

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN 3 YILLIK PROFİLİ*

Nurver Turfaner ERTÜRK, Necdet SÜT, Fikret SİPAHİOĞLU

Background and Design.- 285 randomly selected patients referring to family medicine policlinic back from November 2003 were analyzed in terms of most frequent illnesses and their relation with age and gender. The frequencies and coincidences of illnesses as well as their relation with age and gender were detected in enrolled patients of whom 185 were females and 100 were males by using statistical methods like descriptive study, cluster analysis, correlation and factor analysis

Results.- There was no difference between the mean age of 2 groups. The most frequent disease in both gender was hypertension. In women, anemia, osteoporosis and rheumatic complaints were more common while in men upper respiratory tract infections and venous insufficiency were more frequent. The other diseases displayed a similar distribution in both gender. In women, gastrointestinal problems decreased with age whereas hypertension, osteoporosis, hypercholesterolemia and ischemic heart disease with arrhythmias increased. In men, upper respiratory tract infections declined with aging while hypertension, prosthatic complaints, diabetes and ischemic heart disease with arrhythmias showed an increase. Also, some diseases tended to occur together in both gender.

Conclusion.- In this research, hypertension appeared to be the most common and public health threatening disease in both men and woman

Turfaner Ertürk N, Süt N, Sipahioğlu F. A three years profile of patients referring to family medicine outpatient clinics. Cerrahpaşa J Med 2004; 35: 115-121.

Aile Hekimliği ülkemizde 1987 yılından itibaren önce devlet hastanelerinde, daha sonra sigorta hastanelerinde ve üniversite hastanelerinde kurulan anabilim dallarında eğitim vermeye devam eden bir disiplindir. Aile Hekimliği asistanlık sürecinde 9 ay dahiliye, 9 ay çocuk hastalıkları, 8 ay kadın hastalıkları ve doğum, 6 ay cerrahi, 4 ay psikiyatri kliniklerinde rotasyonlar yapılmakta ve rotasyon yapılan anabilim dallarından birinden uzmanlık tezi hazırlanarak ihtisas bitirilmektedir. Aile Hekimliği Anabilim Dalları 1995'ten beri 2. Ulusal Sağlık Kongresi kararına uygun olarak YÖK tarafından onaylanmıştır. Şu anda 13 Üniversitenin Tıp Fakültelerinde Aile Hekimliği Anabilim Dalları kurulmuş, 1 profesör, 2 doçent ve 10 yardımcı doçent ile akademik kadrolar oluşmaktadır. 1993'den beri yaklaşık 2 yılda bir ulusal kongreler düzenlenmektedir. Yine 2 yılda bir üniversitelerdeki anabilim dalları tarafından Aile Hekimliği günleri organize edil-

mektedir. Avrupa Aile Hekimleri Kongresi ve Asya-Pasifik Kongresi her yıl, Uluslararası Aile Hekimliği Kongresi ise 3 yılda bir düzenlenmektedir.

Türkiye Aile Hekimleri Derneği 1990'dan itibaren çeşitli sosyal ve bilimsel aktiviteler ile Aile Hekimliğinin gelişiminde ve tanıtılmasında önemli rol oynamaktadır.

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde Kasım 2000'den beri hizmet veren Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda 2 aile hekimliği uzmanı, 1 rotasyonda asistan, 2 uzman hemşire, 2 sekreter ve 1 personel bulunmaktadır. Polikliniğimiz aynı zamanda Check-up ünitesi olarak hizmet vermektedir. Yine üniversitenin sağlık iletişim bürosu görevi ile üniversitemiz elemanlarına sağlık ve randevu hizmeti verilmekte ve hastane personelinin sağlık sorunları da polikliniğin kapasitesi ölçüsünde giderilmeye çalışılmaktadır.

***Anahtar Kelimeler:** Aile hekimliği, hasta profili; **Key Words:** Family medicine, patient profile; **Alındığı Tarih:** 6 Ekim 2004; Uz. Dr. Nurver Turfaner Ertürk: İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul; M.Sc. Necdet SÜT: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Temel Tıp Bilimleri, Biyoistatistik Bilim Dalı, İstanbul; Prof. Dr. Fikret Sipahioğlu: İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul; **Yazışma Adresi (Address):** Uz. Dr. Nurver Turfaner Ertürk, 8. Kısım A-23 Blok A/53 34750, Ataköy, İstanbul

Klinikte 1 laboratuvar, EKG aleti, 1 civalı sabit tansiyon aleti, glukometre, 2 adet ambulatuvar tansiyon ölçüm aleti ve 1 adet yağ ölçüm cihazı vardır. Şu ana kadar polikliniğimizde osteoporoz ve hipertansiyonla ilgili iki majör araştırma yapılmıştır. Yine beyaz önlük hipertansiyonu ve uç organ hasarı ile ilgili klinikler arası bir araştırmada görev alınmıştır.

Bu araştırmamızda Kasım 2003'den geriye doğru rastgele seçimle 285 hasta değerlendirilerek en sık görülen hastalıkların cins ve yaşla ilgisi ve birliktelikleri araştırıldı.

YÖNTEM VE GEREÇLER

İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran hastalar arasından kuruluşun Kasım 2003'e kadar muayene edilmiş ve kaydı tutulabilmiş 185 kadın, 100 erkek hasta, hastalık türlerine ve yaş gruplarına göre sınıflandırılarak, her iki cinsten en sık rastlanılan hastalıklar, birlikte görülme durumları ve en sık görüldükleri yaş aralıkları tanımlayıcı yöntemler, kluster testi, korelasyon analizi ve faktör analizi kullanılarak değerlendirildi.

BULGULAR

Kayıtlı hastaların %65'i kadın %35'i erkekti. Kadın hastaların yaş ortalaması 49.44±15.08 yıl (min: 13-max: 89), erkek hastaların yaş ortalaması ise 48.66±16.22 yıl (min: 11-max: 81) idi. Kadın ve erkekler arasında görülme sıklığı aynı idi (p>0.05).

Hipertansiyon her iki cinsten de en sık karşılaşılan hastalıktı ve her iki cinsten de aynı yaşlarda sıklığı artıyordu (46 ve 66 yaşlarında) (K: %42.2, E: %55) (p=0.031).

Kadınlarda en sık rastlanılan ikinci hastalık osteoporoz, erkeklerde onikinci sıradaydı ve kadınlarda 52-66, erkeklerde 40-69 yaşları arasında en sık görülüyordu (K: %24.3, E: %4) (p<0.001).

Gastrointestinal sistem hastalıkları kadınlarda üçüncü sırada, erkeklerde ikinci sıradaydı ve yine aynı yaşlarda sıklığı artıyordu (32 ve 57. yaşlarda) (K: %21.1, E: %19) (p>0.05).

Erkeklerde üçüncü sırada görülen üst solunum yolu enfeksiyonları kadınlarda yedinci sırada idi ve her iki cinsten de 30-50 yaşları arasında artıyordu (K: %11.9, E: %19) (p>0.05). Anemi kadınlarda dördüncü sırada görülürken, erkeklerde sekizinci sırada idi ve kadınlarda 38 ve 62 yaşlar civarında görülürken erkeklerde 70 ile 33 yaşlarında kümeleniyordu (K: %17.3, E: %8) (p=0.041).

Erkeklerde dördüncü sırayı prostat hipertrofi alıyordu (%17, 54-68 yaşlar). Kronik obstrüktif akciğer hastalıkları her iki cinsten de beşinci sıradaydı (K: %15.1, E: %14) (p>0.05). En sık görüldükleri yaşlar kadınlarda 41-67, erkeklerde 75 ve 39. yaşlardı. Kadınlarda yine beşinci sırada görülen romatizmal şikayetlere erkeklerde dokuzuncu sırada rastlanılıyordu ve kadınlarda 58. ve 36. yaşlarda, erkeklerde 68. ve 42. yaşlarda en sık görülüyordu (K: %15.1, E: %7) (p=0.022).

İskemik kalp hastalıkları ve aritmiler her iki cinsten de altıncı sıraya yerleşiyordu. Kadınlarda en sık 70. ve 46. yaşlarda, erkeklerde ise en sık 68. ve 30. yaşlarda görülebiliyordu (K: %13, E: %11) (p>0.05). Erkeklerde yedinci sırada görülen hiperkolesterolemi, kadınlarda yaklaşık aynı sıklıkta ancak dokuzuncu sırada yer alıyordu ve kadınlarda 50-70, erkeklerde 46-65 yaşlarında kümeleniyordu (K: %10, E: %10.8) (p>0.05).

Kadınlarda sekizinci sırada üriner sistem enfeksiyonları ve enkontinans ile ilgili yakınmalar vardı. Bu yakınmalar erkeklerde onikinci sırada idi. (K: %11.4, E: %4) (p=0.032). Erkeklerde sekizinci sırada ve 43-66 yaşlarında görülen tiroid hastalıkları kadınlarda onuncu sırada, 40 ve 60 yaşlarında görülüyordu (K: %8.6, E: %8) (p>0.05). Depresyona erkeklerde yine sekizinci sırada ve 30 ve 69 yaşlarında, kadınlarda ise onbirinci sırada 40-70 yaşlarında rastlanılıyordu (K: %7.6, E: %8) (p<0.05).

Diyabet ve obezite erkeklerde eşit sıklıkta, dokuzuncu sırada ve sırasıyla 66-45 ile 53-72 yaşlarında sık yer alırken, kadınlarda diyabet onikinci sırada 52-78 yaşlarında (K: %6.5, E: %7) (p>0.05) menapoz şikayetleri (44-78 yaşlar) ile aynı sıklıkta görülüyor, obezite ise onüçüncü sırada ve 34-60 yaşlar civarında (K: %

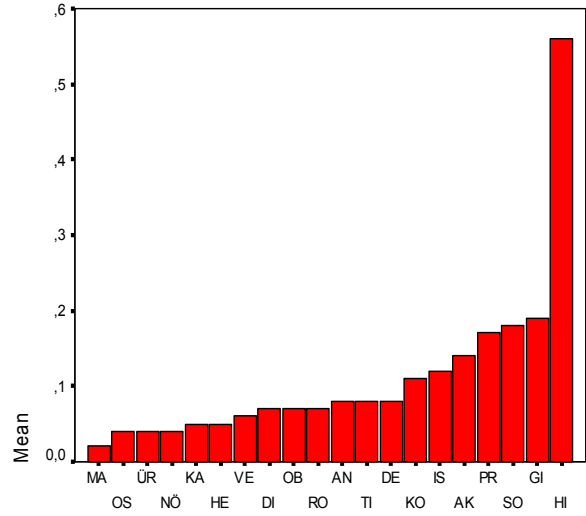
5.9, E: %7) ($p>0.05$) fibrokistik meme (38-56 yaşlar) ile aynı sıklıkta görülüyordu. Erkeklerde onuncu sırada venöz yetersizlik (varis) vardı (%6) ve 49-57 yaşlarda görülüyordu, kadınlarda ise onbeşinci sırada idi ve %2.7 sıklıkta, 47-72 yaşlarda görülüyordu ($p>0.05$). Karaciğer ve safra kesesi rahatsızlıklarına erkeklerde onbirinci sırada 50-45 yaşlarda, kadınlarda onuncu sırada 43-67 yaşlarında rastlanılıyordu (K: %8.6, E: %5) ($p=0.005$). Katarakt erkeklerde en sık 76 sonra 60 yaşlarında aynı sıklıkta (%5) görülüyordu. Nörolojik olaylar kadınlarda onördüncü sırada, erkeklerde de onikinci sırada, kadınlarda en sık sırası ile 49-23 yaşlarında, erkeklerde 23-63 yaşlarında görülüyordu (K: %4.9, E: %4) ($p>0.05$).

Malign olaylar her iki cinste de aile hekimliği polikliniğine en az başvurma nedeni idi (K: %1.1, E: %2, K: 37-65 yaşlar, E: 60-70 yaşlar) ($p>0.05$).

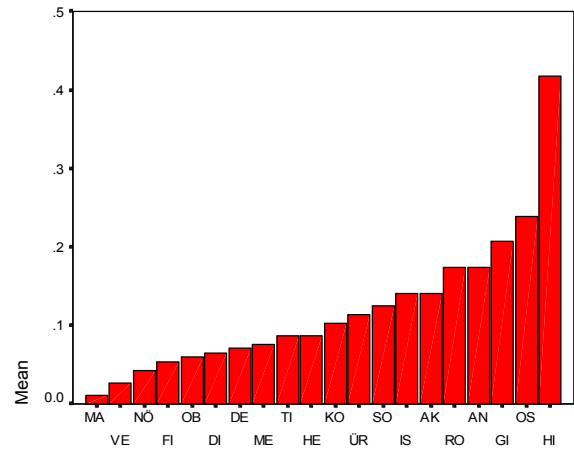
Kadın ve erkeklerde hastalıkların sıralanması Tablo 1'de, görülme oranları ise Şekil 1 ve 2'de gösterilmiştir. Bu verileri elde etmek için descriptif yöntem ve yaş aralıklarını belirlemede ise kluster testi kullanıldı.

Erkeklerde en çok hipertansiyon, prostat hipertrofisi, diyabet ve kalp rahatsızlıklarının bir arada görüldüğü ve bunların varlığında üst solunum yolu hastalıklarına daha az rastlandığı, ikinci olarak obezite, gastrointestinal sistem rahatsızlıkları, varis ve kataraktın bir arada sık görüldüğü, üçüncü sıklıkta ise, osteoporoz ve nörolojik olayların bir arada bulunma eğilimi gösterdiği saptandı. Bir arada bulunan hastalıklar, toplam olguların %64'ünü açıklıyordu.

Kadınlarda ise hipertansiyon ile kalp rahatsızlıkları, menapoz şikayetleri ile diyabet, anemi ile osteoporoz, obezite ile üriner enfeksiyon ve enkontinans yakınmaları bir arada daha sık görülüyordu, fibrokistik meme hastalığı kadınlarda genç yaşta görülüyordu. Yine depresyonda artışın, kolesterolde düşmeyle birlikte olduğu görüldü. Romatolojik yakınmalar (en sık artroz) ise venöz yetersizlikle(varislerle) doğru orantılı olarak artmaktaydı. Bir arada görülen hastalıklar olguların %63'ünü açıklamaktaydı. Bunları değerlendirirken istatistik yöntemlerden faktör analizi kullanıldı.



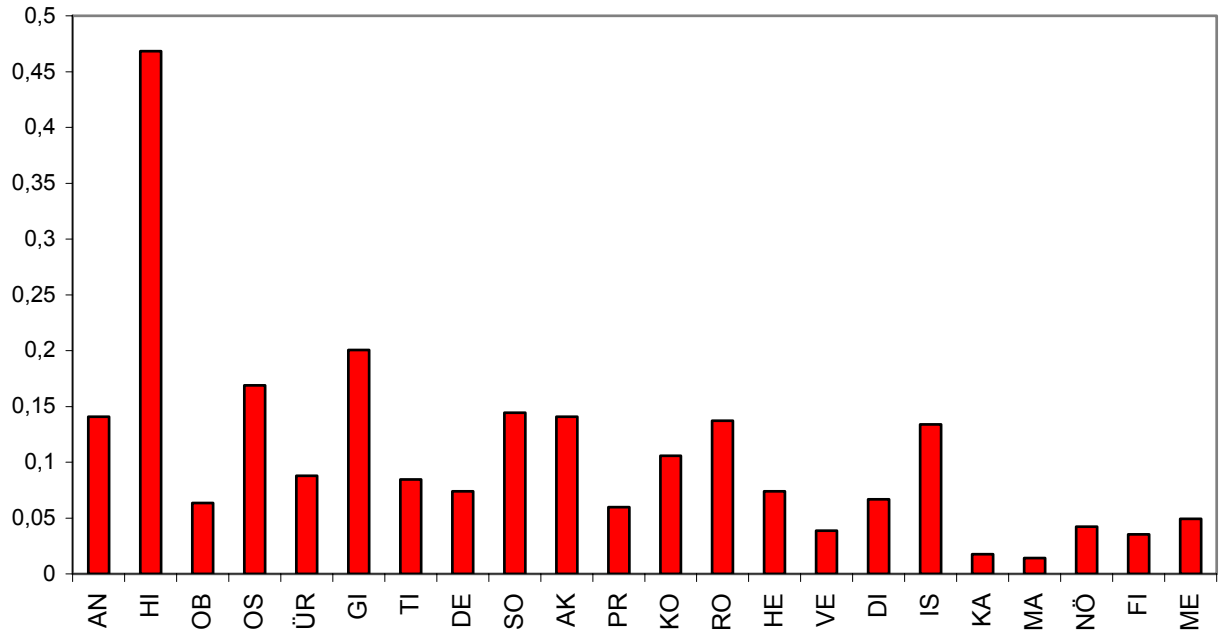
Şekil 1: Erkeklerde hastalıkların dağılımı (MA: Malignite; KO: Hiperkolesterolemi; VE: Venöz Yetersizlik; ÜR: Genitoüriner hastalıklar, enkontinans; NÖ: Nörolojik olaylar; SO: Üst solunum yolu enfeksiyonları; İS: İskemik kalp hastalıkları, aritmiler; OB: Obezite; Dİ: Diabet; RO: Romatizmal sorunlar; DE: Depresyon; AN: Anemi; GI: Gastrointestinal şikayetler; AK: Obstruktif Akciğer has., pnömoni; Tİ: Tiroid has.; OS: Osteoporoz; HE: Hepatobilyer hastalıklar; HI: Hipertansiyon; KA: Katarakt; PR: Prostat hastalıkları).



Şekil 2: Kadınlarda hastalıkların dağılımı (MA: Malignite; KO: Hiperkolesterolemi; VE: Venöz Yetersizlik; ÜR: Genitoüriner hastalıklar, enkontinans; NÖ: Nörolojik olaylar; SO: Üst solunum yolu enfeksiyonları; İS: İskemik kalp hastalıkları, aritmiler; OB: Obezite; Dİ: Diabet; RO: Romatizmal sorunlar; DE: Depresyon; AN: Anemi; GI: Gastrointestinal şikayetler; AK: Obstruktif Akciğer has., pnömoni; Tİ: Tiroid has.; OS: Osteoporoz; HE: Hepatobilyer hastalıklar; HI: Hipertansiyon; Fİ: Fibrokistik hastalık; ME: Menapoz).

Tablo 1. Cinslere göre hastalıkların sıralanması

	Kadın	Erkek
1	Hipertansiyon	Hipertansiyon
2	Osteoporoz	Gastrointestinal sistem hst.
3	Gastrointestinal sistem hst.	Üst solunum yolu enf.
4	Anemi	Prostat hastalıkları
5	KOAH + Romatizmal hst.	KOAH
6	İskemik kalp hst.+ aritmi	İskemik kalp hst.+ aritmi
7	Üst solunum yolu enf.	Hiperkolesterolemi
8	Üriner Enf.+Enkontinans	Depresyon + Tiroid hst. + Anemi
9	Hiperkolesterolemi	Diyabet + Obezite
10	Tiroid hst.+Karaciğer-safra	Venöz Yetersizlik
11	Depresyon	Karaciğer-safra + Katarakt
12	Diyabet + Menapoz	Osteoporoz + Nörolojik hst. + Üriner Enf.
13	Obezite + Fibrokistik hst.	Malignite
14	Nörolojik hst.	
15	Venöz Yetersizlik	
16	Malignite	



Şekil 3: Tüm hastalarda hastalıkların dağılımı (MA: Malignite; KO: Hiperkolesterolemi; VE: Venöz Yetersizlik; ÜR: Genitoüriner hastalıklar, enkontinans; NÖ: Nörolojik olaylar; SO: Üst solunum yolu enfeksiyonları; IS: İskemik kalp hastalıkları, aritmiler; OB: Obezite; Dİ: Diabet; RO: Romatizmal sorunlar; DE: Depresyon; AN: Anemi; GI: Gastrointestinal şikayetler; AK: Obstruktif Akciğer has., pnömoni; Tİ: Tiroid has.; OS: Osteoporoz; HE: Hepatobilier hastalıklar; HI: Hipertansiyon; Fİ: Fibrokistik hastalık; ME: Menapoz; KA: Katarakt; PR: Prostat hastalıkları)

Tablo II. Hastalıkların yaş aralıklarına göre % oranları

YAŞ	AN	HI	OB	OS	ÜR	GI	Tİ	DE	SO	AK	İS
<=35	19.6	12.5	7.1	0	8.9	23.2	3.6	10.7	25	14.3	3.6
>35<=65	13.3	50.3	6.1	20.4	9.4	20.4	9.9	6.1	14.4	12.2	9.4
>65	10.6	74.5	6.4	23.4	6.4	14.9	8.5	8.5	2.1	21.3	40.4

YAŞ	PR	KO	RO	HE	VE	Dİ	KA	MA	NÖ	Fİ	ME
<=35	0	0	10.7	1.8	0	0	0	0	7.1	1.8	1.8
>35<=65	6.6	13.8	14.4	7.7	5.0	7.2	0.6	1.7	3.9	5.0	6.1
>65	10.6	10.6	14.9	12.8	4.3	12.8	8.5	2.1	2.1	0	4.3

Tüm hasta popülasyonunda hastalıkların dağılımı şekil 3'te gösterilmiştir.

Kadınlarda, hipertansiyon ve yaş arasında doğru orantılı bir ilişki ($p<0.001$, $r=0.340$), depresyon ve yaş arasında yine doğru orantılı bir ilişki ($p<0.001$, $r=0.344$) görülürken, gastrointestinal şikayetler yaşla ters orantılı olarak azalıyordu ($p<0.01$, $r=-0.221$).

Erkeklerde ise hipertansiyon, prostat şikayetleri, diyabet ve kalp hastalıklarının yaşla beraber artış gösterdiği saptandı ($p<0.001$). Üst solunum yolu enfeksiyonları ise yaşla ters orantılı olarak azalıyordu ($p<0.01$). Bu sonuçlara korelasyon analizi kullanılarak ulaşıldı.

Yaşlara göre hastalıkların % oranları tablo 2'de gösterilmiştir.

TARTIŞMA

Daha önce İngiltere'de Aile Hekimliği polikliniğine sık başvuran hastaların genel değerlendirmesini yapan bir çalışmada hastaların % 86'sının kadın olduğu belirtilmiştir. Bizim araştırmamızda kadın hastalar toplamın %65'ini oluşturmaktadır.¹

Yine Porto-Rico'da yapılan ancak yaş ortalaması 38 olan genç bir toplumda yapılan bir çalışmada hastaların çoğunluğunun kadın olduğu saptanmıştır. Bu merkezde de en sık karşılaşılan hastalık hipertansiyon, daha sonra diyabet ve romatizmal hastalıklardır. Çocuk ve adole-

sanlarda romatizmal hastalıkların yerini respiratuar sorunlar almaktadır.²

Bizim çalışmamızda da her iki cinste de birinci sırada hipertansiyon, daha sonra gastrointestinal sistem hastalıkları, üst solunum yolu enfeksiyonları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ile iskemik kalp hastalıkları ve aritmiler en sık rastlanılan hastalıklardır.^{3,4} Hipertansiyon ile kalp hastalıklarının beraberliği ve hipertansiyonun yaşla artması da literatürle uyumludur.⁵ Hollanda'da 60 yaşın üstünde 1002 hastada kardiyovasküler risk faktörlerini belirlemek için yapılan bir çalışmada %25 oranında Diyabet Mellitus, hiperkolesterolemi, hipertansiyon gibi kardiyovasküler risk faktörleri bulunmuştur.⁶

Bu çalışmada hastalıkların bazıları kadınlar ve erkekler arasında sıklık açısından fark göstermezken bazılarında bir cinste daha sık rastlanabilmektedir. Hipertansiyon kadın ve erkeklerde aynı sırada görülmesine karşın, erkeklerde daha sıktır ($p=0.031$). Yine anemi kadınlarda dördüncü sırada ve daha genç yaşlarda görülürken, erkeklerde sekizinci sırada yer almaktadır ($p=0.041$). Bunun nedeni, kadınların doğumlarla ve menstruasyonla pre-menapozal dönemde daha çok kan kaybetmeleri olabilir.

Osteoporozun kadınlarda ikinci sırada, erkeklerde ise onikinci sırada görülmesi kadınların menopoz sonrası östrojen hormonu seviyesinde ani düşme ile zaten hafif olan kemik

kütlesinin azalmasına bağlıdır ($p<0.001$). Erkeklerde yüksek olan testosteron düzeyleri önemli bir sistemik hastalık veya gonadal yetersizlik olmadığı sürece kemik kütlesinin yeterliliğini sağlar.^{7,8} Romatizmal şikayetler kadınlarda daha sık olarak beşinci sırada görülürken, erkeklerde dokuzuncu sırada görülmektedir ($p=0.022$). Bu da yine kadınların kemik yapılarının daha zayıf olması ve ev işleri sırasında yapılan yanlış hareketler ve genel olarak erkeklere göre daha az hareketli olmaları sonucu olabilir. Yine kadınlarda somatizasyon sonucu ağrı yakınması ön plandadır.^{1,8,9} Daha önce Amerika'da yapılan bir çalışma anksiyete ve depresyonun özellikle kadınlarda ağrı algılamasında artma, kendi sağlığını algılamada azalma ve yetersizlik duygusu olarak ortaya çıktığını göstermiştir.¹⁰ Kadınlarda sekizinci sırada yer alan üriner sistem şikayetleri ve enkontinansın erkeklerde onikinci sırada yer alması da yine kadınların sık doğumları ve anatomik özellikleri nedeni ile olabilir ($p=0.032$). Karaciğer ve safra kesesi hastalıklarına erkeklerde daha sık rastlanmıştır ($p=0.005$). Bu da alkol kullanımı ile ilgili olabilir.¹¹⁻¹³ Prostat şikayetlerinin erkeklere özgü olduğu dışında katarakta da kadınlarda rastlanmamıştır. Kadınlarda fibrokistik meme ayrı ele alınmıştır.¹⁴ Bunların dışındaki hastalıklar her iki cinsten yaklaşıp aynı sıklıklarda ve aynı sıralarda görülmektedir.^{1,13}

Kadınlarda depresyonda artışın kolesterolde düşme ile beraber görülmesi daha önceki çalışmalarını doğrulayan bir bulgudur.¹⁵ Depresyonun yaşla beraber artışı da literatürle uyumlu bir bulgudur.^{12,16} Tip 2 Diyabetin kadınlarda görülme yaşının menapoz yaşı ile örtüştüğü bilindiğinden bu ikisinin birlikteliği anlamlıdır.¹⁷ Romatizmal şikayetler ile venöz yetersizlik birlikteliği iş ve ev yaşamının elverişsiz koşullarını, bilinçsiz postür, ayakta kalma ve genetik yatkınlığı yansıtmaktadır. Gastrointestinal şikayetlerin yaşla beraber azalması, çalışan genç kadınların iş stresi, sigara kullanımı ve düzensiz yeme alışkanlıklarından kaynaklanabilir. Daha önce yapılan çalışmalar depresyonun gastrointestinal rahatsızlık, kronik yorgunluk ve açıklanamayan uzamış medikal hastalık öyküsü ile birlikte olduğunu bildirmiştir.^{12,18,19}

Erkeklerde ise belli bir yaşın üstünde rastlanılan prostatizm, kalp hastalıkları ve diyabetin birlikte görülmesi anlamlı iken, bu hastalarda evde daha çok zaman geçirmeleri nedeni ile üst solunum yolu hastalıklarına daha az rastlanması akla yakındır. Yine erkeklerde hipertansiyonun inme gibi nörolojik olaylarla birlikteliği literatür tarafından desteklenmektedir.^{1,3,20,21}

Bu çalışmada Türk toplumunda hipertansiyon kadınlarda ve erkeklerde toplum sağlığını tehdit eden ve başta iskemik kalp hastalığı ve inme olmak üzere önlenebilir komplikasyonlara yol açan bir hastalık olarak öne çıkmaktadır.^{22,23}

ÖZET

Kasım 2003'den geriye doğru Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran hastalar arasından rastlantısal yöntemle seçilen 285 hasta incelenerek en sık karşılaşılan hastalıklar ile bunların cinsiyet ve yaşla ilgileri araştırıldı. Polikliniğe kayıtlı 185 kadın, 100 erkek hastada cinsiyete göre en sık karşılaşılan hastalıklar, birlikte görülme durumları ve yaşla ilgileri tanımlayıcı yöntemler, cluster analizi, korelasyon ve faktör analizi yöntemleri kullanılarak araştırıldı. İki grubun yaş ortalaması arasında fark yoktu. Her iki cinsten de en sık karşılaşılan hastalık hipertansiyondu. Kadınlarda anemi, osteoporoz, romatizmal sorunlar daha fazla görülürken, erkeklerde venöz yetersizlik (varis) ve üst solunum yolu enfeksiyonları daha sıklıkla görüldü. Diğer hastalıklar her iki cinsten benzer dağılım gösteriyordu. Kadınlarda yaşla beraber gastrointestinal şikayetler azalırken, hipertansiyon, osteoporoz, hiperkolesterolemi ve iskemik kalp hastalıkları ile aritmi sıklığı artıyordu. Erkeklerde ise üst solunum yolu enfeksiyonları yaşla düşüş gösterirken hipertansiyon, prostat hastalıkları, diyabet ve iskemik kalp hastalıkları ile aritmi artıyordu. Yine her iki cinsten de bazı hastalıkların bir arada bulunma eğilimi gösterdiği saptandı.

Araştırmamızda hipertansiyon her iki cinsten de en sık görülen ve toplum sağlığını tehdit eden hastalık olarak öne çıkmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Heywood PL, Blackie GC, Cameron IH, Dowell AC. An assesment of the attributes of frequent attenders to general practice. *Fam Pract.* 1998; 15: 198-204.
2. Moscoso MR, Suarez RA, Velez M, Rodriguez-Figueroa L, Mercado Rebollo JA. Profile of a population using a primary health care center in Rico. *Bol Asoc Med PR.* 1997; 89: 117-9.
3. Bello N, Mosca L. Epidemiology of coronary heart disease in women. *Prog Cardiovasc Dis.* 2004; 46: 287-95.
4. Koh KT. The Family doctor's role in the care of the elderly. *Singapore Med J.* 1994; 35: 290-3.
5. No authors listed. Screening for presence of deficiency, toxicity and disease. *Nutr Clin Care.* 2003; 6: 120-2.
6. Van den Berg PJ, van Dalsen CL, de Rooji RA, Prins A, Hoes AW. Cardiovascular health check in the elderly in one general practice: does it offer new information and lead to interventions? *Fam Pract.* 1999; 16: 389-94.
7. Perez-Edo L, Ciria Recasens M, Castelo-Branco C, et al. Management of osteoporosis in general practice: a cross-sectional survey of primary care practitioners in Spain. *Osteoporosis Int.* 2004; 15: 252-7.
8. Ungan M, Tumer M. Turkish women's knowledge of osteoporosis. *Fam Pract.* 2001; 18: 199-203.
9. Wu LR, Parkerson GR Jr, Doraiswamy PM. Health perception, pain, and disability as correlates of anxiety and depression symptoms in primary care patients. *J Am Board Fam Pract.* 2002; 15: 183-90.
10. De Wester JN. Recognizing and treating the patient with somatic manifestations of depression. *J Fam Pract.* 1996; 3(6 Suppl): S3-15.
11. Robinson BE, Gjerdingen DK, Houge DR. Obesity: a move from traditional to more patient-oriented management. *J Am Board Fam Pract.* 1995; 8: 99-108.
12. Stewart LC, Gehringer GR, Byars VG Jr. Patient problems in the office practice of Six family physicians in Louisiana. *J Fam Pract.* 1977; 5: 103-7.
13. Sempowski IP, Brison RJ. Dealing with Office emergencies. Stepwise approach for family physicians. *Can Fam Physician.* 2002; 48: 1464-72
14. Robling M, Matthews SJ, Hood K., et al. The development of a new site-specific measure of quality of life for breast problems: the Cardiff breast scales. *Qual Life Res.* 2002; 11: 339-48.
15. Atmaca M, Kuloğlu M, Tezcan E, Üstündağ B. Serum leptin and cholesterol levels in patients with bipolar disorder. *Neuropsychology.* 2002; 46: 176-9.
16. Colin A, Reggers J, Castronovo V, Anseau M. Lipids,depression and suicide. *Encephale.* 2003; 29: 49-58.
17. Van Loon H, Deturck L, Buntinx F, et al. Quality of life and effectiveness of diabetes care in three different settings in Leuven. *Fam Pract.* 2000; 17: 167-72.
18. Stumbo D, Good MJ, Good BJ. Diagnostic profile of a family practice clinic: patients with psychosocial diagnoses. *J Fam Pract.* 1982; 14: 281-5.
19. Keeley R, Smith M, Miller J. Somatoform symptoms and treatment nonadherence in depressive family medicine outpatients. *Arch Fam Med.* 2000; 9: 46-54.
20. Schwandt P. Primary coronary heart disease prevention in general practice: How does one recognize and define a risk patient? *MMW Fortschr Med.* 1999; 141: 26-8.
21. Hoyos MD. The age-sex register in Barbadian family practice. *West Indian Med J.* 1982; 31: 181-4.
22. Tomlin A, Martin I. Registered and unregistered patients in general practice: implications for primary health organizations. *N Z Med J.* 2003; 116: U684.
23. Rosenblatt RA, Schneeweiss R. Growth and maturation of a model family practice: a five-year prospective study. *J Fam Pract.* 1981; 12: 511-7.