



T.C SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA SALIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

EğİTİM AİLE SAğLIğI MERKEZİNE BAŞVURAN
HASTALARIN BAŞVURU NEDENLERİ: ANKARA RNEğİ

Dr. zkan DERELİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2022



T.C SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

EğİTİM AİLE SAğLIğI MERKEZİNE BAşVURAN
HASTALARIN BAşVURU NEDENLERİ: ANKARA RNEğİ

Dr. zkan DERELİ

Tez Danışmanı:
Doç. Dr. İsmail ARSLAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2022

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim süresince mesleki bilgi, beceri ve deneyimlerinden yararlandığım saygıdeğer hocam Prof. Dr. Mustafa ÇELİK'e ve destek ve yardımlarını esirgmeden eğitimime katkı sağlayan Uzm. Dr. Duygu YENGİL TACI'ye,

Tez süresi boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, bu zorlu süreçte yanımda olan ve yardımlarını esirgemeyen saygıdeğer tez hocam Doç. Dr. İsmail ARSLAN'a,

Asistanlık sürem boyunca yanımda olan ve bu zorlu sürecin katlanılmasını kolaylaştıran asistan arkadaşlarım Dr. Abdullah Buğra CAN ve Dr. Ferhat KEŐCİOđLU'na

Bugünlere gelmemde büyük pay sahibi olan, dürüstlük ve vicdan duygularımı borçlu olduğum sevgili babam Opr. Dr. Yusuf DERELİ ve canım annem Nesrin DERELİ'ye

Varlığıyla hayatıma renk katan, destek ve sevgisini her daim yanımda hissettiğim sevgili eşim Dr. Gözdenur BOL'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Özkan DERELİ
Ankara, 2022

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iv
TABLolar	v
ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI VE ÖNEMİ.....	3
2.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı.....	3
2.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Önemi	5
2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI.....	5
2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	6
2.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	8
2.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri	9
2.3. BİRİNCİ BASAMAK HEKİMİ.....	9
2.3.1. Aile Hekiminin Tanımı	10
2.3.2. Aile Hekimliği Disiplininin Özellikleri	10
2.3.3. Aile Hekiminin Çekirdek Yeterlikleri	11
2.3.4. Aile Hekimliği Çalışma Ortamları.....	12
2.3.5. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminin Yapısı	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	14
3.1. ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ.....	14
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN	14
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	14
3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ.....	14
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇ VE YÖNTEMLERİ	14
3.6. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ	15
4. BULGULAR.....	16
5. TARTIŞMA.....	25

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	31
7. KAYNAKLAR.....	32
8. ÖZGEÇMİŞ.....	36
9. EKLER	37
EK-1: ÇALIŞMA İZİNİ.....	37
EK-2: ETİK KURUL ONAYI.....	40



KISALTMALAR

AH	: Aile Hekimliği
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
AHBS	: Aile Hekimliği Bilgi Yönetim Sistemi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EASM	: Eğitim Aile Sağlığı Merkezi
GİS	: Gastrointestinal Sistem
İ.M.	: İntramusküler
NSAİİ	: Non Steroid Anti İnflamatuar İlaçlar

TABLÖLAR

Tablo 4.1.	Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	16
Tablo 4.2.	Hastaların aldıkları hizmetlerin dağılımı	17
Tablo 4.3.	Hasta Tanılarının Dağılımı	18
Tablo 4.4.	Hastalara reçete edilen ilaçların dağılımı	21
Tablo 4.5.	Cinsiyete göre reçete yazılma durumu	23
Tablo 4.6.	Cinsiyete göre işlem yapılma durumu	23
Tablo 4.7.	Yaşa göre reçete yazılma durumu	24
Tablo 4.8.	Yaşa Göre Yapılan İşlem Durumu	24

ÖZET

Amaç: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Mamak Mehmetçik Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'mize başvuran hastaların kayıtlarını inceleyerek; polikliniğimize başvuran hasta profilini ortaya koymak, başvuru nedenleri, tanıları, uygulanan yönetim planı, sevk ve konsültasyon işlemlerini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Çalışma 01.03.2022-31.03.2022 tarihleri arasında Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Mamak Mehmetçik Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olup herhangi bir nedenle başvuran hastaların kayıtları üzerinde yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 266 kişinin yaş ortalaması $35,88 \pm 22,02$. Hastaların %62'si kadın ve %65'i 19-64 yaş grubundadır. Çalışmanın yapıldığı dönemde başvuran hastaların %55,6'sının reçete yazdırmak için, %15'inin rapor yazdırmak için ve %3'ünün uzmana sevk için aile hekimliğine başvurduğu görülmektedir. Hastaların %67,3'üne herhangi bir işlem yapılmazken en çok yapılan işlem sağlıklı birey takibidir. Hastalara en çok yazılan raporların öğrenci istirahat raporu olduğu, ikinci sıklıkta ise sürücü sağlık raporu olduğu görülmüştür. Hastalara başvuru sonrasında yazılan ilaçların dağılımına bakıldığında; en sık reçete edilen ilaçların oral non-steroid antiinflatuar ilaçlar olduğu bulundu. Yaş gruplarına göre başvuru nedenlerine bakıldığında 0-18 yaş grubunda çocuk takiplerinin, 19-64 yaş grubunda laboratuvar istemlerinin, 65 yaş ve üstü grupta ise intramuskuler enjeksiyon işlemlerinin daha fazla talep edildiği tespit edildi.

Sonuç: Birinci basamakta koruyucu hekimlik faaliyetlerinin artırılmasına yönelik çalışmaların yapılması faydalı olacaktır.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, Tanı, Birinci basamak.

ABSTRACT

REASONS FOR APPLICATION OF PATIENTS WHO APPLY TO THE EDUCATIONAL FAMILY HEALTH CENTER: THE CASE OF ANKARA

Aim: By examining the records of patients admitted to Ankara Training and Research Hospital Mamak Mehmetcik Education Family Health Center; it was aimed to reveal the patient profile who applied to our outpatient clinic, to evaluate the reasons for admission, diagnosis, management plan, referral and consultation procedures.

Materials and Methods: This study is a descriptive study. The study was carried out the records of patients who were registered to Ankara Training and Research Hospital Mamak Mehmetcik Education Family Health Center and applied for any reason between 01.03.2022 and 31.03.2022.

Results: The mean age of 266 people included in the study was $35,88 \pm 22,02$ (min 1, max 88). 62% of the patients are female and 65% of the patients are in the 19-64 age group. According to the results of our study, it is seen that 55.6% of the patients who applied at the time of the study applied to family medicine for a prescription, 15% for a report and 3% for a referral to a specialist. While 67.3% of the patients were not treated, the most common procedure was the follow-up of healthy individuals. It was observed that the most frequent reports issued to the patients were the student rest report and the second most frequent driver's license health report. Considering the distribution of drugs prescribed to patients; the most common prescribed drugs were found to be oral non-steroidal anti-inflammatory drugs. When the reasons for application were examined according to age groups, it was found that child follow-ups in the 0-18 age group were more demanded. It has been determined that laboratory requests are more demanded in the 19-64 age group. It was observed that intramuscular injection procedures were more preferred in the 65 years and older group.

Conclusion: It would be beneficial to carry out studies to increase preventive medicine activities in Primary Health Care Services.

Key words: Family Medicine, Diagnosis, Primary Health Care.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık hizmetleri ve tıp bilimi her geçen gün gelişmekte ve çeşitlilik kazanmaktadır. Toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerinin kapsamı da giderek karmaşıklaşmış, uzmanlaşma artmış, disiplinler arasında uzaklaşma meydana gelmiş ve hizmet sunumu pahalı ve yüksek teknolojilere bağımlı hale gelmiştir. Bu durum insanları ailesi ile birlikte ele alan, cinsiyet, yaş, hastalık ayrımı yapmadan bütüncül ve kesintisiz bir anlayışla hizmet sunan hekimlere ihtiyacın artmasına neden olmuştur (1). İlk defa 1923 yılında Francis Peabody tarafından aşırı uzmanlaşma sonucunda hastaların ortada kaldığı, bundan dolayı kapsayıcı kişisel sağlık hizmeti verecek bir uzmanlık dalına ihtiyaç olduğu vurgulanmış ve aile hekimine olan gereksinim dile getirilmiştir (2).

Aile hekimleri; bireylerin ve aile fertlerinin kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, kişiye yönelik birinci basamak teşhis, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet, hasta ve hastalık ayrımı yapmadan kişilere devamlı ve kapsamlı olarak vermekle yükümlü, tam gün esasına göre çalışan ve gerektiğinde gezici sağlık hizmeti sunan aile hekimliği uzmanı veya bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiplerdir (3).

Dünyada birçok ülkede birinci basamak hizmetlerin öneminin yeniden kavranması ve buna bağlı olarak ulusal sağlık sistemlerinin bu bağlamda güçlendirilmesi yaklaşık yarım yüzyıl öncesinde yeniden keşfedilmiş bir durumdur. Özellikle günümüzden 20 yıl kadar öncesinde birinci basamak sağlık hizmetlerini ön plana çıkaran reform çalışmaları yoğunlaşmıştır (4). 1980'li yıllarda birinci basamak sağlık hizmetlerinde daha nitelikli bir sunum arayışında olan ülkemizde aile hekimliği uzmanlık eğitimi tartışılmaya başlamıştır. Özellikle bütün dünyada 1970–80 döneminde meydana gelen değişimler ve gelişmeler bu durumda etkili olmuştur (5).

Aile Hekimliği birinci basamakta uygulama yapan bir tıp disiplinidir. Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlıklı işlediği takdirde diğer tüm sağlık hizmetleri de düzene kavuşacaktır (6). Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi sırasında Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'nde (EASM) de eğitim verilmektedir. Burada verilen hizmet

eğitimin de bir parçası haline gelmektedir. Bu sebeple hastaların başvuru nedenleri çok önemlidir. Ülkemizde sevk zinciri olmaması ilk başvuru noktası olmamızı engellemektedir. Birinci basamak sağlık tesislerine başvuran hastaların başvuru nedenlerinin ortaya konması Aile Hekimliği eğitimine katkı sağlayabilir.

Çalışmamızın amacı; Mamak Mehmetçik Eğitim Aile Sağlığı Merkezimize başvuran hastaların kayıtlarını inceleyerek polikliniğimize başvuran hasta profilini ortaya koymak, başvuru nedenleri, tanıları, uygulanan yönetim planı, sevk ve konsültasyon işlemlerini değerlendirmektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI VE ÖNEMİ

2.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Sağlığın tanımı; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre sadece hastalık ve sakatlığın yokluğu değil, insanların fiziksel, ruhsal ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halinde olmasıdır (7). Tanımda daha çok sağlıklı olmama hali vurgulanmaktadır. Sağlıksız olmama nedir sorusuna kültürel, biyomedikal ve fonksiyonel olarak üç tür yaklaşım geliştirilmiştir. Biyomedikal yaklaşımda sağlıksız olma hali, tamamen tıbbi bir durum olarak ifade edilmektedir ve hastalık halidir. Fonksiyonel yaklaşımda ise duyguların ve yeteneklerin bozulması sonucunda normal fonksiyonların yerine getirilmemesi sağlıksız olmak olarak ifade edilmektedir. Kültürel yaklaşım ise, fonksiyonel yaklaşımla ilişkili olarak hasta bir bireyin toplum içindeki yerini, sorumluluklarını ve toplumun bu bireye yönelik davranışlarına ağırlık vererek sağlıksız olma halini açıklamaktadır (8).

Sağlık hizmetleri ise insan sağlığına zarar veren faktörlerin ortadan kaldırılması, hasta olanların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenekleri azalan bireylere kendi kendilerine yeterli hale gelmeleri için gösterilen bütün tıbbi çabalara denmektedir (9). Sağlık hizmetlerinin nihai hedefi ister tedavi ister beslenme veya korunma olsun insandır. Dolaylı ya da doğrudan bütün yatırımlar insan için yapılmaktadır. İnsanların esas mutluluk kaynakları aslında sağlıktır. Sağlık her şeyden önce gelmektedir (10).

Health Services, sağlık hizmeti kavramının İngilizcedeki karşılığıdır ve bu kavram doğrudan kamu sağlık örgütlenmesine atıf yapmaktadır. Bizim dilimizde ise bu kavram daha çok hastalıklardan korunma ve hastalıkların tedavi edilmesine atıf yapmaktadır (11). Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonunun yanında, hastalıkların önlenmesi, toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetleri kişisel olarak ya da kurumsal olarak sunulabilir. Ülkelerin gelişmişliklerine göre sağlık hizmet sunumları da farklılaşır. Gelişmiş ülkelerde

kurumsallaşma sağlandığından sağlık hizmetleri örgütler aracılığıyla verilir. Özellikle insanlara verilen hizmetin ekip hizmeti olarak sunulmasının düşünülmesi kurumsallaşmayı zorunlu kılmaktadır (12). Türkiye'nin de 1978'de imzaladığı Alma-Ata Bildirgesinde 2000 yılına kadar herkese sağlık amacı ile temel sağlık hizmetlerinin verilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Bu bildirmede Temel Sağlık Hizmetleri; bir toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul edilecek yollardan, onların tam olarak katılımları ile ülke ve toplumca karşılanabilir bir harcama karşılığında onlara götürülen esas sağlık hizmetidir. Temel sağlık hizmetleri bir ülkenin hem ekonomik hem de toplumsal kalkınmasında olmazsa olmaz bir parçadır ve ülkelerin sağlık hizmetlerinin de merkezi yapısını oluşturur. Temel sağlık hizmetleri insanların yaşadığı ve çalıştığı çevrede mümkün olan en yakına götürülmüş, insanların ilk başvuru yeri olan sağlık hizmetlerinin verildiği ve sağlık hizmetlerinin ilk halkasını oluşturan hizmetlerdir. Alma-Ata Bildirgesine göre bütün hükümetler temel sağlık hizmetlerini başlatarak yürütmek ve bu konuda ulusal politika, strateji ve çalışma planları oluşturmakla yükümlüdürler. Bildirgenin hükümleri devletlerin halklarına en azından sağlık eğitimi, temiz su sağlanmasını, beslenmenin geliştirilmesini, ana-çocuk sağlığının geliştirilmesini, aile planlaması hizmetlerini, bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklamayı, salgınlara yol açacak endemik hastalıkların kontrolünü, çok sık görülen kazalar ve diğer hastalıklar için temel ilaçların temin edilmesini sağlamalıdır. Bu hedefleri gerçekleştirmek için şu ilkeleri temel alır (13);

- 1- Sağlık sosyal ve ekonomik kalkınmanın esas ögesidir.
- 2- Toplumun sağlık hizmetlerinin uygulama ve planlamasına katılımı sağlanmalıdır.
- 3- Sektörler arası işbirliği sağlık hizmetinde temeldir.
- 4- Sağlık hizmetleri bir bütün olarak değerlendirilmeli ve herkesin kabul edeceği yollardan verilmelidir.
- 5- Sağlık hizmetleri bir ekip hizmetler bütünüdür, hekim dışı personelin de kullanılması bu noktada önemlidir.
- 6- Uygun sağlık teknolojileri her aşamada kullanılmalıdır.

2.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Önemi

İnsanın öneminin farkına varan ve değer veren gelişmiş ülkelerde sağlıklı bir toplum oluşturmanın sağlıklı bireyler ile başladığı daha iyi bilinir, bundan dolayı ulusal gelirden daha çok pay ayrılarak en büyük yatırımlar sağlığın korunması ve geliştirilmesi yönünde yapılır (14). Günümüzde sağlık sistemlerinin kalitesi insanların hizmet aldıktan sonraki doyumunu ile ölçülmektedir. Bu durum özellikle günümüzde rekabete dayalı ortamda daha çok önem kazanmıştır. Yoğun rekabet ortamında üstünlük kazanmanın yolu seçkin uzmanlık hizmeti sunarak hasta tatmini sağlayan kaliteli bir sağlık hizmeti sunmaktan geçer. Aslında bu durum geleneksel olarak hastanelerin benimsediği durumun tam tersidir. Bu anlayışın gelişmesinde günümüz sağlık endüstrisinin hastaları ellerinde tutmak için işletme-pazarlama tekniklerini kullanmalarının etkisi de vardır. Ayrıca gelişen tüketici kültürü de hem sağlık çalışanlarında hem de toplumda tüketicilerin kendi sağlık bakımlarında aktif olarak katılımcı olma hakları vardır anlayışını daha da pekiştirmiştir (15). Toplumun ve bireylerin uyum içinde yaşaması için bazı şartların yerine getirilmesi gerekir. Bunlar arasında dengeli beslenme, sağlıklı konut, eğitim, sosyal güvenlik, refah, barış, sosyal adalet, adalet gibi konular başlarda gelir. Ancak sıralama yapılırsa sağlık ve sağlık hizmeti alınması bunların başında gelir. Çünkü beşeri ihtiyaçların en başında biyolojik ihtiyaçlar gelirken biyolojik ihtiyaçların başında da “sağlıklı olma” ihtiyacı gelir. Sağlık hizmetlerinin sunumu ile birlikte bireysel ve toplumsal olarak herkesin insani hakkı olan sağlık hakkı güvence altına alınmalıdır (16).

2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Halkın hastalanmaması, sakat kalmaması, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halinde bulunabilmesi ve bu durumların devamlılığının sağlanması için yapılan çalışmalara sağlık hizmeti denmektedir. Hekimin ve sağlık personelinin görevi hizmet verilen halkın hastalanmaması için tüm önlemleri almak, bu önlemlere rağmen hastalanırsa, tedavi etmek, tedaviye rağmen sakat kalırsa, sakatlığını ve getirdiği kısıtlamayı en aza düşürmeğe çalışmak ve yeni durumu ile kendine, ailesine, ülkesine ve dünyaya yararlı bir kişi olması için gereğini yapmaktır. Engelli insanları üretici durumuna getirebilmek için rehabilitasyon merkezlerinden

yararlanılır. Hekim başta olmak üzere sağlık personelinin görevi, en azından ilgili kişiye yol göstermektir. Sağlık hizmetleri üç grupta incelenir (17):

1. Koruyucu sağlık hizmetleri
2. Tedavi edici sağlık hizmetleri
3. Rehabilitasyon hizmetleri

2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu hekimlikte, hastalıklardan korunma prensiplerini üç ana başlık altında inceleyebiliriz: Primer, sekonder ve tersiyer korumadır. Genel olarak bulaşıcı hastalıklardan korunmada ana başlıklar; kaynağa yönelik önlemler, bulaşma yollarına yönelik önlemler, sağlam kişiye yönelik önlemler ve varsa uluslararası önlemlerdir.

a) Primer koruma: Kişiyi hastalıklardan koruma için alınması gereken veya alınan önlemlerin bütünü primer korumadır. Primer koruma çalışmaları; aşılar, seroproflaksi (serumla koruma), kemoprofilaksi (ilaçla koruma), sağlık eğitimi, çevre koşullarının düzeltilmesi, dezenfeksiyon uygulamaları, etkin bir erken bildirim mekanizması, portörlerin aranması gibi uygulamaları kapsar.

Bunlara ek olarak, beslenme, endokrin ve diğer hastalıklar çıkmadan önce alınması gereken tüm önlemler yine primer korumaya girmektedir. Koruma önlemlerinin tam alınmasıyla enfeksiyon hastalıkları, beslenme hastalıkları, endokrin, malign ve diğer birçok hastalıkların azaldığı görülecektir. Bu nedenle, tüm hekimlerin ve sağlık çalışanlarının erken tanı yöntemlerinin neler olduğunu ve nasıl yapılması gerektiğini bilmesi gerekmektedir. Primer koruma her hekimin ve sağlık personelinin ilk görevi olmalıdır (17).

b) Sekonder koruma: Hastalıklarda erken tanı ile yani presemptomatik veya asemptomatik evrede, gerektiğinde laboratuvar ile ileri tetkiklere başvurarak tanı konması ve erken tedavi ile salgınların, sakatlıkların, ölümlerin ve iş gücü kaybının önlenmesi için alınan veya alınması gereken önlemler ile yapılan koruma yöntemleri sekonder korumaya girmektedir. Hastalıklarda, sekonder koruma ve erken tanı ile hastalıkların ilerlemesi, sakatlıklar, ölümler ve hastalıkların kronikleşmesi önlenir.

Sekonder korumada erken tanı yapılabilecek başlıca hastalıklar: Tüberküloz, sıtma, tifo, kolera, meme kanseri, akciğer kanseri, rahim ağzı kanseri, prostat kanseri, hipertansiyon, idrar yolu infeksiyonları, doğuştan kalça çıkığı, enzim eksiklikleri, sifiliz, lepra, trahom, kalp hastalıkları, böbrek hastalıkları, kan hastalıkları, göz hastalıkları vb. hastalıklardır. Sekonder korumada gebe izlemlerinde yapılan araştırmalarda preeklampsi ve eklampsinin erken tanısının konmasının bu konuda ayrı bir önemi vardır. Bebek, çocuk ve gebe izlemlerinin bir amacı da sekonder koruma yapılmasıdır (17).

1. Erken tanı: Bir hastalığa kişiye acı vermeden, iş gücüne engel olmadan, hastalığını fark etmeden, klasik hastalık tablosu gelişmeden semptomlar tam açığa çıkmadan veya semptomların silik ve hafif olduğu dönemde tanı konmasıdır. Erken tanı koruyucu hekimlikte çok önemlidir. Kişinin hekime başvurması bazı koşullara bağlıdır. Hekime başvurma kültürüne göre değişiklik gösterebilmektedir. Ayrıca kişinin hekime uzaklığına, hastalığın kişi üzerinde yaptığı psikolojik etkiye, maddi olanaklara, hekimin tutum ve davranışına, coğrafi konum ve hava durumuna bağlı olabilir. Hekim, halkın kendisine daha sık, daha erken, gerektiğinde kolayca başvurabilmesi için gereken önlemleri almak zorundadır. Erken başvurularda, erken tanı koyma şansı artacaktır (18).

2. Erken tanı kuralları: Her hastalıkta erken tanı çalışması yapılması gerekmez. Erken tanı çalışması yapılması için hastalığın toplumda sağlık sorunu olması ve sık görülmesi gerekir.

Çalışması yapılacak olan hastalığın öldürücü ve sakat bırakıcı olması gerekir. Üst solunum yolu enfeksiyonları toplumlarda sık görülmesine rağmen öldürücü ve sakat bırakıcı olmadığından bu konuda erken tanı çalışması yapılması gerekmez.

Bulunacak hastalık, sonuçları açısından kişi ve toplum için tehlikeli ise o hastalık az görülse bile bu konuda erken tanı çalışması yapılabilir (18).

Hastalıkların ilk semptomları hakkında toplum bilgilendirilirse, erken tanı için başvurular artar. Bu konuda eğitim verilmesi önemlidir.

Çalışılan bölgede sık görülen ve sinsi seyreden hastalıkları yakalayabilmek için her fırsatı değerlendirerek periyodik muayenelerle erken tanıya varılabilir. Ayrıca yasal zorunlukla yapılan periyodik muayenelerde

sistematik muayene yaparak, bazı laboratuvar muayenelerini rutin hale getirerek erken tanı yapılabilir (19).

3. Kitle Taramalarında Prensipler: İlk önce en uygun, en kolay ve en ucuz yöntem seçilmeli, yöntem uygulanabilir olmalı, personel yapılacak erken tanı araştırması hakkında eğitilmeli, halk bu konuda bilgilendirilmelidir. Araştırma için gereken araç gereçler temin edilmeli, çalışma yeri ve zamanı tespit edilmeli, çalışma yeri ve zamanı araştırma yapılacak topluma uygun olmalı, araştırmanın kimlere uygulanacağı önceden saptanmalı, halk eğitilerek araştırılacak kişilerin gelmesi sağlanmalı, katılımın en fazla olmasına çalışılmalıdır (20).

c) Tersiyer koruma: Birincil ve ikincil korumaya rağmen hastalanan kişilerin; tam tedavi edilmesi, hastalık esnasında ve hastalıktan sonra düzenli izlemeye alınması, hastalıklardan ölme, sakat kalma ve özellikle hastalığın tekrarlamasını önlemeye yönelik tüm çalışmalar tersiyer korumadır.

Tersiyer koruma genelde hekim veya hekimin önerisi ile diğer sağlık personeli tarafından yapılmaktadır. Relapsların önüne geçmek için yapılan tersiyer korumaya çok önem verilmelidir. Gerekli özeni gösterilmediğinde ekonomik, sosyal ve ruhsal zarar artabilmektedir (21).

Koruyucu hekimlik genelde tedavi edici hekimlikten çok daha ucuz ve çok daha kolaydır. Koruyucu hekimlik ihmal edilip, ülkenin her yanı tedavi edici hizmetlerin sunulduğu hastanelerle donatılsa bile yine de yeterli tedavi yapılamaz. En iyi hekim ve sağlık personeli çalıştığı bölgede korunması mümkün olan hastalıkları en aza düşüren ekiptir. Hekim ve sağlık personeli olarak ilk görev koruyucu hekimliktir. Koruma, hekimin ve sağlık personelinin temel görevlerindedir (17).

2.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri; hastanın ilk başvurduğu yerde, Aile Sağlığı Merkezi'nde (ASM), kamu veya özel polikliniklerde hekim veya yardımcı sağlık personeli tarafından sunulan sağlık hizmetidir

İkinci basamak hekimliği hastaların, kamu veya özel hastanelerde genelde daha geniş laboratuvar analizlerinin yapıldığı ve yatırılarak da yapılan sağlık hizmetini içerir.

Üçüncü basamak hekimliği ileri tetkik isteyen hastalıkların üniversite, eğitim araştırma, özel dal gibi hastanelerde yapılan tedavilerdir. Yüksek teknolojinin kullanılarak tanı konan ve tedavi edilen yerlerde verilen bu hizmet, tedavi edici sağlık hizmetlerinde üçüncü basamak hekimlik hizmetleridir (21).

2.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri ikiye ayrılır. Birincisi işgücünü kaybedenlere ve çalışma olanağını kaybetmiş hastalara çalışma olanağı sağlamak amacı ile hekim tarafından yapılan tıbbi rehabilitasyondur. İkincisi ise sosyal rehabilitasyondur ve sosyal hizmet uzmanları tarafından yapılır. Hekimliğin son ve gelişmeye en açık aşaması; gerek kavram, gerekse program içeriği değişen rehabilitasyondur. Sağlığın bozulmasını sırasıyla hastalık, yetersizlik, sakatlık, engellilik şeklinde tanımlanan bozukluklar izlemektedir. Rehabilitasyon hizmetlerinin koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici amaçları gerçekleştirecek özelliklere sahip olmalıdır (22).

2.3. BİRİNCİ BASAMAK HEKİMİ

Birinci basamak hekimlerinin tanımı sistemden sisteme değişiklik gösterse de genel olarak kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmeti ve ayaktan tanı, tedavi hizmetlerini sunan kişidir. Hekimlerin hastaları ile ilişkisi kesintisiz olarak devam eder. Hastalarının sağlık kayıtlarını tutmak, üst basamaklara hastaların bakımlarını koordine etmek için sevk etmek, ulusal sağlık politikaları ve planlama kapsamında merkezi yetkenin öngöreceği programları uygulamak da birinci basamak hekiminin görevleridir (23,24).

Aile hekimleri yaş, cinsiyet, hastalık ayrımı yapmaksızın sürekli ve kapsamlı olarak bakım vermeye yönelik olan kişisel doktorlardır. Kişilere yaşadıkları toplum ve aileleri bağlamında ihtiyaç duydukları hizmetleri verirler. Hastalar ile görüşmelerinden elde ettikleri bilgiler ile sosyal, fiziksel ve psikolojik faktörleri

entegre ederler. Aile hekimleri profesyonel rollerini ya doğrudan ya da hastanın sağlık gereksinimine ve hizmet ettikleri topluluktaki kaynakların uygunluğuna bağlı olarak; hastanın diğer toplum kaynaklarını kullanmasına yardımcı olup sağlığını geliştirerek, tedavi, bakım hizmeti sunarlar (25).

2.3.1. Aile Hekiminin Tanımı

Aile hekimleri, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiplerdir. Aile hekimliği uygulaması kapsamında Bakanlığımız veya diğer kamu kurum ve kuruluşları personeli olan uzman tabip ve tabipler, kendilerinin talebi ve kurumlarının muvafakati ile 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ile diğer kanunların sözleşmeli personel çalıştırması hükümlerine bağlı olmaksızın 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu kapsamında hizmet sözleşmesi imzalamak suretiyle çalıştırılmakta ve sözleşmeleri süresince kadroları ile ilişkileri devam etmektedir. Bu kapsamda öncelikle İl Sağlık Müdürlüklerince il seviyesinde yapılan aile hekimliği yerleştirme işlemleri ile bu şekilde istihdam edilememesi halinde Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğünce Bakanlık seviyesinde yapılan iller arası aile hekimliği yerleştirme işlemleri ve Devlet Hizmet Yükümlülüğü atamaları ile, ihtiyacın devam etmesi halinde ise, Bakanlığımızın önerisi ve Maliye Bakanlığının uygun görüşü ile, İl Sağlık Müdürlüklerince, Türkiye’de mesleğini icra etmeye yetkili, güvenlik soruşturması ve arşiv araştırması yapılmak kaydı ile 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’un 48 inci maddesinin A bendinin 4, 5 ve 7 numaralı alt bentlerindeki şartları taşıyan kamu görevlisi olmayan uzman tabip ve tabiplerden istihdam yapılabilmektedir (26).

2.3.2. Aile Hekimliği Disiplininin Özellikleri

Aile hekimliği kendine has eğitim içeriği, yapılan araştırmalar, kanıta dayalı uygulamaları içine alan birinci basamak sağlık hizmeti sunumuna yönelmiş olan

akademik ve bilimsel bir klinik uzmanlık alanıdır (27,28). Bu disiplinin temel özellikleri şu şekildedir;

- a) Sağlık sisteminde hastaların ilk temas noktasıdır. Hizmet almak isteyen insanlara açık, sınırsız bir erişim sağlar, kişilerin bireysel özelliklerine bakılmaksızın sağlık sorunları ile ilgilenilir.
- b) Kaynakların etkili bir biçimde kullanılmasını sağlar. Bunu sağlık hizmetlerini koordine edere, üst basamaklara hastaları yönlendirerek ve diğer uzmanlıklar ile birlikte çalışarak yapar.
- c) Aile hekimleri birey merkezli bir yaklaşımı birey-aile-toplum kapsamında geliştirir ve sunar.
- d) Hasta ile kendine özgü bir görüşme süreci vardır ve bu özel durum zaman içinde hasta-hekim arasında bir bağ oluşmasına neden olur.
- e) Sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanmasında görevlidir
- f) Hastalıkların toplumdaki hızlarının (insidans, prevalans) karar verme sürecinde önemli olduğu bir karar verme süreci vardır.
- g) Akut ve kronik sağlık sorunları ile birlikte ilgilenir
- h) Hastalıkların aşikar hale gelmediği asemptomatik dönemde aciliyet gerektirmeyen sağlık sorunlarını yönetir
- i) Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.
- j) Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.
- k) Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır.

2.3.3. Aile Hekiminin Çekirdek Yeterlikleri

Hastaların istek ve ihtiyaçlarının giderek artmasından dolayı bütün Avrupa ülkelerinde ve ülkemizde Aile Hekimliğinin uzmanlık eğitiminin içeriği her geçen gün daha önem kazanmaktadır. Bundan dolayı aile hekimliği eğitimi sadece hastaların tıbbi ihtiyaçlarını karşılamamalı aynı zamanda hastaların beklentilerini de karşılamalıdır (28). Yukarıda tanımlanan 11 temel özellik aynı zamanda aile hekiminin ustalaşması gereken özellikleri de belirtir. Bu özellikler 6 çekirdek yeterlilik başlığında toplanabilir (27,28):

1. Birinci basamak yönetimi.
2. Kişi merkezli bakım.
3. Özgün problem çözme becerileri.
4. Kapsamlı yaklaşım.
5. Toplum yönelimli olma.
6. Bütüncül yaklaşım-modelleme.

2.3.4. Aile Hekimliği Çalışma Ortamları

Aile hekiminin görev yapması gereken ortamlar başvuran bireylerin cinsiyet, yaş, hastalık durumlarının ayırım yapılmadığı, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin birlikte sunulabileceği ortamlar olmalıdır. Aile hekimlerinin verimli çalışması ve sürekliliği sağlayabilmesi için çalışma ortamı önemlidir. Mevcut şartlarda aile hekimleri daha çok ana çocuk sağlığı, aile planlaması hizmetleri, devlet hastaneleri, sağlık merkezleri gibi çeşitli kuruluşlarda görev yapmaktadır. Basamaklı sağlık sistemlerinde aile hekimleri genellikle birinci basamakta çalışmaktadır (29). Aile hekimleri bütüncül bir yaklaşımla hastalarına yaklaşmalı, kişiye yönelik koruyucu hizmetleri sunmalı bütün hizmetleri verirken hastaları biyopsikososyal açıdan biri bütün olarak ele almalı ve yaklaşımını buna göre geliştirmelidir.

2.3.5. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminin Yapısı

Türkiye’de 1983’te aile hekimliği bir uzmanlık dalı kabul edilmiş ve Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde yer almıştır. Ülkemizde, ilk defa 1985 yılında Aile Hekimliği uzmanlık eğitimleri üç büyük ildeki (İstanbul, Ankara, İzmir) Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde (toplam dokuz adet) başlamıştır. 16 Temmuz 1993 tarih ve 12547 sayılı Yükseköğretim Kurulu kararı ile Tıp Fakültelerinde aile hekimliği anabilim dallarının kurulması uygun görülmüştür. 1983 yılındaki Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde yer alan aile hekimliği uzmanlık eğitim süresi 36 ay olarak belirlenmiş olup tamamen hastane içi rotasyonlarından oluşmaktaydı, 2010 yılında Tıpta Uzmanlık Kurulu tarafından çıkarılan mevzuat uyarınca eğitim müfredatı 18 ay hastane rotasyonu, 18 ay Aile Hekimliği kliniklerinde geçirilmesi olarak planlanmıştır.

Türkiye’de Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi veren kurumlar; Üniversiteler bünyesindeki tıp fakülteleri ve Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim ve araştırma hastaneleridir. Tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dalı ve eğitim ve araştırma hastanelerinde aile hekimliği kliniklerinde; aile hekimi uzmanlarınca uzmanlık eğitimi verilmektedir.

Dünya Aile Hekimliği Örgütü tanımına göre; Aile hekimliği kendine özgü bir eğitim içeriği olan, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan, akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır. Aile hekimleri esas olarak yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı bir bakım sağlamadan sorumlu kişisel doktorlardır. Aile hekimleri mesleki görevlerini kapsamlı bir sağlık hizmeti sunarak hastalıkları önleme, bakım ve rahatsızlıklarda rahatlatma sağlayarak görevlerini yerine getirirler.

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi üç temel bölümden oluşur:

- Aile Hekimliği Anabilim Dalı Eğitim Etkinlikleri
- Hastane Klinik Rotasyonları
- Birinci Basamak Aile Hekimliği Uygulaması

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi sürecinde hekimler uygulama eğitimleri ve hastane içi rotasyonlara ek olarak düzenli şekilde yapılan eğitim toplantılarına katılırlar. Bu eğitim toplantılarında amaç; aile hekimliği disiplinlerinin pekiştirilmesini sağlayarak eğitim sürecine katkıda bulunur (30).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ

Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma 01.03.2022-31.03.2022 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Mamak Mehmetçik Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde yapıldı

3.3 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Örneklem büyüklüğü hesabı yapılmamıştır. Eğitim Aile Sağlığı Merkezimize kayıtlı 2200 hasta vardır. Bir aylık süreç içerisinde başvuran ve EASM'mize kayıtlı olan bütün hastaların kayıtlarına ulaşılmıştır.

3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Mamak Mehmetçik Eğitim Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı olup 01.03.2022 ve 31.03.2022 tarihleri arasında ayaktan başvuran kişiler çalışmaya dahil edilmiştir. ASM'ye kayıtlı olmayıp bu süre zarfında ASM'den hizmet alan kişiler çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.5 VERİ TOPLAMA ARAÇ VE YÖNTEMLERİ

Çalışmaya dahil edilen hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet ve medeni hali) tanıları, reçete yazılma durumu, yapılan işlemler, istenen sevk ve konsültasyonlar Aile Hekimliği Bilgi Yönetim Sistemi (AHBS) üzerinden incelenerek çalışma veri formuna alınmıştır.

3.6. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Araştırma sırasında toplanan verilerin analizinde SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Sciences, version 22) programı kullanılmıştır. Verilerin sunulmasında sayı, yüzde, ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler verilmiştir. Verilerin analizinde Ki-kare testi yapılmıştır. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 266 kişinin yaş ortalaması $35,88 \pm 22,02$ (min 1- max 88)'dir. Hastaların %62'si kadın ve %65'i 19-64 yaş grubundadır. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1'de verildi.

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Erkek	101	38,0
Kadın	165	62,0
Yaş		
0-18	62	23,3
19-64	173	65,0
65 ve üstü	31	11,7
Medeni durum		
Bekar	96	36,1
Evli	152	57,1
Boşanmış	18	6,8
Toplam	266	100,0

Hastaların aldıkları hizmetlerin dağılımı 5 grupta incelendi. Hastaların %55,6'sının reçete yazdırmak için, %15'inin rapor yazdırmak için ve %3'ünün uzmana sevk için aile hekimliğine başvurduğu görüldü. Hastaların %67,3'üne herhangi bir işlem yapılmazken en çok yapılan işlem %13,2 ile (gebe, lohusa ve çocuk izlemi) sağlıklı birey izlemi, ikinci sırada %9,4 ile I.M. enjeksiyondur. Hastaların aldıkları hizmetlerin dağılımı Tablo 4.2'de verildi.

Tablo 4.2. Hastaların aldıkları hizmetlerin dağılımı

Alınan Hizmetler		n	%
Reçete			
Reçete yazıldı		148	55,6
Reçete yazılmadı		118	44,4
Rapor			
Öğrenci istirahat raporu verildi		13	4,9
İşgöremezlik raporu verildi		8	3,0
Evlilik raporu düzenlendi		7	2,6
Sürücü raporu düzenlendi		11	4,1
Rapor verilmedi		227	85,3
Bağışıklama			
Rutin bağışıklama yapıldı		25	9,4
Rutin bağışıklama yapılmadı		241	90,6
İşlem			
Laboratuvar Tahlili İstendi		21	7,9
İM Enjeksiyon Yapıldı		25	9,4
Pansuman Yapıldı		6	2,3
Sağlıklı Birey Takibi (n:35 %13,2)	Gebe Takibi Yapıldı	5	1,9
	Lohusa Takibi Yapıldı	3	1,1
	Çocuk Takibi Yapıldı	27	10,2
İşlem Yapılmadı		179	67,3
Uzman sevk			
Sevk edildi		8	3,0
Sevk edilmedi		258	97,0
Toplam		266	100,0

Hastaların kliniğe başvurudan sonra aldıkları tanıların dağılımı Tablo 4.3'te gösterildi. Hastaların %25,2'sinin üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE), %13,9'unun nutrisyonel anemi, %12,8'inin rutin bağışıklama hizmetleri, %11,7'sinin kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları, %9'unun idari amaçlar için muayene, %7,1'inin gastrointestinal sistem (GİS) hastalıkları tanısı aldığı bulundu.

Tablo 4.3. Hasta Tanılarının Dağılımı

Tanımlar	n	%
Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları		
Yok	199	74,8
Var	67	25,2
Nutrisyonel Anemiler		
Yok	229	86,1
Var	37	13,9
Rutin Takip ve Bağışıklama		
Yok	232	87,2
Var	34	12,8
Özefagus, Mide Ve Duodenum Hastalıkları		
Yok	247	92,9
Var	19	7,1
Enfektif Olmayan Enterit Ve Kolit		
Yok	262	98,5
Var	4	1,5
Diğer Beslenme Yetersizlikleri		
Yok	247	92,9
Var	19	7,1
Kas-İskelet Sistemi Rahatsızlıkları		
Yok	235	88,3
Var	31	11,7
Tiroid Bezi Bozuklukları		
Yok	259	97,4
Var	7	2,6

Tablo 4.3. (Devamı) Hasta Tanılarının Dağılımı

Tanımlar	n	%
Diyabetes Mellitus		
Yok	261	98,1
Var	5	1,9
Deri Ve Derialtı Doku Enfeksiyonları		
Yok	264	99,2
Var	2	0,8
Dermatit Ve Egzema		
Yok	243	91,4
Var	23	8,6
Üriner Sistem Hastalıkları		
Yok	260	97,7
Var	6	2,3
İdari Amaçlar İçin Muayene		
Yok	242	91,0
Var	24	9,0
Laboratuvar Muayenesi		
Yok	242	91,0
Var	24	9,0
Hipertansif Hastalıkları		
Yok	252	94,7
Var	14	5,3
Göz ve Adnekslerinin Hastalıkları		
Yok	257	96,6
Var	9	3,4
Mental Ve Davranışsal Bozukluklar		
Yok	262	98,5
Var	4	1,5
Akut Alt Solunum Sistemi Hastalıkları		
Yok	257	96,6
Var	9	3,4

Tablo 4.3. (Devamı) Hasta Tanılarının Dağılımı

Tanımlar	n	%
Kadın Pelvik Organlarının Enflamatuvar Hastalıkları		
Yok	259	97,4
Var	7	2,6
Baş Ağrısı		
Yok	261	98,1
Var	5	1,9
Genel Tıbbı Muayene Kan İsteme		
Yok	252	94,7
Var	14	5,3
Bazı Enfeksiyon Ve Paraziter Hastalıklar		
Yok	259	97,4
Var	7	2,6
Hiperlipidemi		
Yok	264	99,2
Var	2	0,8
Gebelik Durumu		
Yok	260	97,7
Var	6	2,3
Rutin Doğum Sonrası Takip		
Yok	263	98,9
Var	3	1,1
Toplam	266	100,0

Hastalara başvurusu sonrasında yazılan ilaçların dağılımına bakıldığında en sık reçete edilen ilaçların oral nonsteroid antiinflatuar ilaçlar (NSAİİ) olduğu bulunmuştur. Daha sonra en sık reçete edilen ilaçlar topikal ilaçlar, antibiyotikler ve vitaminlerdir. Hastalara reçete edilen ilaçların dağılımı Tablo 4.4’de gösterildi.

Tablo 4.4. Hastalara reçete edilen ilaçların dağılımı

Reçete Yazılan İlaçlar	n	%
Oral Antibiyotik		
Yazılmadı	245	92,1
Yazıldı	21	7,9
Topikal Antibiyotik		
Yazılmadı	259	97,4
Yazıldı	7	2,6
Oral NSAİİ		
Yazılmadı	198	74,4
Yazıldı	68	25,6
Topikal NSAİİ		
Yazılmadı	254	95,5
Yazıldı	12	4,5
Diğer Topikal İlaçlar		
Yazılmadı	209	78,6
Yazıldı	57	21,4
Topikal Steroid		
Yazılmadı	262	98,5
Yazıldı	4	1,5
Anti-hipertansif		
Yazılmadı	258	97,0
Yazıldı	8	3,0
İNHALER		
Yazılmadı	264	99,2
Yazıldı	2	0,8
Oral Anti-diyabetik		
Yazılmadı	263	98,9
Yazıldı	3	1,1
Vitamin Preparatı		
Yazılmadı	242	91,0
Yazıldı	24	9,0

Tablo 4.4. (Devamı) Hastalara reçete edilen ilaçların dağılımı

Reçete Yazılan İlaçlar	n	%
Oral Antibiyotik		
Demir Preparatı		
Yazılmadı	261	98,1
Yazıldı	5	1,9
PPI		
Yazılmadı	251	94,4
Yazıldı	15	5,6
Oral Antifungal		
Yazılmadı	265	99,6
Yazıldı	1	0,4
Topikal Antifungal		
Yazılmadı	250	94,0
Yazıldı	16	6,0
Hipotiroidi		
Yazılmadı	260	97,7
Yazıldı	6	2,3
Antihiperlipidemik		
Yazılmadı	264	99,2
Yazıldı	2	0,8
Antitrombotik		
Yazılmadı	263	98,9
Yazıldı	3	1,1
Antikoagülan		
Yazılmadı	264	99,2
Yazıldı	2	0,8
Antiagregan		
Yazılmadı	265	99,6
Yazıldı	1	0,4
Toplam	266	100,0

Hastalara cinsiyete göre reçete yazılma durumları karşılaştırıldığında anlamlı fark olmadığı tespit edildi. Cinsiyete göre reçete yazılma durumu Tablo 4.5’de verildi.

Tablo 4.5. Cinsiyete göre reçete yazılma durumu

Reçete		Cinsiyet		*p
		Erkek	Kadın	
Yazıldı	n	53	95	0,416
	%	52,5	57,6	
Yazılmadı	n	48	70	
	%	47,5	42,4	

* Pearson ki-kare testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Hastalara cinsiyete göre yapılan işlem durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmuştur. Erkek cinsiyette çocuk takiplerinin daha fazla yapıldığı bulunmuştur. Hastalara cinsiyete göre işlem yapılma durumu Tablo 4.6’da verildi.

Tablo 4.6. Cinsiyete göre işlem yapılma durumu

İşlem		Cinsiyet		*p
		Erkek	Kadın	
Laboratuvar Tahlili İstendi	n	5	16	0.031
	%	18,5	26,7	
İM Enjeksiyon Yapıldı	n	7	18	
	%	25,9	30,0	
Pansuman Yapıldı	n	1	5	
	%	3,7	8,3	
Çocuk Takip Yapıldı	n	14	13	
	%	51,9	21,7	
Gebe Takip Yapıldı	n	0	5	
	%	0,0	8,3	
Lohusa Takip Yapıldı	n	0	3	
	%	0,0	5	

* Pearson ki-kare testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Hastalara yaşlarına göre reçete yazılma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur. Hastalara yaşa göre reçete yazılma durumu Tablo 4.7’de verildi.

Tablo 4.7. Yaşa göre reçete yazılma durumu

Reçete		Yaş grup			*p
		0-18	19-64	≥65	
Yazıldı	n	29	100	19	0.259
	%	46,8	57,8	61,3	
Yazılmadı	n	33	73	12	
	%	53,2	42,2	38,7	

* Pearson ki-kare testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Hastalara yaşlarına göre yapılan işlem durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak önemli bir farklılığın olduğu bulunmuştur. 0-18 yaş grubunda çocuk takiplerinin, 19-64 yaş grubunda laboratuvar istemi ve intramusküler enjeksiyonların (İ.M.), 65 yaş üstü grupta ise İ.M. enjeksiyon işlemlerinin daha fazla yapıldığı bulunmuştur. Hastalara yaşa göre yapılan işlemlerin durumu Tablo 4.8’de gösterildi.

Tablo 4.8. Yaşa Göre Yapılan İşlem Durumu

Yapılan İşlemler		Yaş grup			*p
		0-18	19-64	≥65	
Laboratuvar Tahlili İstendi	n	0	20	1	<0,001
	%	0,0	39,2	12,5	
İM Enjeksiyon Yapıldı	n	1	17	7	
	%	3,6	33,3	87,5	
Pansuman Yapıldı	n	0	6	0	
	%	0,0	11,8	0,0	
Gebe Takip Yapıldı	n	0	5	0	
	%	0,0	9,8	0,0	
Lohusa Takip Yapıldı	n	0	3	0	
	%	0,0	5,9	0,0	
Çocuk Takip Yapıldı	n	27	0	0	
	%	96,4	0,0	0,0	

* Pearson ki-kare testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Ülkemizde Aile Hekimliği Uygulaması ile birlikte birinci basamakta bireylere koruyucu, tedavi edici sağlık hizmetlerinin verilmesi planlanmıştır (31). Sağlıklı bir toplum oluşturmak için neredeyse gerekli bütün müdahaleler aile hekimliği uygulama alanları ile kesişmektedir. Ancak ön plana alınması gereken koruyucu hekimliğin desteklenmesidir. Koruyucu hekimliği desteklemeyen ve bunun için kaynak ayırmayan sistemler yüksek maliyetlerinden dolayı sürdürülebilir olmayacaktır. Her geçen gün bütün dünyada birinci basamağın önemi daha iyi anlaşılmaktadır. Ülkemizde de yapılan memnuniyet anketlerinin sonucuna göre de aile hekimliğinden memnuniyetin giderek arttığı gözlenmiştir. 2003 yılı sonuçlarına göre vatandaşın verilen sağlık hizmetinden memnuniyeti %39,5 iken, 2011 yılı sonuçlarına göre %76 oranına yükselmiştir. Bütün dünyada olduğu gibi Türkiye’de de yıllık hasta başvurusu giderek artmaktadır. 2019 sağlık istatistikleri yılına göre yaklaşık 812 milyon sağlık kuruluşuna başvuru olmuştur, bu başvuruların 288 milyonu birinci basamağa olmuştur, bunun da 278 milyonu aile hekimliklerine olmuştur (32). Birinci basamağa yapılan başvuruların artma nedenleri arasında sağlık hizmetlerine kolay ulaşma, yeni gelişen teknoloji, katkı payı ödenmemesi, düşük katkı payı ödenmesi, defansif tıp uygulamaları, tekrarlayan görüşler, uygunsuz sevk, uygunsuz ücretlendirmeler gibi sebepler yatmaktadır (33,34).

Çalışmamızda Ankara’da bir bölgede birinci basamağa yapılan başvuruların nedenleri, dağılımı, yaş ve cinsiyete göre özellikler incelenmiştir. Hastaların aldıkları hizmetlerin dağılımı incelendiğinde; en yüksek oranda reçete yazdırmak için başvurdukları görüldü. Kayseri ilinde yapılan benzer bir çalışmada da hastaların Aile Hekimliğine en yüksek oranda reçete yazdırmak için başvurduğu görülmüştür. (35). Reçete yazdırma oranlarının benzer olması Aile Hekimlerinin reçete yazdırmak için yoğun bir şekilde tercih edildiğini gösterebilir.

İngiltere’de yapılan bir çalışmada Aile hekimlerine başvuruda ilk sırada sağlam çocuk muayenesi yer almaktadır (36). Bu sonuçlar ülkemizde Aile Hekimliği sisteminin koruyucu hizmet odaklı çalışmadığını savunan akademisyenleri desteklemekte, sistemde koruyucu sağlık hizmetlerinin ikinci plana atıldığı görüşünü

desteklemektedir (37,38). Çalışmamızda uzman hekime sevk oranlarındaki düşüklüğün sebebini sevk sisteminin olmamasına ve EASM’imizde Aile Hekimliği uzmanlık eğitim sürecindeki rotasyonları tamamlayan asistan hekimlerin çalışmasına bağlıyoruz. ASM’imizde Genel olarak tanı-tedavi edici hizmetlerinin daha ağırlıklı olup koruyucu sağlık hizmetlerinin daha geri planda olduğu, bireyler tarafından talep edilmediği görülmektedir.

Düzce ilinde 2012 ve 2013 tarihleri arasında bir Aile Hekimliği Kliniğinde yapılan araştırmada en sık başvurunun 45-59 yaş grubunda olduğu ve hastalara en sık konulan tanılar; (%30,8) akut nazofarenjit-nezle, (%14,3) esansiyel hipertansiyon ve (%5,7) dorsalji olduğu bulunmuştur. (39). Bizim çalışmamızda da benzer bir şekilde ilk sırada (%25,2) akut üst solunum yolu enfeksiyonları bulunmaktadır. Çalışmamızda ikinci ve üçüncü sırada sırasıyla; (%13,9) nutrisyonel anemiler ve (%12,8) rutin takip ve bağışıklama bulunmuştur. Hipertansif hastalıklar tanısı bizim çalışmamızda %5,3 oranında daha az sıklıkta konulmuştur. Bu farklılık çalışmamızın yapıldığı süre içerisinde Covid-19 pandemisinde Sağlık Bakanlığı’na yürütülen hastalık temasının azaltılmasına yönelik politika kapsamında kronik hastalık raporlarının uzatılması ve reçetesiz eczanelerden ilaç temininin yolunun açılmasından dolayı kronik hastalığı olan hastaların ilaç temini için Aile Sağlığı Merkezimize başvurmaması olduğunu düşünüyoruz.

Adnan Menderes Üniversitesi Umurlu Aile Hekimliği Merkezi’nde 2004 yılında yapılan bir araştırmada hastalara en sık konulan tanılar incelendiğinde (%19,1) akut üst solunum yolu enfeksiyonları tanısı konulduğu ikinci sırada (%9) hipertansiyon tanısı konulduğu, hastaların %26,3’üne tanı konulmadığı bulunmuştur. Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran hastaların oranının bizim çalışmamızdan farklı olarak %24,9’u kontrol, %2,7’si ise ilaç yazdırmak için başvurduğu görülmüştür. Yapılan başvuruların %44,5’inde tetkik istendiği belirtilmiştir. Çalışmanın sonucunda birinci basamakta kayıt ve bildirim konusunda duyarlılığının artırılmasının ihtiyaçların saptanmasında ve daha açık olarak ortaya konmasında önemi vurgulanmıştır (40).

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği’nde yapılan bir çalışmada hastalara başvuru anında konulan tanılar sıklık sırasıyla; Üst solunum

yolu enfeksiyonları, hipertansiyon, sağlıklı birey izlemi, dislipidemi ve anemi olarak bulunmuştur (41). Bizim çalışmamızda da benzer bir sıralama görülmektedir.

Çalışmamızda diyabet, hipertansiyon ve dislipidemi gibi kronik hastalık tanı oranlarının diğer çalışmalara göre az olmasının nedeni olarak Aile Sağlığı Merkezi'mizin Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hüseyingazi Semt Polikliniği binasının bünyesinde bulunuyor olması ve kronik hastalık tanılarıyla takipli hastaların takip ve tedavi için ilgili uzmanlıkları tercih etmesi olabilir.

Üstü ve ark. sağlıkta dönüşüm sonucu Aile hekimliği uygulamasına geçildiğinde başvuru sıklıklarını inceledikleri çalışmada poliklinik müracaat sayısının bir önceki yıla göre %26,3 gibi anlamlı bir oranda arttığı, meydana gelen artışların birinci basamak sağlık kuruluşlarında %38,6 ikinci basamak sağlık kuruluşlarında da %131,6 ve tüm poliklinik başvurularında da %91,3 düzeylerinde gerçekleştiği bulunmuştur. Aile hekimliğine geçiş yapıldıktan sonra ikinci basamağa müracaat sayılarının %22 oranında arttığı, hastane başvurularının birinci basamağa göre %10 daha fazla olduğu belirtilmiştir. Çalışmada ikinci basamağa başvuruların yüksek olduğu, sevk zincirinin tesis edilmesi gerekliliği vurgulanmıştır (42).

Çalışmamızda uzman hekime sevk etme oranımızın %3,0 gibi düşük bir oranda bulunması yine bu hasta gruplarının ilgili uzmanlık alanlarını öncelikli olarak bir üst basamak sağlık tesisini tercih etmesinden ve Aile Sağlığı Merkezlerinde hali hazırda kullanılan düzenli bir sevk zincirinin olmamasından kaynaklanıyor olabilir.

2019 yılında Düzce'de birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurmuş ve son altı ayda acil başvurusu bulunan hastaların profilini ve yapılan başvuruların amacını, niteliğini ve gerçek anlamda aciliyet gerektirip gerektirmediğini, hastaların poliklinik yerine acil servisi tercih etme nedenlerini belirlemek için yapılan bir çalışmada, hastaların aile hekimliği polikliniği yerine acil servisi tercih etme nedenlerinin büyük ölçüde mesai saatleri ve zaman kısıtlılığı olarak belirtilmiştir (43).

Maç ve ark. tarafından hastane ve EASM aile hekimliği polikliniklerinin hasta profilleri incelenmiştir. EASM'lere kadınların erkelerden daha fazla başvurdukları, çocuk yaş grubundaki başvuruların daha fazla olduğu bulunmuştur. Hastane ve aile hekimliklerinde konulan tanı dağılımlarına bakıldığında EASM'de girilen akut üst solunum yolu enfeksiyonları (%25,90), miyalji (%10,10) ve rutin

çocuk muayene (%9,10) tanılarının hastane tanılarına göre anlamlı olarak daha fazla olduğu bulunmuştur. Hastanede endokrin bozukluk tanılarının, genel muayenelerin daha fazla olduğu, hipertansiyon tanısı açısından iki kurumda da farklılık olmadığı bulunmuştur. Hastane ve aile hekimliği başvurularında cinsiyet ve yaş gruplarında farklılıklar olduğu bulunmuştur (44). Bizim çalışmamızda da yaş ve cinsiyetin başvuru dağılımlarını etkilediği bulunmuştur. Ana-çocuk hizmetlerinin birinci basamakta daha yoğun yürütülmesinin bu duruma neden olduğu söylenebilir.

Fidancı ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada geriatrik yaş grubunun aile hekimliğine başvuruları incelenmiştir. Çalışma 5 yıllık verileri içermektedir, toplamda 52 bin başvurunun %31,2'si geriatrik yaş grubundaki bireylerdir. İstenen tetkiklerin %27,7'si yaşlı hastalar için istenmiştir. Yaşlı hastaların başvuru nedenlerine bakıldığında %35,2'si reçete yazdırmak için, %25,2'si muayene için, %32,3'ü tetkik istenmesi için ve %7,3'ü rapor için 2132 (%7,3) aile hekimliklerine başvuru yapmıştır (45). Bizim çalışmamızda da geriatrik popülasyonun daha çok İ.M. enjeksiyon için başvurduğu bulunmuştur.

Bir Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğine yapılan başvuruların incelendiği çalışmada, başvuruların en çok 25-64 yaş grubu tarafından yapıldığı, en az ise 0-6 yaş grubunda olduğu bulunmuştur. Hastaların en sık başvuru nedenleri sırasıyla genel kontrol, reçete yazdırma, öksürük, boğaz ağrısı, halsizlik, bel ağrısı olarak belirtilmiştir. Hastalara en sık konulan tanılar demir eksikliği anemisi, hipertansiyon, dislipidemiler, diabetes mellitus ve osteoporoz olarak bildirilmiştir. Hastalara yapılan işlemlere bakıldığında ise %43,9'undan tetkik istenmiş, %19'una reçete yazılmış, %7,6'ına danışmanlık verilmiş, %0,02'si sevk edilmiş, %0,06'sına ise konsültasyon istenmiştir (46).

Ankara'da 2014 yılında Aile Hekimliği Poliklinik başvuru, sayı ve tanılarının, bölgelere ve aylara göre dağılımının geriye yönelik 3 yıl değerlendirildiği bir çalışmada başvuru yapan 250.054 hasta değerlendirilmiş. Kadın hastaların erkeklerden daha fazla başvuru yaptığı, her geçen yıl başvuran hasta sayısının arttığı belirtilmiştir. Hasta başvuru sayısının en fazla olduğu aylar ocak, şubat ayları iken en sık başvuru nedeni de ÜSYE olarak tespit edilmiştir. Yapılan çalışmanın sonucunda; aile hekimliğine başvuran hastaların özelliklerine bakıldığında aile hekimliği

uzmanlık eğitiminde önem verilmesi gereken konuların başında üst solunum yolu enfeksiyonları, anemiler ve dispeptik şikayetlerin gelmekte olduğu ve kronik hastaların fazla gelmesinin aile hekimliği çekirdek eğitiminin yeterli olduğunu desteklediği vurgulanmıştır (47).

Başer ve arkadaşları tarafından erişkinlerin periyodik sağlık muayenelerine katılımı incelenmiştir. Çalışmaya dahil edilen hastaların %97,5'inin herhangi bir şikayet nedeni ile başvurduğu, %24,4'ünün ise periyodik sağlık muayenesi nedeni ile başvurdukları saptanmıştır. Hastaların herhangi bir nedenle başvurduğu hekim tarafından %39,2'sine yaşına uygun yapılması gereken sağlık taramalarından bahsedilmiştir. Yaş ve eğitim durumu ile periyodik sağlık muayenesi amaçlı sağlık kurumuna başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışmanın sonucunda periyodik sağlık muayenesi için başvuruların ve başvuran kişilere periyodik muayene tavsiyelerinin düşük olduğu bulunmuştur. Hekimler için hasta görüşmelerinin bir fırsat olarak değerlendirilmesi gerektiği ve bu görüşmelerde periyodik sağlık muayeneleri hakkında danışmanlık verilmesi gerektiği ayrıca hasta ile ortak karar verme sürecine gidilmesinin en doğru yaklaşım olacağı vurgulanmıştır (48).

Saatçi ve ark. tarafından yapılan çalışmada aile hekimliğine yapılan başvurular başvuru nedeni, tanı ve bakım sürecini temel alan bir yaklaşımla değerlendirilmiştir. Hastaların büyük bir kısmı akut bir hastalık nedeni ile başvurmuştur, en sık karşılaşılan ilk 3 tanı üst solunum yolu enfeksiyonu, idrar yolu enfeksiyonu ve demir eksikliği anemisi olarak bulunmuştur (49).

Küçükerdem ve ark. tarafından üçüncü basamak bir aile hekimliği polikliniğine başvuru yapan hasta profili incelenmiştir. Başvuruların %68,2'sinin kadın olduğu bulunmuştur. Başvuruların en sık nedeni %62,6 ile muayene olmak amaçlı başvurular oluşturmaktadır. Muayene olan hastalarda mide ile ilişkili şikayetler (%15), karın ağrısı (%12,4) ve vücut ağrısı (%11) şikayetleri en sık başvuru nedenleri olarak bulunmuştur. Muayene olmak için başvuran 500 hastanın 398'ine (%79,6) tetkik yapılmış, 289'una (%57,8) reçete verilmiş, 108'i (%21,6) diğer branşlara konsülte edilmiştir (50).

Çalışmamızda sürücü ehliyeti almak için uzmana sevk edilen hastaların oranı %3 olup, diğer kronik hastalık tanılılarıyla gelen hastaların sevk durumlarının gösterilememesi, bazı kronik hastalıklara sahip hastaların ilk başvuru noktası olarak EASM'yi tercih etmeyip bir üst basamağa başvurmayı tercih etmiş olmaları olabilir.

Aile hekimlerinde sevk zincirinin değerlendirildiği bir çalışmada mevcut birinci basamak sağlık hizmetlerinin yapılanmasında sevk zincirinin uygulanmasının birtakım sorunları ortaya çıkaracağı katılımcı hekimler tarafından belirtilmiştir. Aile hekimlerine bağlı nüfusun sayısının fazla olmasının sevk zinciri önünde büyük bir engel olduğu aile hekimlerine bağlı nüfusun azaltılması gerektiği vurgulanmıştır. Bunun yanında aile hekimliklerindeki teknik yapının da iyileştirilmesi gerektiği standardizasyonun sağlanması gerektiği vurgulanmıştır. Aile hekimliğindeki hizmetlerin daha iyi yürütülebilmesi ve işlerliğinin sağlanması için topluma yönelik müdahalelerin özellikle halkın sağlık okuryazarlığının artırılması gerektiği vurgulanmıştır (51).

Oktaç ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da aile hekimliğine en sık başvuru nedenlerinin üst solunum enfeksiyonları, genel sağlık muayenesi ve sağlık raporu amacıyla olan başvurular olduğu ve sık konulan tanının ise anemi olduğu bulunmuştur (52).

Çalışmamız ile ülkemizdeki aile hekimliklerinde yapılmış benzer çalışmaların sonuçlarının benzer olduğu, aile hekimliklerinde birinci basamağın asıl işlevleri olan koruyucu uygulamalar, periyodik muayeneler, bağışıklama ve tanı ayaktan tedavilerin daha az yapıldığı, rapor yazma, reçete tekrarı gibi işlemlerin daha çok yapıldığı görülmektedir.

Türkiye'de birinci basamakta düzenlenen toplamda 518.335.821 adet reçetenin ayrıntılarının dört yıllık süreçte incelendiği bir araştırmada; ilk sırada %19,2 ile soğuk algınlığı preparatları, ikinci sırada %10,5 ile Amoksisilin ve beta-laktamaz inhibitörleri, üçüncü sırada %8,2 ile diklofenak, dördüncü sırada %8,1 ile parasetamol olduğu görülmüştür (53). Bizim çalışmamızda hastalara reçete edilen ilaçların dağılımı incelendiğinde ilk sırada benzer olarak oral NSAİİ ilaçlar olduğu görülmüş olup, antibiyotik yazılma oranı dördüncü sırada %7,9 oranında çıkmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızın sonuçlarına göre çalışmanın yapıldığı dönemde başvuran hastaların %55,6'sının reçete yazdırmak için, %15'inin rapor yazdırmak için ve %3'ünün uzmana sevk için aile hekimliğine başvurduğu görülmektedir. Hastaların %67,3'üne herhangi bir işlem yapılmazken en çok yapılan işlem ise %13,2 ile sağlıklı birey takibidir. Hastaların en çok yazdırdıkları raporların öğrenci istirahat raporu olduğu görülmektedir, ikinci sıklıkta ise sürücü sağlık raporu talebi olmuştur. Hastaların %25,2'sinin ÜSYE, %13,9'unun nutrisyonel anemi, %12,8'inin rutin bağışıklama hizmetleri, %11,7'sinin kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları, %7,1'inin GİS hastalıkları tanısı aldığı, %9'unun idari amaçlı muayene, %9'unun laboratuvar muayenesi, %5,3'ünün ise genel tıbbi muayene için başvurdukları bulunmuştur. Başvuruların %2,3'ü gebelik, %1,1'i ise doğum sonrası takip nedeni ile birinci basamağa başvurmuştur. Çalışmamızın yapıldığı dönemde Covid 19 pandemisi sebebiyle kısıtlamalar devam etmekteydi. Risk grubunda bulunan hasta popülasyonları bu dönemde EASM'mize başvurmamış olabilir. Bu durum hastaların başvuru sebeplerini etkilemiş olabilir. Yine bu süreç içerisinde Sağlık Bakanlığı'nın Covid 19 tedbirleri kapsamında kronik hastalık tanısı olan hastaların raporlu ilaçlarını eczanelerden reçetesiz olarak temin edebilmesine olanak sağlaması bazı kronik hastalık tanılısı ile takipli hastaların merkezimize başvurmamasına neden olmuş olabilir. EASM'mizin Hüseyingazi Semt Polikliniği binası bünyesinde bulunması da bazı hastaların doğrudan ilgili uzmanlıklara başvurarak bizim ilk başvuru noktası olmamızı engellemiş olabilir. Çalışmamızda hastalara başvurusu sonrasında yazılan ilaçların dağılımına bakıldığında en sık reçete edilen ilaçların oral NSAİİ'ler olduğu daha sonra en sık reçete edilen ilaçların topikal ilaçlar, antibiyotikler ve vitaminler olduğu görülmüştür. 0-18 yaş grubunda çocuk takiplerinin, 19-64 yaş grubunda laboratuvar istemlerinin, 65 yaş üstü grupta ise İ.M. enjeksiyon işlemlerinin daha fazla yapıldığı bulunmuştur. Koruyucu hekimlik faaliyetlerinin ASM'mize başvuran hastalar tarafından ilk sırada tercih edilmemesi bu faaliyetlerin öneminin halk tarafından benimsenmediğini düşündürülebilir. Birinci basamakta koruyucu hekimlik faaliyetlerinin ve bu faaliyetlerin farkındalığının artırılmasına yönelik çalışmaların yapılması faydalı olacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Aile Doktorları için Kurs Notları 1. basım. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ankara. Ata Ofset, 2004.
2. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği, <http://www.ailehekimligi.gov.tr> (Erişim tarihi: 10.01.2022).
3. Aile hekimliğinin tanımı, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/aile-hekiminin-tanımı.html> (erişim tarihi 21.12.2021).
4. Başak O, Atay E, Polatlı D. Birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimliği, pratisyen hekimlerin yaklaşımları. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2002;6:36-41.
5. Ünlüoğlu İ. Dünyada ve Türkiye’de aile hekimliğinin gelişimi. Aktüel Tıp Dergisi Mayıs 2004;9:5-9.
6. Fişek N. Halk Sağlığına Giriş. Ankara. Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayını, 1985.
7. Çoruh M. Nüfus ve Sağlık Türkiye'nin Gelişmesinde Nüfus Olgusu. Battale Enstitüsü,1983. s.1.
8. Batırel ÖF. Sağlık Hizmetleri ve Devlet Politikası.Marmara Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi 1986;3(3):171.
9. Fişek NH. Halk Sağlığına Giriş. Hacettepe Üniv. Basımevi, Ankara 1983. s.4.
10. Yazgan T. Güneydoğu anadolu bölgesinde sağlık hizmetlerinin bugünkü durumu ve gelişim hedefleri. Türk Dünyası Araştırmaları Dergisi. İstanbul Aralık 1979. s.3.
11. Bulutoğlu K. Kamu Ekonomisine Giriş. Sermet Matbaası, İstanbul 1971. s.4.
12. Kavuncubaşı Ş. Hastaneler ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal Kitabevi, Ankara 2000. s.34
13. Öztekin Z. Temel Sağlık Hizmetleri. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara 1992. s.5-6.
14. Sarvan F. Gelişmiş ülkelerde ve Türkiye’de sağlık hizmetleri yöneticiliği meslek ve eğitimi. Eskişehir. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Dergisi Haziran 1994;1(1):210.
15. Yurt SA. Hemşirelik Hizmetlerinin Hasta Doyumu Üzerine Etkisi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. 1999. s.2.
16. Acarözmen MS. Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Müessiriyeti. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. 1982. s.5.
17. Fişek NH. Halk Sağlığına Giriş. H.Ü. WHO Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi, Ankara 1983.
18. Dirican R. Toplum Hekimliği Dersleri. Hatiboğlu Yayınevi, Ankara 1990.

19. Öztekin Z. Temel Halk Sağlığı Hizmetleri. H.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD. Yayını, Ankara 1996.
20. Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı (Temel Bilgiler I. Cilt). Hacettepe Üniv. Basımevi, Ankara 2012.
21. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. T.C.Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı.
22. Toros A. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara 1999. s.7.
23. Rakel RE. The Family Physician. Textbook of Family Practice 6 th Edition. Philadelphia: W.B.Saunders Company, 2002. p 3-18.
24. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği 21-22 Aralık 2002 Çalıştayı Sonuç Bildirgesi, Ankara.
25. Allen J, Gay B. A definition of the key features of the discipline of general practice and the role of the general practitioner. Barcelona. European Society of General Practice/ Family Medicine- Wonca Europe, 2001.
26. T.C. Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Dairesi Başkanlığı Görev Tanımı, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi-baskanligimiz/ailehekimligi-gorev-tanimi.html> (Erişim tarihi: 16.04.2022)
27. Başak O. Aile Hekimliği Genel Pratisyenlik Avrupa tanımı. Wonca Europe – 2002. Çeviri Haziran 2003.
28. UEMO 2004 Policy Document on Specialist Training. UEMO 2004/034.
29. Güldal D. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi özet. V. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Özet Kitabı. Ankara 27-30 Mart 2002. s.246-50.
30. Tıpta uzmanlık kurulu, Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı, <https://tuk.saglik.gov.tr/Eklenti/34104/0/ailehekimligimufredatv24pdf.pdf> (Erişim tarihi: 15.03.2022).
31. Korukluoğlu S, Üstü Y, Kasım İ, Doğusan AR, Hacımamağaoğlu A. Aile Hekimliği Türkiye Modeli. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2004. s.7-19
32. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019, <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/40564/0/saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf> (Erişim tarihi: 20.03.2022).
33. OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri. Türkiye: OECD VE IBRD/Dünya Bankası. 2008;14:15-43.
34. Grumbach K, Selby JV, Damberg C et al. Resolving the gatekeeping conundrum. What patients value in primary care and referrals to specialist. JAMA 1999;282:261-6

35. Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M. Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Düşünceleri ve Aile Hekimlerine Başvuru Durumu. TAF Prev Med Bull 2013;12(1):49-56.
36. Green LA, Phillips RL, Fryer GE. The nature of primary medical care. Oxford Textbook of Primary Medical Care.1 st ed. New York: Oxford University Press, 2004. p. 3-10.
37. Öztekin Z. Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı ve aile hekimliği. Hacettepe Tıp Dergisi 2009;40(1):6-12.
38. Elbek O, Adaş EB. Sağlıkta dönüşüm eleştirel bir değerlendirme. Türk Psikiyatri Derneği Bülteni 2009;12(1):33-43.
39. Yılmaz M, Mayda AS, Yüksel C, Bolu F, Seval O, Bayındır K ve Ark. Bir Aile Hekimliği Merkezi’ne başvuran hastalara konulan tanılar. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2012;2(3):7-13.
40. Şensoy N, Başak O, Gemalmaz A. Umurlu Aile Hekimliği Merkezi’nde Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Profili: Aile Hekimliği Alan Eğitimi Gereksinimini Ne Ölçüde Karşılıyor? Kocatepe Tıp Dergisi 2009;10(1):49-56.
41. Ünalın P, Uzuner A, Çiğçili S, Akman M, Kaya Apaydın Ç. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğinin Sağlık Hizmeti Sunduğu Aileler. Marmara Medical Journal 2015;22(2):90-96.
42. Üstü Y. Sağlıkta dönüşüm projesi sonrası sağlık kurumlarına başvuru sıklıklarının değerlendirilmesi. Konuralp Medical Journal 2012;4(2),48-53.
43. Sönmez Cİ, Ayhan Başer D, Uludağ G, Kara H, Peker A, Taşkaya K ve Ark. Düzce Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Erişkin Hastaların Acile Başvurma Nedenleri ve İlişkili Faktörler. Konuralp Medical Journal 2019;11(2):195-201.
44. Maç ÇE, Öztürk GZ. Bir eğitim ve araştırma hastanesinin Aile Hekimliği poliklinikleri ile Eğitim Aile Sağlığı Merkezi polikliniklerine başvuran hastaların kayıtlarının karşılaştırılması. Ankara Medical Journal 2018;18(1):14-21.
45. Fidancı İ. Geriatrik yaş grubunun aile hekimliği polikliniğine başvuru sayıları ve nedenlerinin değerlendirilmesi: Retrospektif 5 yıl. The Journal of Turkish Family Physician 2020;11(2):49-55.
46. Gökçe E. Bir üniversite aile hekimliği polikliniğinin hasta profili ve başvuru nedenleri. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi. 2015.
47. Fidancı İ, Eren, ŞÜ, Arslan İ, Tekin O. Aile hekimliği poliklinik hastalarının son 3 yıl retrospektif değerlendirilmesi. Konuralp Tıp Dergisi 2016;8(3),151-7.

48. Başer DA, evik M, elik MA, Cankurtaran M. Erişkinlerin Aile Sağlık Merkezlerine periyodik sağlık muayenesine dair başvuru sıklıklarının ve hizmet alma durumlarının değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2020;24(2):68-79.
49. Saatçi E, İnan M., Akpınar E. Adana'dan bir aile hekimliği rneği. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2006;10(1):20-24.
50. Kkerdem HS, Arslan M, Koç EM, Can H. İzmirden Bir nc Basamak Hastanesinde Aile Hekimliği Polikliniği Hasta Profiline Retrospektif Değerlendirilmesi. *JAREM* 2017;7:112-6.
51. Bulut S, Uğurluoğlu . Aile hekimlerinin bakış açısı ile sevk zincirinin değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2018;22(3):118-32.
52. Oktay G, Tetikok, R, eltel NY, nl U. Aile Hekimliği Hasta Profiline Retrospektif Bir Bakış, An Overview to Patient Profile of Family Medicine.
53. Bayram D, Vızdıklar C, Aydın V, İşli F, Akışı A. Birinci basamakta reçeteleme trendi ve sık karşılaşılan tanılara ait reçetelerin incelenmesi Türkiye verisi. *Cukurova Medical Journal* 2020;45(2):695-708.

8. ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Özkan DERELİ
Doğum Yeri ve Tarihi :
Medeni Durumu :
E-posta :
Yabancı Dil : İngilizce

II. Eğitimi

2002-2006 Muğla 75.Yıl Fen Lisesi, Muğla
2008-2016 Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Denizli

III. Ünvanları

2016-2018 Pratisyen Hekim
2018-2022 Aile Hekimliği Asistanı

IV. Mesleki Deneyimi

2018-2022 T.C Sağlık Bakanlığı SBÜ. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Ankara
2016-2017 T.C Sağlık Bakanlığı Emet Devlet Hastanesi- Kütahya

9. EKLER

EK-1: ÇALIŞMA İZİNİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 01.02.2022-99588



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı :E-86241737-100--99588
Konu : Tez İnceleme ve Değerlendirme
Akademik Kurulu Kararları

01.02.2022

DAĞITIM YERLERİNE

Gülhane Tıp Fakültesi Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu, 27.01.2022 tarihinde saat 14:00'da Dekan Yardımcısı Prof.Dr. Sedat YILMAZ başkanlığında üyelerin uzaktan dijital ortamda online olarak katılımı ile toplanmıştır. Toplantıda, Dekanlığımızla afiliye olan SUAM'larda görevli 108 (yüz sekiz) uzmanlık öğrencisine ait tez incelenerek değerlendirilmiş olup; tezlerle ilgili Ek'teki kararların alınmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Mehmet Ali GÜLÇELİK
Dekan

Ek:Kurul Kararı

Dağıtım:
Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığına
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı
Başkanlığına
Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanlığına
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Başkanlığına
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Başkanlığına
İç Hastalıkları Bilim Dalı Başkanlığına
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığına
Suatlı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp Anabilim Dalı
Başkanlığına
Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı
Başkanlığına
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık
Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :*BSUB04LLTC* Pin Kodu :91872
Adres:Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Yerleşkesi Enrah Mah. 0618
Etilik/Keçiören/ANKARA
Telefon:0 312 304 61 73 Faks:0 312 304 61 90
Web:http://sbu.edu.tr
Kep Adresi:sbu@hs01.kep.tr

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys>

Bilgi için: Levent YILDIRIM
Unvanı: Uzman



Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

1/2

Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Müdürlüğüne
Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk
Sağlığı ve Hastalıkları Sağlık Uygulama ve
Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Müdürlüğüne
Ankara Gülhane Sağlık Uygulama ve Araştırma
Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Keçiören Sağlık Uygulama ve Araştırma
Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Müdürlüğüne
Ankara Şehir Sağlık Uygulama ve Araştırma
Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Ulucanlar Göz Sağlık Uygulama ve
Araştırma Merkezi Müdürlüğüne

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BSUB04LLTC* Pin Kodu : 91872

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys>

Adres: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Yerleşkesi Emrah Mah. 0618
Etlik/Keçiören/ANKARA
Telefon: 0 312 304 61 73 Faks: 0 312 304 61 90
Web: <http://sbu.edu.tr>
Kep Adresi: sbu@hs01.kep.tr

Bilgi için: Levent YILDIRIM
Unvanı: Uzman



18	Dr.Fatma Mercan TAKAVCI	GTF Acil Tıp AD.Bşk.lığı	Acil servise başvuran COVID-19 tanısı alan hastaların Entegre Pulmoner indeks değerinin hastanın prognozunu öngörmedeki etkisi	Kabul Edildi.
19	Dr. Mustafa ALAKAYA	Ankara Keçiören SUAM	Laparoskopik sleeve gastrektominin total kolesterol trigliserid ve hba 1C düzeyine etkisi	Kabul Edildi.
20	Dr.Muhammed YILMAZ	Ankara Keçiören SUAM	Erişkinlerde sosyal madde bağımlılığı ile uyku kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
21	Dr.Caner ASLAN	Ankara Keçiören SUAM	Evde sigara içme durumu ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
22	Dr.Esra DOĞAN	Ankara Keçiören SUAM	Preoperatif dönemde USG ile ölçülen dil kökü çevresi ölçümü ve dil kökü çevresi/ağız açıklığı oranının zor entübasyon zor ventilasyon ve zor larinkoskopi için prediktif değeri	Kabul Edildi.
23	Dr. Ekin ERGÜN PEHLİVAN	Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji SUAM	Relaps/Refrakter hodking lenfomada PD1 blokeri Nivolumab tedavisinin etkinliğinin retrospektif değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
24	Dr.Şerife Beyza KARASOY BAŞAR	Ankara Şehir SUAM	Onkoloji servisinde izlenen hastaların febril nötropeni ataklarının retrospektif değerlendirilmesi "	Kabul Edildi.
25	Dr.Nihat YIĞIT	Ankara Şehir SUAM	İntertrankterik femur kırıklarında sağlam kaçıdan yapılan tahmini lag vidası boyu ölçümü proksimal femur çivisi(pfn) yetmezliği (cut-out) ve redüksiyonda belirteç olabilir mi?	Kabul Edildi.
26	Dr. Hasan YILMAZ	Ankara Keçiören SUAM	Ebeveynlerin üçüncü sigara dumanı hakkındaki inanışlarının belirlenmesi	Kabul Edildi.
27	Dr. Özge YEŞİLGÜL	GTF Sualtı ve AD. Hekimliği Hiperbarik Bşk.lığı	Su altı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp Kliniğinde Acil Endikasyonlarla Hiperbarik oksijen tedavisi uygulama Pediatrik hastaların değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
28	Dr. Merve TEKINYILDIZ	Ankara Dışkapı Beyazıt SUAM	Acil servis ünitesinde ilk kez hemodiyaliz uygulanan hastaların özelliklerinin ve hastane içi sonuçlarının değerlendirilmesi Tek Merkez Deneyimi	Kabul Edildi.
29	Dr. Nesibe SARIMEHMETOĞLU	Ankara Sağlık SUAM	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerinde Sağlık Okuryazarlığı ve Aşı tereddütü değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
30	Dr. Ferhat KEŞÇİOĞLU	Ankara Sağlık SUAM	Aile Hekimliği Uzmanlık öğrencilerinin Akademik okuryazarlık hakkındaki tutum ve davranışların değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
31	Dr.Hayrettin ÜNAL	Ankara Şehir SUAM	Akromioklavikular Seperasyon Tedavisinde Korakoklavikular Tesbit İle Akromioklavikular ve Korakoklavikular Tesbitin Karşılaştırması	Kabul Edildi.
32	Dr.Keziban Naz YILMAZ	Ankara Şehir SUAM	Demir Eksikliği Anemisi Tedavisinde Ferrik Karboksimaltoz ve Demir Sükrozun Oksidan-Antioksidan Etkisi : Yüksek Demir Yüksek Oksidan Yük mü?	Kabul Edildi.
33	Dr. Büşra BAHADIR	Ankara Şehir SUAM	Çocukluk Çağı Obezitesinde, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), dürtüsel davranışlar ve yeme davranışları : inflamatuvar sitokinler ile ilişkisinin incelenmesi "	Kabul Edildi.
34	Dr.Gülçin SEYHUN	Ankara Şehir SUAM	Çocuk nöroloji polikliniği'ne baş ağrısı şikayeti ile başvuran hastaların etyolojilerinin araştırılması , uyarı işaretlerinin tanınması ve nörogörüntüleme gerekliliği açısından değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
35	Dr. Selin SÜRÜCÜ	Ankara Dışkapı Beyazıt SUAM	Tip II diabetes mellitus hastalarında sosyal tesislerin fiziksel aktiviteye etkisi	Kabul Edildi.
36	Dr. Özkan DERELİ	Ankara Sağlık SUAM	Eğitim Aile Sağlığı Merkezine başvuran hastaların başvuru nedenleri Ankara örneği	Kabul Edildi.

EK-2: ETİK KURUL ONAYI



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ANKARA EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ - T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
17/02/2022 14:43 - E-93471371 - 514.99 - 3145



Sayı : E-93471371-514.99
Konu : E.Kurul – E-22-887- Etik Kurul
Kararı

887 - no'lu çalışma

SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'nden **"Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hastaların Başvuru Nedenleri: Ankara Örneği"** konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliğiyle uygun görülmüştür.

16/02/2022
Prof. Dr. Uğur KOÇER
Etik Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: a1a13843-c2b0-4b7-bb15-78552871a90bf - Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>
SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi - Etik Kurul Birimi, Hacettepe Mah.
Ulucanlar Cad. No:89 Altındag / ANKARA
Telefon: Faks No: 0312 363-33 96
e-Posta: ayse.ozkull1@saglik.gov.tr İnternet Adresi: ayse.ozkull1@saglik.gov.tr

Bilgi için: Ayşe ÖZKUL

TIBBİ SEKRETER

Telefon No: (0 312) 595 31 89



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hastaların Başvuru Nedenleri: Ankara Örneği
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	SBÜ Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Etik Kurul Sekreterliği Sakarya Mah. Ulucanlar Cad.No:89 Altındağ/Ankara
	TELEFON	0312 598 36 00
	FAKS	0312 363-33 96
	E-POSTA	aeahetikkurul06@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. İsmail ARSLAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>		
		Gözlemsel Çalışma	a-	<input checked="" type="checkbox"/>	
		a-)Prospektif Gözlemsel(Olgu Kontrol,Kesitsel)	b-	<input type="checkbox"/>	
b-)Prospektif Çalışma		c-	<input type="checkbox"/>		
c-)Retrospektif Çalışma					
FAZ 1					
FAZ 2		<input type="checkbox"/>			
FAZ 3		<input type="checkbox"/>			
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma	<input type="checkbox"/>				
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	<input type="checkbox"/>				
Diğer ise belirtiniz:					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Uğur KOÇER
İmza!

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hastaların Başvuru Nedenleri: Ankara Örneği							
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		-							
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili					
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>			
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>			
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>			
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>				
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama							
	ŞİGORTA	<input type="checkbox"/>							
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>							
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>							
	İLAN	<input type="checkbox"/>							
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>							
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>							
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ DİĞER:	<input type="checkbox"/>							
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 887/2022	Tarih: 16/02/2022							
	Yukarıda bilgileri verilen SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği'nden Doç. Dr. İsmail ARSLAN tarafından yapılması planlanan ve Dr. Özkan DERELİ' nin Tez çalışması olan "Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hastaların Başvuru Nedenleri: Ankara Örneği" isimli klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.								
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu							
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Uğur KOÇER							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Uğur KOÇER	Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrah	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Burcu DUYUR ÇAKIT	Fizik Tıp ve Rehabilitasyon	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hülya BAŞAR	Anestezi ve Reanimasyon	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hatice ÇELİK	Kulak Burun Boğaz Kliniği, Ağız Yüz ve Çene Cerrahisi	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Güray SOYDAN	Farmakoloji	Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Pelin Seher ÖZTEKİN	Radyoloji	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Yunus Emre BULUT	Halk Sağlığı	Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğr. Grv.Dr. Seyhan DEMİR KARABULUT	Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Uğur KOÇER
İmza:

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hastaların Başvuru Nedenleri: Ankara Örneği						
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		-						
Prof. Dr. Nurten ÜNLÜ	Göz Hastalıkları	S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Rukiye ÜNSAL SAÇ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Aziz Mutlu BARLAS	Genel Cerrahi	S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Av. Muhammed KARABIYIK	Avukat	Ankara Barosu/Serbest Avukat	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Müh. Alperen ORHAN	Biyomedikal Mühendisi	S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Öğr. Mustafa Sıddık ÖZCAN	Öğretmen	Ankara Kız Anadolu İmam- Hatip Lisesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Uğur KOÇER
İmza