Başka Branşa Sevk Edilme Durumu (n=473)		
Sevk edilmiş	50	10,6
Sevk edilmemiş	423	89,4

Hastaların %51,4'ü “Görüntüleme yapılamadığından yönetilemezdi” durumundadır. Hastaların %27,7'si “Girişimsel işlem gerektirdiği için yönetilemezdi” durumundadır. Çalışmamıza katılan hastaların birinci basamakta yönetilme durumu hakkında ortopedi hekimlerinin görüşlerinin dağılımı Tablo 4.10'da detaylı verilmiştir.

Tablo 4.10. Hastaların birinci basamakta yönetilme durumu hakkında ortopedi hekimlerinin görüşlerinin dağılımı

Ortopedi Uzmanlarının Birinci Basamakta Hastanın Yönetimi Hakkında Görüşleri (n=473)	Sayı	(%)
Evet, tanısı konulup yönetilebilirdi	82	17,3
Hayır, görüntüleme yapılamadığından yönetilemezdi	243	51,4
Hayır, girişimsel işlem gerektirdiği için yönetilemezdi	131	27,7
Hayır, uzmanlık bilgisi gerektirdiği için yönetilemezdi	17	3,6

Hastaların %37,8'i ayaktan reçete ile taburcu edilmiştir. Hastaların %35,1'i işlem ve reçete ile taburcu edilmiştir. Çalışmamıza katılan hastaların son değerlendirmelerine ait dağılımlar Tablo 4.11'de detaylı verilmiştir.

Tablo 4.11. Hastaların son değerlendirmelerine ait dağılımlar

Son Değerlendirme (n=473)	Sayı	(%)
Önerilerle taburcu	62	13,1
Ayaktan reçete ile taburcu	179	37,8
İşlem ile taburcu	16	3,4
İşlem ve reçete ile taburcu	166	35,1
Diğer branşlara sevk	50	10,6

Hastaların cinsiyet, medeni durumu, öğrenim durumu, ikamet yeri, ekonomik durumu ile şikayetleri için ilk başvurdukları kurum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Hastaların çalışma durumu, kronik hastalık durumu ile şikayetleri için ilk başvurdukları kurum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre çalışanların çalışmayan ve emekli olanlara göre daha yüksek sıklıkla doğrudan hastaneye başvurduğu saptanmıştır. Kronik hastalığı olanların ilk başvurdukları kurumun daha yüksek sıklıkla ASM olduğu görülmüştür. Çalışmamıza katılan hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre şikayetleri için ilk başvurdukları kurumun dağılımı Tablo 4.12'de detaylı verilmiştir.

Tablo 4.12. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre şikayetleri için ilk başvurdukları kurumun dağılımı

		İlk Başvurulan Kurum		
		ASM	Hastane	* p
		n (%)	n (%)	
Cinsiyet (n=473)	Kadın	146 (56,2)	114 (43,8)	0,199
	Erkek	107 (50,2)	106 (49,8)	
Medeni Durum (n=473)	Evli	165 (52,7)	148 (47,3)	0,637
	Bekar	88 (55,0)	72 (45,0)	
Öğrenim Durumu (n=473)	İlkokul ve altı	130 (59,4)	89 (40,6)	0,057
	Ortaokul	28 (57,1)	21 (42,9)	
	Lise	50 (46,7)	57 (53,3)	
	Lisans ve üzeri	45 (45,9)	53 (54,1)	
Çalışma Durumu (n=473)	Çalışan	68 (45,3)	82 (54,7)	0,007
	Çalışmayan	123 (53,7)	106 (46,3)	
	Emekli	62 (66,0)	32 (34,0)	
Kronik Hastalık Durumu (n=473)	Kronik hastalığı olmayanlar	148 (47,9)	161 (52,1)	0,001
	Kronik hastalığı olanlar	105 (64,0)	59 (36,0)	
İkamet Yeri (n=473)	Köy	28 (46,7)	32 (53,3)	0,095
	İlçe merkezi	85 (49,1)	88 (50,9)	
	İl merkezi	140 (58,3)	100 (41,7)	
Ekonomik Durum (n=473)	Düşük	79 (51,0)	76 (49,0)	0,739
	Orta	170 (54,7)	141 (45,3)	
	Yüksek	4 (57,1)	3 (42,9)	

Satır yüzdesi sunulmuştur. *Pearson ki-kare analizi yapılmıştır.

Hastaların yaşına göre şikayetleri için ilk başvurdukları kurum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,05$). ASM'ye başvuran hastaların yaş ortalaması hastaneye başvuranlara göre anlamlı derecede daha yüksektir. Çalışmamıza katılan hastaların yaşına göre şikayetleri için ilk başvurdukları kurumun dağılımı Tablo 4.13'de detaylı verilmiştir.

Tablo 4.13. Hastaların yaşına göre şikayetleri için ilk başvurdukları kurumun dağılımı

Şikayetleri İçin İlk Başvurulan Yer			
	ASM	Hastane	*p
	Ortalama ± Standart Sapma	Ortalama ± Standart Sapma	
Yaş	46,8 ± 20,6	43,2 ± 16,4	0,036

*Student-t testi yapılmıştır

Hastaların cinsiyet, medeni durumu, öğrenim durumu, çalışma durumu, kronik hastalık durumu, ikamet yeri, ekonomik durumu ile birinci basamakta yönetilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Çalışmamıza katılan hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre birinci basamakta yönetilme durumlarının dağılımı Tablo 4.14’de detaylı verilmiştir.

Tablo 4.14. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre birinci basamakta yönetilme durumunun dağılımı

Birinci Basamakta Yönetilme Durumu				
		Yönetilebilirdi	Yönetilemezdi	* p
		n (%)	n (%)	
Cinsiyet (n=473)	Kadın	46 (17,7)	214 (82,3)	0,821
	Erkek	36 (16,9)	177 (83,1)	
Medeni Durum (n=473)	Evli	48 (15,3)	265 (84,7)	0,108
	Bekar	34 (21,3)	126 (78,7)	
Öğrenim Durumu (n=473)	İlkokul ve altı	32 (14,6)	187 (85,4)	0,364
	Ortaokul	12 (24,5)	37 (75,5)	
	Lise	19 (17,8)	88 (82,2)	
Çalışma Durumu (n=473)	Lisans ve üzeri	19 (19,4)	79 (80,6)	0,457
	Çalışan	30 (20,0)	120 (80,0)	
	Çalışmayan	39 (17,0)	190 (83,0)	
Kronik Hastalık Durumu (n=473)	Emekli	13 (13,8)	81 (86,2)	0,258
	Kronik hastalığı olmayanlar	58 (18,8)	251 (81,2)	
	Kronik hastalığı olanlar	24 (14,6)	140 (85,4)	

Tablo 4.14. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre birinci basamakta yönetilme durumunun dağılımı (devam)

İkamet	Yeri	Köy	12 (20,0)	48 (80,0)	
(n=473)		İlçe merkezi	31 (17,9)	142 (82,1)	0,765
		İl merkezi	39 (16,3)	201 (83,7)	
Ekonomik Durum (n=473)		Düşük	31 (20,0)	124 (80,0)	0,561
		Orta	50 (16,1)	261 (83,9)	
		Yüksek	1 (14,3)	6 (85,7)	

Satır yüzdesi sunulmuştur. *Pearson ki-kare analizi yapılmıştır.

Hastaların ilk başvuru yeri, şikayet süresi ile birinci basamakta yönetilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Hastaların laboratuvara ihtiyaç duyulması, görüntüleme tetkiki yapılmama durumu, girişimsel işlem durumu, travma öyküsü ile birinci basamakta yönetilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Laboratuvar tetkikine ihtiyaç duyulmayanlar, görüntüleme tetkiki yapılmayanlar, girişimsel işlem yapılmayanlar, travma öyküsü olmayanların birinci basamakta yönetilebilir olma sıklıkları anlamlı derecede daha fazladır. Çalışmamıza katılan hastaların birinci basamakta yönetilme durumuna etki eden faktörlerin dağılımı Tablo 4.15’de detaylı verilmiştir.

Tablo 4.15. Hastaların birinci basamakta yönetilme durumuna etki eden faktörlerin dağılımı

			Birinci Basamakta Yönetilme Durumu		
			Yönetilebilirdi	Yönetilemezdi	* p
			n (%)	n (%)	
İlk Başvuru Yeri (n=473)	ASM		45 (17,8)	208 (82,2)	0,781
	Hastane		37 (16,8)	183 (83,2)	
Şikayet Süresi (n=473)	1 aydan kısa		33 (16,5)	167 (83,5)	0,316
	1 ay-1 yıl arası		32 (20,9)	121 (79,1)	
	1 yıldan uzun		17 (14,2)	103 (85,8)	
Laboratuvara İhtiyaç Duyulma (n=473)	İhtiyaç duyulanlar		2 (2,2)	88 (97,8)	0,001
	İhtiyaç duyulmayanlar		80 (20,9)	303 (79,1)	

Tablo 4.15. Hastaların birinci basamakta yönetilme durumuna etki eden faktörlerin dağılımı (devam)

Görüntüleme	Yapılanlar			
Tetkiki Yapılma Durumu (n=473)	Yapılanlar	58 (13,6)	369 (86,4)	0,001
	Yapılmayanlar	24 (52,2)	22 (47,8)	
Girişimsel İşlem durumu (n=473)	Yapılanlar	0 (0,0)	134 (100,0)	0,001
	Yapılmayanlar	82 (24,2)	257 (75,8)	
Travma Öyküsü (n=473)	Olanlar	3 (2,3)	130 (97,7)	0,001
	Olmayanlar	79 (23,2)	261 (76,8)	

Satır yüzdesi sunulmuştur. *Pearson ki-kare analizi yapılmıştır.

Hastaların yaşı ile birinci basamakta yönetilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre birinci basamakta yönetilebilir olan hastaların yaş ortalaması anlamlı derecede daha düşüktür. Çalışmamıza katılan hastaların yaşı ile birinci basamakta yönetilme durumlarının dağılımı Tablo 4.16'da detaylı verilmiştir.

Tablo 4.16. Hastaların yaşı ile birinci basamakta yönetilme durumlarının dağılımı

Birinci Basamakta Yönetilme Durumu			
	Yönetilebilirdi	Yönetilemezdi	*p
	Ortalama ± Standart Sapma	Ortalama ± Standart Sapma	
Yaş	40,0 ± 16,2	46,2 ± 19,2	0,003

*Student-t testi yapılmıştır

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Ülkemizde yaygın olarak görülen kas ve iskelet sistemi ile ilgili semptomlar hekimlere sık başvuru sebeplerindedir. Bu şikayetlerin uygun basamakta değerlendirilip tanı ve tedavisinin düzenlenmesi sağlık hizmetlerinin işleyişi açısından önemlidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde tanısı konulup tedavisi başlanabilecek hastaların ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine başvurması ile hem sağlık harcamalarında artış olmakta hem de hastanelerde yoğunluk oluşmaktadır. Oluşan yığılmayla birlikte üst basamaklarda yönetilmesi gereken hastalar, ilgili bransa kolaylıkla başvuramayarak hizmet almakta sorun yaşamaktadırlar. Ülkemizde uygulanmayan zorunlu sevk sisteminin ortaya çıkardığı en önemli sorunlarından biri ise iki ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına gereksiz başvurulardır. Çalışmamızda, ortopedi ve travmatoloji polikliniklerinde oluşabilecek yoğunluklara karşı birinci basamak sağlık hizmetlerinin bu sorunların çözümünde ne şekilde etkin rol alabileceğini değerlendirmeyi amaçladık.

İkinci basamak sağlık kurumu olan bir devlet hastanesinde ortopedi ve travmatoloji polikliniğine başvuran hastaların birinci basamakta yönetilebilirliğini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmamıza 473 hasta katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $45,1 \pm 18,8$ yıl olup %55'i (n:260) kadındır. Ortopedi polikliniğe başvuran hastalar arasında tanısı koyulup birinci basamak hekimi tarafından yönetilebilecek hasta grubu oranı %17,3 olarak bulunmuştur. Yönetimi yapılamayacak hastalara bakıldığında ise büyük bir bölümünün (%51,4) görüntüleme cihazları olmadığı için ve bir kısmının girişimsel işlem gerektirdiği için yönetilemeyeceği (%27,7) belirlenmiştir. Hastaların ilk başvuru merkezi olarak çoğunluğu (%53,5) ASM'leri belirtmesine rağmen mevcut ortopedik şikâyetleri için hastaların ASM'lere daha düşük oranda (%33,4) başvurdukları tespit edilmiştir. Aile hekimliğine başvurmadan doğrudan hastaneye başvuran hastaların en sık belirttikleri nedenler ise sırasıyla; görüntüleme yöntemi olmaması (%33,3), branş uzmanına muayene olma isteği (%31,4), acil servis hekimi yönlendirmesi (%14,6) ve ASM'deki hizmetten memnun olmama (%9,5) gibi sebeplerle gerçekleşmiştir. Bu hastaların çoğunluğu kendi isteğiyle hastaneye başvurduğunu belirtmiştir. Aile hekimine başvuran hastalara bakıldığında büyük çoğunluğu (%76,6) için aile hekimi tarafından tedavi

düzenlenmiştir ve tedavilerin çoğundan (%66,1) hastalar tamamen veya kısmen fayda gördüğünü belirtmiştir. Aile hekimliğine başvurduktan sonra ortopedi ve travmatolojiye sevk olan hastalar sırasıyla; geçmeyen şikayetler üzerine hastalığın araştırılması için , ileri düzey tetkik ve tedavi için , cerrahi müdahale gerekliliği için yönlendirildiğini beyan etmişlerdir. Birinci basamakta yönetilebilir olarak değerlendirilen hastaların yaş ortalaması anlamlı derecede daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kronik hastalığı olanların ilk başvurdukları kurumun daha yüksek sıklıkla ASM olduğu görülmüştür ($p<0,05$). ASM'ye başvuran hastaların yaş ortalaması hastaneye başvuranlara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Katılımcıların birinci basamakta yönetilebilirliğini değerlendirdiğimizde, ortopedi ve travmatoloji polikliniğine başvuran hastaların %17,3'ü birinci basamakta yönetilebilir şeklinde değerlendirilmiştir. Marinos ve ark. Yunanistan'da ortopedi acil servise başvuran hastaları değerlendirdiği bir çalışmada ortopedik şikayetleri olan hastaların %40,2'sinin birinci basamak hekimi tarafından tedavi edilmesi uygun bulunmuştur. Başvuran hastaların %94'ünden görüntüleme tetkiki istenmiştir ve hastaların sadece %1,3'ünde hastaneye yatış gerektirecek işlem gerekirken, %13,9'u da işlem ile taburcu edilmiştir (Marinos ve ark, 2009). Ortopedi polikliniğine başvuran hastaların birinci basamakta yönetilebilirliğine dair yeterli literatür verisine ulaşamadığı için en yakın ilişkili çalışmada, ortopedi acil servisine başvuran vakalarla kıyaslandığında; bizim çalışmamızda birinci basamakta yönetilebilir hasta grubunun daha düşük oranlarda çıkmasının sebebi olarak acil servise başvuran hastaların doğrudan başvuru imkanı varken, uzman polikliniğine randevu veya sevk ile gelenebilmesi gösterilebilir. Ayrıca Yunanistan'daki birinci basamak sağlık hizmetlerinin fiziksel imkanlarına göre de yönetilebilirlik oranları değişebilir. Çalışmamızda literatürle benzer şekilde %90 oranında görüntüleme tetkiki istenmiştir ve %50,9 oranında hasta önerilerle veya reçetelerle taburcu olurken %38,5 oranında hastaya işlem uygulandıktan sonra yatarak veya doğrudan taburcu edilmiştir. Yüksek oranda çıkan görüntüleme tetkikinin defansif tıp uygulamaları ile dördüncül ve beşincil koruma yöntemlerinin yeteri kadar uygulanamaması ile doğru orantılı olarak yüksek çıktığı düşünülebilir. İşlem uygulama oranları literatürle

uyumlu olarak görülmüştür. Ortopedi ve travmatoloji polikliniklerinde hasta grubu ve bu hastaların yönetilebilirliği ile ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamızda hastaların %57,9'u aile hekimine yılda birkaç kez başvurduğunu belirtirken %11,4'ü ASM'ye hiç gitmediğini belirtmiştir. Hastaların kayıtlı olduğu aile hekimlerinin %24,1'i uzman iken, %48,4'ü aile hekimlerinin uzman olup olmadığı konusunda bilgisi olmadığını belirtmiştir. Durmuş ve ark. Erciyes Üniversitesi Hastanesi polikliniklerinde yaptığı çalışmada da benzer oranda, hastaların %11,9'unun aile hekimine hiç gitmediği belirtilmiştir. Aynı çalışmada başvuran hastaların %37,1'inin aile hekimi, uzman olarak belirtilmiştir (Durmuş ve ark., 2018). Doğan'ın yaptığı çalışmada aile hekiminin uzmanlık durumlarını bilmeyenlerin oranı %52,2 çıkararak çalışmamızla benzer bulunmuştur (Doğan, 2020). Carey ve ark. ortopedik şikayetleri olan hastaların ortopedistlere, kiropraktörlere ve birinci basamak hekimine başvurularının değerlendirildiği bir çalışmada; hastaların fonksiyonel iyileşme, işe dönüş ve ağrısından tamamen kurtulma süreleri, doktor gruplarının tümü arasında benzer oranda bulunmuştur. Ortalama tahmini sağlık hizmeti ücretleri, ortopedistler ve kiropraktörler tarafından görülen hastalar için en yüksekken, birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından görülen hastalar için en düşük olarak bulunmuştur (Carey ve ark., 1995). Aile hekimliğinin ilk başvuru noktası olarak görülmemesi; birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki yetersiz fiziksel olanaklar, hastaların aile hekimlerine olan güveninin az olması, hizmet maliyetlerinin farkları konusunda halkın bilincinin düşük olması ve ülkemizde zorunlu sevk zincirinin uygulanmıyor olması ile ilgili sebeplerle bağlantılı olabilir. Ayrıca çalışmamızda hastaların neredeyse yarısının (%48,4) aile hekiminin uzman olup olmadığını bilmediği görüldü. Bu durumun sebebi olarak sağlık merkezlerinde aile hekimi uzmanı sayısının yetersizliğinden dolayı toplumun farkındalığının düşük olması ile açıklanabilir. Aile hekimliğine başvuru sayılarının artırılmasıyla beraber, sağlık harcamalarının ülke ekonomisine yükünün azaltılabileceği gerçeğini de göz önünde bulundurarak aile hekimi uzmanlığının yaygınlaştırılması ve bu uzmanlık ve kabiliyetleri konusunda halka bilgilendirmelerin verilmesi önemli olabilir.

Çalışmamızda hastaların şikayetleri için ilk başvurdukları kurum en sık %53,5 ile Aile Sağlığı Merkezi olarak tespit edilirken hastaların %66,6'sı halihazırdaki başvuru

şikayetleri için aile hekimine başvurmadığını belirtmiştir. Durmuş ve ark. yaptığı çalışmada, genellikle tercih edilen sağlık kuruluşu en yüksek oran olan %36,2 ile ASM şeklinde belirtilirken, hastane başvurusundan önce aynı şikayeti nedeniyle ilk önce aile hekimine başvurmayanların oranı %75,4 olarak çalışmamızla benzer sonuçlanmıştır (Durmuş ve ark., 2018). Berberoğlu ve ark. yaptığı çalışmada ise hastane başvurularında %56,2 oranında ilk başvuru merkezi olarak hastane görülmektedir (Berberoğlu ve ark., 2000). Literatürde ilk başvuru merkezleri açısından farklı sonuçlar mevcuttur. Çalışmamızda ilk başvuru merkezi sıklıkla ASM olarak belirtilmesine rağmen hasta başvurularının çoğunlukla doğrudan üst basamağa olması, hastaların şikayetlerine göre hareket etmesiyle açıklanabilir. Yani daha basit görülen sorunlarda veya kronik hastalığı olanların sıklıkla reçete yazdırmak için ASM'yi tercih etmesiyle ASM ilk başvuru merkezi olarak görülebilenken, daha spesifik sorunlarda hastalar üst basamakları doğrudan tercih ediyor olabilir. Zorunlu sevk sistemi uygulanması dahilinde birinci basamak sağlık kurumlarının asıl kimliğine bürünebileceğini düşünmekteyiz.

ASM'ye başvurmanın en sık belirtilen nedenlerini sorguladığımızda; görüntüleme tetkikinin yeterli olmaması %33,3, branş uzmanına muayene olma isteği %31,4, acil servis hekimi yönlendirmesi %14,6, ASM'deki hizmetten memnun olunmama %9,5, ASM'ye başvurmak aklına gelmemesi %6,7 olarak görülmüştür. Doğan'ın yaptığı çalışmada hastaların %30,8'inin aile hekimini tanımadıklarını ya da olmadığını, %28,6'sının tetkik imkanlarının yetersiz olduğunu düşündüklerini, %29,7'sinin aile hekiminde probleminin çözüleceğini düşünmediklerini belirtmişlerdir (Doğan, 2020). Yıldız'ın yaptığı çalışmada hastaların %15,6'sı "hastanın ya da aile hekiminin yer değiştirmesi veya aile hekiminin izinde olması", %14,9'u aile hekiminin mesleki olarak yetersiz olarak hissetmesi, %9,4'ü aile hekimine hiç gitmemesi, %9'unun başka bir nedenle hastaneye gitmesi, %7,6'sı ASM'nin teknik ve teknolojik şartlarının yetersiz olması sebepleriyle ASM'yi tercih etmediklerini belirtmişlerdir. Bu çalışmada farklı branşlarda değerlendirmeler yapılmıştır ve kas ve iskelet sistemiyle ilgili olan branşta yapılan değerlendirmede fiziksel imkanların yetersizliği oranı daha yüksek olarak bulunmuştur (Yıldız, 2016). Erdoğan ve ark. yaptığı çalışmada ise birinci basamakta sağlık sorunlarına yönelik çözüme ulaşamama nedeni olarak %82,4 olarak teknik donanım yetersizliği gösterilmiştir (Erdoğan ve

ark, 1998). Özellikle kas ve iskelet sistemi şikayetlerinde görüntüleme tetkikleri gibi tetkik imkanları ön plana çıkmaktadır ve bireyler sadece bu sebeple doğrudan üst basamağa yönelebilmektedir. Bu durum literatürdeki diğer çalışmalarda da belirtilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerindeki teknik donanım, özellikle yoğun nüfuslu ve çok birimli ASM'lerde veya Eğitim ASM'ler gibi aile hekimliği uzmanlık eğitimi verilen yerlerde yeniden değerlendirilebilir. İlgili branş uzman hekimine muayene olma isteğinin yanında ASM'deki hizmetten memnun olunmaması nedeni ve ASM'ye başvurmak aklına gelmediği için hastaneye başvuran hastaların toplam oranı %47,3'tür ve bu durum aslında aile hekimine duyulan güvenin düşük olduğunu gösterebilir. Özellikle ülkemizdeki travma vakalarının büyük çoğunluğunun doğrudan acil servise başvurdukları düşünüldüğünde, hastalar sonrasında ortopedi ve travmatoloji polikliniğine acil servisinin önerisiyle gelebilmekteyken muhtemelen bir bölüm hasta, uzman hekime gelmemektedir. Bu durumda ASM'lerdeki fiziksel imkanların artırılmasıyla en azından basit tıbbi yaralanmalarda veya ilk değerlendirmede hastaların güveni artırılarak sorunun ASM'de çözülmesi mümkün olabilir.

Aile hekimine başvurmayan hastaların (%66,6) %57,5'i ortopedi polikliniğine kendi düşüncesiyle başvurduğunu belirtmiştir. Hastaların %22,9'u aile ve akrabaların kendisini ortopedi polikliniğine yönlendirdiğini belirtmiştir. Silva ve ark. yaptığı bir çalışmada Brezilya'da tele-konsültasyon yöntemiyle 2013 ve 2020 yıllarında arasında Minas Gerais'in tele-tıp ağına danışan ortopedik şikayetleri olan hastalar retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Analiz edilen tele-konsültasyonlardan %58,3'ü görüşmede sorunlar birinci basamak hekimi tarafından çözülebilirken, %38,4'ü vakada bir ortopedi uzmanına sevk edilmesi gerekmiştir (Silva ve ark., 2022). Çalışmamızda kendi isteğiyle veya çevresinin yönlendirmesiyle ortopedi polikliniğine gelen hastalar çoğunluktadır. Buna çözüm olarak Brezilya'da gerçekleştirilen tele-konsültasyon sistemi ülkemizde de uygulanabilir ve bu şekilde hastaların uygun basamak sağlık hizmetine yönlendirilmesi ve hatta duruma göre herhangi bir sağlık kurumuna başvurmasına gerek kalmadan sorun çözülebilir.

Aile hekimine başvuran hastaların (%33,4) %55,7'si çeşitli sebeplerle sevk edilmiştir. Başvuran hastaların %25,9'unun ASM'lerdeki tanı veya ön tanısı

bilinmemektedir. Wu ve ark. aile hekimliği uzmanlık programlarında kas ve iskelet sistemi hastalıkları eğitimin durumuna ilişkin değerlendirmesinde, birinci basamak sağlık hizmetlerinde yüksek miktarda kas ve iskelet hastalığı prevalansına rağmen, hekimlerin eğitim yıllarında bu konuda yetersiz eğitim aldıkları görülmüştür (Wu ve ark., 2022). Matheny ve ark. yaptığı bir diğer çalışmada mezun aile hekimliği asistanlarının kas ve iskelet sistemi hastalıklarını yönetebileceklerine olan güvenlerinin belirlemek amaçlanmıştır. Araştırmada aile hekimliği asistanları kas ve iskelet sistemi hastalıklarının yönetimine nispeten düşük güven göstermekte ve kırık bakımının tüm yönlerine asgari düzeyde maruz kalmaktadırlar. Bir ortopedi ve travmatoloji cerrahi servisinde 8 hafta veya daha fazla rotasyon eğitim şeklinde, kas ve iskelet sistemi hastalıklarına daha fazla maruz kalınarak güven artırılabilir (Matheny ve ark., 2000). Çalışmamızdaki yüksek çıkan sevk oranının sebebi olarak ülkemizdeki aile hekimlerinin çoğunluğunun pratisyen hekimlikten sonra bir haftalık sürede gerçekleşen aile hekimi sertifikasyonu eğitimi ile aile hekimi olmalarından dolayı olduğu düşünülebilir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimini ele aldığımızda ise, fiziksel tıp ve rehabilitasyon kliniğinde 1 aylık süreyle rotasyon stajı şeklinde olarak kas ve iskelet sistemi hakkında bilgi edinilebilir. Seçmeli rotasyon olduğu için tüm aile hekimi asistanları bu eğitimden yararlanamayabilir ve öteki yandan tüm rotasyon programında tek kas ve iskelet sistemi hastalıklarını değerlendiren staj fiziksel tıp ve rehabilitasyon stajıdır. Ülkemizde aile hekimlerinin kas ve iskelet sistemiyle ilgili daha fazla eğitime ihtiyacı olduğu ve uzmanlık eğitiminde nitelikli bir şekilde kas ve iskelet sistemi sorunlarıyla ilgilenen daha fazla branş eklenmesi veya halen devam eden müfredatta daha uzun süreli bu sorunlara yönelik olan fiziksel tıp ve rehabilitasyon stajında daha fazla rotasyon süresi gerektiğini düşünmekteyiz.

Hastane başvurusu öncesinde aile hekimine başvuranların oranı %33,4 iken bu hastaların %17,7'si ASM'den laboratuvar hizmeti almıştır. Toplamda %76,6'sına aile hekimi tarafından tedavi düzenlenmiştir. Tedavi düzenlenen hastaların %2,5'i fayda gördüğünü, %63,6'sı kısmen fayda gördüğünü belirtmiştir. Doğan'ın yaptığı bir çalışmada hastanede uzman polikliniğine başvuran hastaların, ASM'ye başvuranlar arasında aile hekimlerinin tedavi yaklaşımdan memnun kalma durumları sorgulandığında %22,7'si memnun kaldığını, %52,9'u kısmen memnun kaldığını, %24,4' ise memnun kalmadığını belirtmiştir (Doğan, 2020). Erdoğan ve ark. yaptığı

çalışmada birinci basamağa başvuran hastaların sorunlarının çözümlenebilirliğine ilişkin verilen ortalama %82 olarak bulunmuştur (Erdoğan ve ark, 1998). Durmuş ve ark. yaptığı çalışmada hastaların %71,5'i aile hekiminden aldığı tedavi hizmetlerinden memnun olduğunu belirtmiştir (Durmuş ve ark, 2018). Çalışmamızın fayda verilerini değerlendirdiğimizde literatür ile uyumlu olduğu düşünülebilir, fakat incelenen konu aynı olsa da şikayetler farklı olabilir nitekim, literatürdeki çalışmalar diğer branş hekimlerine yönelik başvurularda elde edilmiştir, bizim çalışmamızın doğrudan ortopedi ve travmatoloji polikliniğine başvuran hastalar üzerinde yapıldığı göz önünde bulundurulmalıdır ve bu alanda yapılacak ilave çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda hastaların %19,0'ında laboratuvar yöntemlerine ihtiyaç duyulmuştur. Hastaların %90,3'üne görüntüleme tetkiki yapılmıştır. Yıldız'ın yaptığı araştırmada üçüncü basamak bir hastaneye başvuran hastaların değerlendirildiği çalışmada hastaların % 51,6'sından tetkik istendiği ve hastaların % 3,8' inden istenen tetkiklerin birinci basamak sağlık hizmetlerinde yapılabileceği, % 47,8' inden istenen tetkiklerin ise birinci basamak sağlık hizmetlerinde yapılamayacağı saptanmıştır (Yıldız, 2016). Berberoğlu ve ark. yaptığı çalışmada hastalardan istenen tetkike göre, hastaların % 17,7' sinin birinci basamak olgusu, % 22,1' inin ikinci basamak olgusu olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada hastaların %60,2' sinden herhangi bir tetkik istenmemiştir (Berberoğlu ve ark., 2000). Çalışmamızdaki görüntüleme tetkiklerinin hiçbirinin birinci basamak sağlık hizmetlerinde olmadığı düşünüldüğünde en az %90,3 hastanın birinci basamakta bu hizmeti alamayacağını görülmektedir. Yapılan laboratuvar tetkikleri birinci basamak sağlık hizmetlerinde de istenebilirdi, fakat istenen tetkikler genellikle girişimsel işlem öncesi istenmiştir ve birinci basamak sağlık hizmetleriyle ilişkisi düşük olarak düşünülebilir. Literatüre göre herhangi bir tetkik isteme oranlarımız çok yüksek olarak görülmektedir, fakat ne kadar literatürde ikinci veya üçüncü basamaklardaki polikliniklere başvurular değerlendirilse de bizim araştırmamızdaki gibi yüksek oranda görüntüleme tetkiki gerektiren branşlar değerlendirilmemiştir ve bu yönde daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Aile hekimlerine gitmeden doğrudan ortopedi polikliniklerine görüntüleme cihazları sebebiyle gelen hastalardan yola çıkarak, polikliniklerde hastaların antibiyotiklere olan isteği gibi ortopedik şikayetlerde de görüntüleme yöntemlerine olan isteklerinin

mevcut olduğu dűşünülebilir. Bunu önlemek için dördüncül koruma yöntemi kullanılabilir. Yani aşırı medikalizasyon hakkında halkı bilinçlendirmeli, her tetkikin vücutta oluşturabileceği zarar ve devlete olan maddi yükü hakkında farkındalık oluşturabilecek toplumsal bilgilendirmeler yapılabilir.

Çalışmamızda hastalar arasında kronik hastalığı olanların ilk başvurdukları kurumun daha yüksek sıklıkla ASM olduğu görülmüştür ve ASM'ye başvuran hastaların yaş ortalaması hastaneye başvuranlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür. Buna rağmen birinci basamakta yönetilebilir olan hastaların yaş ortalaması anlamlı derecede daha düşük olduğu da görülmüştür. Turgu ve ark. yaptığı çalışma; yaş ile aile hekimliğine başvuru sayıları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin varlığını ve yaş ile hastanelere başvuru sayısı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmiştir. Yaşın artması ile hastalarda görülen sürekli hastalık sayısı da anlamlı bir şekilde artış göstermekte ve dolayısıyla kronik hastalıklar nedeniyle düzenli ilaç kullanımının yaşlı hastalarda daha fazla olması, yaşlı hastaların reçete yazdırmak amacıyla aile hekimlerine daha sık başvurmalarını destekler nitelikte olduğu görülmektedir (Turgu ve ark., 2018). Bayram ve ark. yaptığı çalışmada ülkemizde birinci basamakta en sık reçete, yaşa göre değerlendirildiğinde yaşlı gruba yazılmaktadır ve kronik hastalığı özellikle HT olanlar için, raporlu ilaçlarını sık aralıklarla reçete ettirmesi gereken hastaların ASM'yi tercih ettiği görülebilir (Bayram ve ark., 2020). Yıldız'ın yaptığı çalışmada da hastaların yaş grupları ile aile hekimine başvurma durumu karşılaştırıldığında; yaş grubu arttıkça aile hekimine başvurunun da arttığı görülmektedir (Yıldız, 2016). Çalışmamızda da görülen, yaş ilerledikçe aile hekimlerine başvuru sayısı artarken hastanelere olan başvuru sayısı azalışı literatür ile uyumludur. Bu durum, yaşlı hastaların hastanelere gitmekte daha fazla zorlanmasıyla, aile hekimlerine daha rahat ulaşabilmeleriyle ve ilaç yazdırma, kontrol gibi amaçlarla ASM'ye gitmeyi daha sık tercih etmeleriyle açıklanabilir. Ayrıca birinci basamak yönetilebilir hasta grubunun yaşının daha düşük çıkmasını da özellikle çocuk yaşlarda görülen ve genellikle kendiliğinden düzelen veya herhangi bir tetkik gerektirmeyen hastalıklardan kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmamızda ortopedi polikliniğine başvuran hastaların, %17,3'ünün birinci basamak sağlık hizmetlerinde tanısı konulup yönetilebilir şekilde değerlendirilmiştir. Yıldız'ın yaptığı çalışmada kulak burun boğaz, fiziksel tıp ve rehabilitasyon ve dermatoloji polikliniklerine başvuran hastaların, birinci basamak sağlık hizmetlerinde değerlendirilebilirlik durumlarına bakıldığında ilgili branş hekimleri % 44,3, aile hekimliği araştırmacısı ise % 43,2 ile benzer oranda 'evet' cevabı vermişlerdir (Yıldız, 2016). Berberoğlu ve ark. Edirne Devlet Hastanesi'nde kulak burun boğaz, kadın hastalıkları ve doğum, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniklerinde yaptığı çalışmasında ise oranlar ilgili branş hekimlerine göre % 48,1, araştırmacıya göre % 56,1 olarak birinci basamakta yönetilebilir şekilde saptanmıştır, buna karşın aynı çalışmada tüm başvuruların sadece %19'unun hem araştırmacıya hem de ilgili branş hekimine göre birinci basamak olgusu olduğu belirtilmiştir ve çalışmamızla benzer oranda sonuçlanmıştır (Berberoğlu ve ark., 2000). Doğan'ın nöroloji polikliniğinde spesifik olarak baş ağrısı şikayetiyle gelen hastalara yönelik gerçekleştirdiği çalışmada hastaların aile hekimi araştırmacısına göre birinci basamakta yönetilebilirliği %71,5 şeklinde bulunmuştur (Doğan, 2020). Literatürde yapılan çalışmalarda hem ilgili branş hekimi hem de araştırmacı tarafından, hastanın birinci basamakta yönetilebilirliği ayrı ayrı değerlendirmiş olmasına rağmen bizim çalışmamızda ilgili branş hekimi ve araştırmacının ortak değerlendirilmesi yer almıştır. Ortopedi ve travmatoloji polikliniğine başvuran hastalardan istenen görüntüleme tetkiklerinin (%90,3) birinci basamak sağlık hizmetlerinde yapılamamasını da göz önünde bulundurursak, literatüre kıyasla daha düşük bir bu sonuca ulaşmamız anlaşılabilir. Ayrıca araştırmacımızın ilgili branşta herhangi bir rotasyon sürecinin olmaması da hastalıkların yönetilebilirliği konusunda daha düşük oranlar vermesine sebep olmuş olabilir. Aile hekimliğinin uzmanlık sürecinde en azından seçmeli rotasyon olarak ortopedi ve travmatoloji bölümü eklenmesi ya da bu konuyla ilgili hizmet içi eğitim düşünülebilir ve bu konu hakkında daha fazla araştırmaya ihtiyaç duymaktayız.

Birinci basamakta yönetilebilir olan hastaların yaş ortalaması anlamlı derecede daha düşük olduğu görülmüştür. Hsu ve ark. yaptığı çalışmada pediatrik ortopedi kliniğine yapılan tüm yeni sevklerin neredeyse yarısı (%47), birinci basamak hekimlerini tercih etmeleri halinde yönetilebilir olduğu düşünülen durumlar olduğu görülmüştür

(Hsu ve ark., 2012). Sielatycki ve ark. yaptığı çalışmada pediatrik ortopedi kliniğine ie basma nedeniyle y6nlendirilen 143 hastanın hiçbirinde alçı veya cerrahi tedavi uygulanmamıştır ve çoğu durumda ie basmanın normal bir gelişim varyasyonu olduğu vurgulanmıştır (S,elatycki ve ark., 2016). Çalışmamızdaki ie basma vakalarında da benzer şekilde hiçbirinde alçı veya cerrahi girişim uygulanmamış olup literat6rle uyumludur.

Sonuç olarak; ortopedi ve travmatoloji poliklinik başvurularının b6y6k bir kısmının teknik donanım yetersizliği ve girişimsel işlem gereksinimlerinden dolayı birinci basamakta y6netilemeyeceği g6r6lm6řt6r. Sonuçlara genel olarak bakıldığında b6yle bir tabloyla karşılaşılsa da, yaklaşık 1/5 oranında hastanın doğrudan birinci basamak sağlık hizmetlerine gelmesi halinde y6netilebileceğinin kayda değer bir bulgu olduğu kanaatindeyiz. Teknik donanım eksikliği nedeniyle y6netilemeyen hastaların, uygun fiziksel imkanlarla donatılan birinci basamak sağlık kurumlarında y6netimin yapılabilceği çıkarımı yapılabilir. Birinci basamağın teknik kapasitelerinin artırılmasıyla, sağlık sisteminin ilk başvuru noktası olma rol6n6 tam anlamıyla yerine getirebilecek ve toplumsal farkındalıklar oluşturabilecek bir yapı elde edebileceği d6ř6n6lebilir. Zorunlu sevk sistemini de bu gelişmelere dahil ederek, tıpkı gelişmiş 6lkelerde olduğu gibi, t6m sağlık hizmetleri sunumlarında daha nitelikli bir sonuca erişebileceğimizi d6ř6nmekteyiz.

6. KAYNAKLAR

Adar, T., Levkovich, I., Castel, O. C., & Karkabi, K. (2017). Patient's utilization of primary care: A profile of clinical and administrative reasons for visits in Israel. *Journal of Primary Care & Community Health*, 8(4), 221–227.

Akdeniz, M., Kavukçu, E. (2017). Dördüncül koruma: Önce zarar verme. *Türk Aile Hekimleri Dergisi*, 21(2), 74-81.

Aksoy, N. (2018). Ankara'nın Farklı Gelişmişlik Düzeyine Sahip Üç İlçesinde Yaşayan Bireylerin Sağlık Hizmeti Tercihleri ve Bunlara Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. Y.B.Ü. Tıp Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Danışman: Uzm. Dr. A B Artantaş).

Durmuş, H., Timur, A., Yıldız, S., Çetinkaya, F. (2018). Erciyes Üniversitesi Hastanesi polikliniklerine başvuran hastaların aile hekimliği uygulamasından memnuniyet durumu. *Türk Aile Hekimleri Dergisi*, 22(1), 2-11.

Bankur, M. (2017). Aile hekimliğinde zorunlu sevk zincirinin uygulanmamasının sağlık harcamalarına etkisi: Üst solunum yolu enfeksiyonları üzerine bir uygulama. *Sosyal Güvence Dergisi*, 6(12), 60-88.

Başol, E. (2015). Gelişmekte olan ülkelerde strateji: Sağlık sisteminde sevk zinciri. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(8), 130.

Bayram, D., Vızdıklar, C., Aydın, V., İşli, F., Akıcı, A. (2020). Birinci basamakta reçeteleme trendi ve sık karşılaşılan tanılara ait reçetelerin incelenmesi: Türkiye verisi. *Cukurova Med J*, 45(2), 695-708.

Berberoğlu, U., Eskiocak, M. (2000). Edirne Devlet Hastanesi'nin kimi polikliniklerinde verilen birinci basamak sağlık hizmetlerinin boyutları. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 3(15), 199.

Bremander, A., & Bergman, S. (2008). Non-pharmacological management of musculoskeletal disease in primary care. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 22(3), 563–577.

Carey, T. S., Garrett, J., Jackman, A., McLaughlin, C., Fryer, J., & Smucker, D. R. (1995). The outcomes and costs of care for acute low back pain among patients seen by primary care practitioners, chiropractors, and orthopedic surgeons. *The New England journal of medicine*, 333(14), 913–917.

Chou, R., Shekelle, P. (2010). Will this patient develop persistent disabling low back pain. *JAMA*, 303(13), 1295–302.

Cross, M., Smith, E., Hoy, D., Nolte, S., Ackerman, I., Fransen, M., Bridgett, L., Williams, S., Guillemin, F., Hill, C. L., Laslett, L. L., Jones, G., Cicuttini, F.,

Osborne, R., Vos, T., Buchbinder, R., Woolf, A., & March, L. (2014). The global burden of hip and knee osteoarthritis: Estimates from the global burden of disease 2010 study. *Annals of the rheumatic diseases*, 73(7), 1323–1330.

Çelik, M., Çelik, S. T., Tetik, B. K. (2021). Güncel kılavuzlar eşliğinde birinci basamakta diz osteoartritine yaklaşım. *Ankara Med J*, 21(2) 304-316.

Çevik, C. (2013). Manisa İline Ait Sağlık Düzeyi Göstergeleri: Yıllara Göre Sağlık Ocağı Ve Aile Hekimliği Dönemlerinin Karşılaştırılması (2003-2012). T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir (Danışman: Doç. Dr. Bülent Kılıç).

Demirel, M. (2013). Sağlık Hizmetleri Yönetiminde Sağlık Bilgi Sistemleri ve Kullanım Modülleri. T.C. Beykent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. M F Gezgin).

Dieleman, J. L., Baral, R., Birger, M., Bui, A. L., Bulchis, A., Chapin, A., Hamavid, H., Horst, C., Johnson, E. K., Joseph, J., Lavado, R., Lomsadze, L., Reynolds, A., Squires, E., Campbell, M., DeCenso, B., Dicker, D., Flaxman, A. D., Gabert, R., Highfill, T., ... Murray, C. J. (2016). US spending on personal health care and public health. *JAMA*, 316(24), 2627–2646.

Doğan, E. H. (2020). Ankara Şehir Hastanesi Nöroloji Polikliniğine Baş Ağrısı Şikayeti İle İlk Kez Başvuran Hastaların Aile Hekimleri Tarafından Takip Ve Tedavi Edilebilirliğinin Değerlendirilmesi. T. C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Danışman: Uzm. Dr. İ Şencan).

Doğan, M. (2013). Sağlık Hizmetleri Yönetiminde Sağlık Bilgi Sistemleri ve Kullanım Modülleri. T.C. Beykent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. M F Gezgin).

Ekinci, B. (2015). Kamu Hastanelerinin Sağlık Hizmeti Sunumunda Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. T.C. Beykent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. K Uslu).

Erdoğan, S., Eskiocak, M., Saltık, A. (1998). Edirne ili sağlık ocaklarında çalışan pratisyen hekimlerin sağlık ocağı hekimliğine ilişkin değerlendirmeleri. *Sağlık ve Toplum*, 2(8), 3-10.

Fernandes, L., Hagen, K. B., Bijlsma, J. W., Andreassen, O., Christensen, P., Conaghan, P. G., Doherty, M., Geenen, R., Hammond, A., Kjekken, I., Lohmander, L. S., Lund, H., Mallen, C. D., Nava, T., Oliver, S., Pavelka, K., Pitsillidou, I., da Silva, Finley, C. R., Chan, D. S., Garrison, S., Korownyk, C., Kolber, M. R., Campbell, S., Eurich, D. T., Lindblad, A. J., Vandermeer, B., & Allan, G. M. (2018). What are the most common conditions in primary care. *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien*, 64(11), 832–840.

Gérvás, J. (2012). Prevención cuaternaria en ancianos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 47(6), 266-9.

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

Gupta, A., Ankola, A. V., & Hebbal, M. (2013). Dental ergonomics to combat musculoskeletal disorders: A review. *International journal of occupational safety and ergonomics: JOSE*, 19(4), 561–571.

Hsu, E. Y., Schwend, R. M., & Julia, L. (2012). How many referrals to a pediatric orthopaedic hospital specialty clinic are primary care problems. *Journal of Pediatric Orthopedics*, 32(7), 732–736.

Karafakioğlu, M. (1998). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. Beta Yayınları, İstanbul, s:106.

Kalra, S., Kumar, A. (2019). Quinary prevention: Defined and conceptualized. *The Journal of the Pakistan Medical Association*, 69(12), 1765-11766.

Khan, R., Khan, A., Mohammed, I., Dan, F., Cooper, V., Charles, S., Charles, N., Clarke, W., Clarke, J., Creary, D., & Chankersingh, A. (2022). Investigating the leading reasons for primary health care encounters and its implications for health care in Trinidad and Tobago. *Journal of family medicine and primary care*, 11(9), 4949–4980.

Kinkade, S. (2007). Evaluation and treatment of acute low back pain. *American Family Physician*, 75(8), 1181–1188.

Kutsal, Y. G., İnanıcı, F., Oğuz, K. K., Alanay, A., Palaoğlu, S. (2008). Bel ağrıları. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 39(4), 180–93.

Lewis, R., Gómez Álvarez, C. B., Rayman, M., Lanham-New, S., Woolf, A., & Mobasheri, A. (2019). Strategies for optimising musculoskeletal health in the 21st century. *BMC musculoskeletal disorders*, 20(1), 164.

Madry, H., Grassel, S., Nöth, U., Relja, B., Bernstein, A., Docheva, D., Kauther, M. D., Katthagen, J. C., Bader, R., van Griensven, M., Wirtz, D. C., Raschke, M. J., & Huber-Lang, M. (2021). The future of basic science in orthopaedics and traumatology: Cassandra or Prometheus. *European Journal of Medical Research*, 26(1), 56.

Manchikanti, L., Singh, V., Falco, F. J., Benyamin, R. M., & Hirsch, J. A. (2014). Epidemiology of low back pain in adults. *Neuromodulation: journal of the International Neuromodulation Society*, 17 Suppl 2, S3–S10.

Marinos, G., Vasileiou, I., Katsargyris, A., Klonaris, C. P., Korombelis, P., Michail, O., Valatsou, A., Griniatsos, J., Vlasis, K., Siasos, G., Souliotis, K., &

Konstantopoulos, K. (2009). Management of minor medical problems and trauma: The role of general practice. *Rural and Remote Health*, 9(4), 1019.

Matheny, J. M., Brinker, M. R., Elliott, M. N., Blake, R., & Rowane, M. P. (2000). Confidence of graduating family practice residents in their management of musculoskeletal conditions. *American Journal of Orthopedics*, 29(12), 945–952.

Nabiyev, V., Ayhan, S., Acaroğlu, E. (2015). Bel ağrısında tanı ve tedavi algoritması. *TOTBİD*, 14(3), 242–251.

Oğuzöncül, A. F., Kurt, O. (2020). Halk sağlığı bakışıyla Türkiye’de kas iskelet hastalıkları. Saka G, editör. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, s:4-52.

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

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

Öztek, Z. (2001). Sağlıkta Kavramlar. Yeni Türkiye, Ankara, s:294-298.

Pietrzak, M., Pasek, J., Cieślak, G., Senejko, M., Szajkowski, S., & Sieroń, A. (2018). Analiza najczęstszych przyczyn wizyt chorych u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej podczas 6-miesięcznej obserwacji (analysis of the most common reasons for patient visits to the primary care physician during a 6-month follow-up). *Polski merkuriusz lekarski: Organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, 45(265), 38–40.

Roncoletta, A. F. T., Moreto, G., Levites, M. R., Janaudis, M. A., Blasco, P. G., Leoto, R. F. (2003). *Princípios da medicina de família*. Sobramfa, editora. 1st ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Medicina de Família, p:56-75.

Selçuk, E. B. (2020). COVID-19 pandemisi öncesi Türkiye’de koruyucu sağlık hizmetleri. Set T, editör. *Aile Hekimliği ve COVID-19 Pandemisi*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, s:8-10.

Sielatycki, J. A., Hennrikus, W. L., Swenson, R. D., Fanelli, M. G., Reighard, C. J., & Hamp, J. A. (2016). In-toeing is often a primary care orthopedic condition. *The Journal of Pediatrics*, 177(3), 297–301.

Silva, L. B., Pereira, D. N., Chagas, V. S., Pessoa, C. G., Gouvea, K. A. A., Andrade, M. A. P., Soares, T. B. C., & Marcolino, M. S. (2022). Orthopedic Asynchronous Teleconsultation for Primary Care Patients by a Large-Scale Telemedicine Service in Minas Gerais, Brazil. *Telemedicine journal and e-health: The Official Journal of the American Telemedicine Association*, 28(8), 1172–1177.

Starfield, B., & Shi, L. (2002). Policy relevant determinants of health: An international perspective. *Health Policy*, 60(3), 201–218.

Starfield, B., (2009). Primary care and equity in health: The importance to effectiveness and equity of responsiveness to peoples' needs. *Humanity Soc*, 33(1), 56–73.

Şenköylü, A. (2011). Bel ağrısında kırmızı bayraklar. *Türk Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 57, 1-3.

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

T.C. Resmi Gazete. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. 25 Ocak 2013. Sayı: 28539, T.C. Başbakanlık Basımevi, Ankara.

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

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

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

Topallı, R., Topsever, P., Tuncay, M. F., Ciğerli, Ö., Görpelioğlu, S. (2003). Hereke aile hekimliği merkezi başvuru nedenleri ve yapılan sevklerin değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 7(1), 18-22.

Topallı, R., Aladağ, N., Tuncay, M. F., Topsever, P., Ciğerli, Ö., Görpelioğlu, S. (2003). Tıp fakültesi aile hekimliği polikliniklerinin sağlık hizmeti sunumundaki yeri: Değirmendere deneyimi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 7(4), 165-70.

Turgu, S., Öztora, S., Çaylan, A., Dağdeviren, N. H. (2018). Birinci basamakta hasta memnuniyeti ve hekim iş doyumunu ile ilişkisi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 22(2), 78-91.

Üstü, Y., Uğurlu, M., Örnek, M., Sanisoğlu, S. Y. (2011). 2002-2008 Yılları Arasında Erzurum Bölgesinde Birinci ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Balkan Med J*, 28(1), 55-61.

Wu, V., Goto, K., Carek, S., Petrizzi, M., Deck, J. W., Sulapas, I., DeStefano, S., DeCastro, A. O., Rooks, B. J., Mainous, A. G., 3rd, & Kulshreshtha, A. (2022). Family Medicine Musculoskeletal Medicine Education: A CERA Study. *Family medicine*, 54(5), 369–375.

Yerebakan, M. (2000). Özel hastaneler araştırması: Mevcut durum, sorunlar ve çözüm önerileri. 26. Baskı. İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayınları, s:13-52.


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


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

7. EKLER

7.1. EK-1: Etik kurul kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 05.10.2022-171372

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



Sayı : E-71522473-050.01.04-171372 - 257
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başvuru
Dosyası Hk.

05.10.2022

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir AYDIN

Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

İlgi : 14.09.2022 tarih ve 257 sayılı başvurunuz.

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

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

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Ertuğrul GÜÇLÜ
Etik Kurulu Başkanı

**Güvenli Elektronik
İmzalı Aşlı İle Aynıdır**
05.10.2022


Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu :BSR59TY2TU Pin Kodu :88792 Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/eb87eK-5783&eD=BSR59TY2TU&eS=171372>

Adres:Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Korucuk Kampüsü, Korucuk, Adapazarı/Sakarya Bilgi için: Yücel Demir
Telefon No:264 295 6630 Faks No:264 295 6629 Unvanı: Birim Evrak Sorumlusu

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

Telefon No: 2953129



7.2. EK-2: Anket formu

**Ortopedi Ve Travmatoloji Polikliniğine Başvuran Hastaların Başvuru
Sebeplerinin Birinci Basamakta Yönetilebilirliğinin İncelenmesi**

Adı-Soyadı:

T.C.:

1-Yaş:

2-Cinsiyet:

Kadın

Erkek

3-Eğitim durumu:

Yok

Okur-yazar

İlkokul

Ortaokul

Lise

Lisans

Yüksek lisans/Doktora

4-Medeni hali:

Evli

Bekâr

5-İkamet yeri:

Köy

İlçe merkezi

İl merkezi

6- Çalışma durumu:

Çalışıyorum Çalışmıyorum

Emekliyim

7-Ekonomik durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- Düşük
- Orta
- Yüksek

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

- Aile Sağlığı Merkezi
- İlçe Devlet Hastaneleri (ikinci basamak)
- Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Özel Hastane

9-Aile sağlığı merkezine ne sıklıkla başvuruyorsunuz?

- Hiç gitmiyorum
- Haftada bir kez
- Ayda bir kez
- Yılda birkaç kez
- Diğer:

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

- Hayır
- Evet
- Bilgim Yok

11-Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

- Hayır
- Evet ise → DM HL HT OBEZİTE
- SVO KAH KBY Diğer: ...

12-Ortopedi polikliniğine başvuru şikayeti/nedeni nedir?

.....

13-Bu şikayetiniz ne kadar süredir var?

..... Gün/Hafta/Ay/Yıl

14-Bu şikayetinizin oluşmasında travma öyküsü var mı?

Evet

Hayır

15-Bu şikayet/neden için aile hekiminize başvurduunuz mu?

Evet

Hayır

(Evet ise 18. sorudan devam edin. Hayır ise 16. soruya geçiniz)

16-Neden aile hekiminize başvurmadınız?

.....

17-Ortopedi polikliniğine kim yönlendirdi?

.....

18-Aile hekiminiz tahlil/tetkik yaptı mı?

Evet

Hayır

19-Aile hekiminiz hangi ön tanıyı/tanıyı koydu?

.....

20-Aile hekiminiz tedavi verdi mi?

Evet

Hayır

21-Aile hekiminizin tedavisinden fayda gördünüz mü?

- Evet
- Hayır
- Kısmen

22-Aile hekiminiz mi Ortopedi polikliniğine sevk etti?

- Evet ise neden:.....
- Hayır

23-Ortopedi uzmanının ön tanısı/tanısı:

.....

24-Ortopedi uzmanı tahlil/tetkik ihtiyacı duydu mu?

- Evet
- Hayır

25-Ortopedi uzmanı görüntüleme istedi mi?

- Evet
- Hayır

26-Ortopedi uzmanı girişimsel işlem planladı mı?

- Evet
- Hayır

27-Ortopedi uzmanına göre bu hastanın birinci basamakta yönetimi yapılabilir miydi?

- Evet, tanısı konulup yönetilebilirdi.
- Evet, tanısı konulup yönetilebilirdi ancak reçete edilen ilaçlar SGK kapsamında olmadığı için yönetilemeyebilir.
- Hayır, laboratuvar/test imkanı yetersizliğinden kaynaklı yönetilemezdi.

- Hayır, görüntüleme yapılamadığından yönetilemezdi.
- Hayır, girişimsel işlem gerektirdiği için yönetilemezdi.
- Hayır, uzmanlık bilgisi gerektirdiği için yönetilemezdi.

28- Ortopedi uzmanı hastalığınızın başka bir branşla ilgili olduğunu belirtip sevk etti mi?

- Evet
- Hayır

Değerlendirme;



ÖZGEÇMİŞ

Adı	Siraceddin	Soyadı	Delice
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
Uyruğu	T.C.	Tel	
E-mail			
Eğitim Düzeyi	Mezun Olduğu Kurumun Adı		Mezuniyet Yılı
Lisans	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi		2018
İş Deneyimi			
Görevi	Kurum		Süre
Pratisyen Hekim	Konya/ Karapınar İlçe Devlet Hastanesi		2019
Aile Hekimi	Konya / Karapınar 16 No'lu Aile Hekimliği Birimi		2019-2020
Araştırma Görevlisi	Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi- Aile Hekimliği Anabilim Dalı		2020-
Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	İyi	Orta