



DÜZCE İL MERKEZİNDEKİ BİR AİLE SAĞLIK MERKEZİNE
BAVURAN HASTALARIN DEMOGRAFİK BULGULARI
BAVURUDAKİ SEMPTOMLARININ İNCELENMESİ:
PRELİMİNER ÇALIŞMA

Investigation of Demographic Features and Symptoms at
Admission of Patients whose Apply to a Family Health Center in
City Center of Düzce: Preliminary Study

¹ Smail Hamdi KARA

² Yasemin TÜRKER

¹ Leziz HAKAN

¹ Davut BALTACI

³ Bünyamin D K C

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı, Düzce İl Merkezi'ndeki bir aile sağlığı merkezine (ASM) başvuran hastaların demografik bilgileri ile başvurudaki semptomlarının incelenmesi ve çalışmanın sonucunda aile hekimliği uzmanlığı eğitiminde önem verilmesi gereken, sık görülen semptomların belirlenmesidir.

Yöntem: Kesitsel ve tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışmada, kayıtlara dayalı retrospektif bir çalışmadır. Düzce İl Merkezi'ndeki bir ASM'ye başvuran hastaların dosyalarındaki demografik bilgileri (yaş, cins, medeni durum, çocuk sahibi olup-olmadıkları, sigortalılık durumu, hangi kurumdan sigortalı oldukları), sigara içme durumu, başvurudaki ilk 5 semptom yada bulguları, kronik hastalık ve ilaç yazdırma durumu incelendi. Araştırmanın istatistiksel analizleri SPSS 11.5 paket programı kullanılarak yapıldı.

Bulgular: 1-31 Aralık 2013 dönemi boyunca Düzce İl Merkezi'ndeki bir ASM'ye başvuran toplam 330 ardışık başvuru incelenmiştir. Hastaların 176'sı (%53,3) kadın, 154'ü (%46,7) erkek olup; kadınların %8,5'i, erkeklerin ise %27,3'ü, toplam %17,3 hasta sigara içmektedir. ASM'ye en fazla 45-65 yaş arası erişkinler ile 18-44 yaş genç erişkinler başvurmuştur. Hastaların çoğunluğunu ilaç yazdırmak için başvuru (155 olgu %47,0). Hastaların 94'ünde hipertansiyon (HT) (%28,5), 39'unda (%11,8) diabetes mellitus (DM), 12'sinde (%3,6) hiperlipidemi, 7'sinde (%2,1) ise romatolojik hastalık bulunmaktaydı. Hastaların tüm semptomları incelendiğinde en sık belirtilen ilk beş semptom sırasıyla; boğaz ağrısı, öksürük, ateş, halsizlik ve baş ağrısı idi.

Sonuç: Sağlıkta dönüşüm sonrası, birinci basamak hasta profili ve başvuru nedenlerinde, öncesine göre farklılıklar olduğu görülmüştür. Bu kapsamda, aile hekimliği mezuniyet öncesi ve sonrası uygulama eğitiminde birinci basamakta sık karşılaşılan semptom ve hastalıklara yaklaşımlar konusunda güncelleme hedefleri belirlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak sağlık hizmetleri, semptom, aile hekimliği.

ABSTRACT

Aim: The aim of present study is investigating that demographic features and symptoms of patients at admission to a family health center (FHC) in city center of Düzce and is determining that important of the most common symptoms for training of family medicine specialty.

Method: This cross-sectional and descriptive study is depending on medical data. In present study, it was investigated that demographic features (age, gender, marital status, have or have not children, social insurance status and insurance type) smoking status, most common first five symptoms or findings at admission of patients, chronic disease and status of medical drug prescription in a FHC in city center of Düzce.

Results: Total 330 consecutive patients who are applied to a FHC in city center of Düzce were investigated during 1-31 December 2013. While 176 of (53,3%) patients were female and 154 of patients (46,7%) were male; 8,5% of females and 27,3%, of males, totally 17,3% of patients were current smoker. Most common applicant to FHC are 45-65 aged adults and 18-44 aged young adults. Most of patients were applied for prescribing their medicine (155 cases %47,0). Of the patients, 94 cases (28,5%) had hypertension, 39 cases (11,8%) diabetes mellitus, 12 cases (3,6%) had hyperlipidemia and seven cases (2,1%) had rheumatologic disease, consecutively. When were symptoms of patients examined, the most frequent five symptoms were as: sore throat, cough, fever, fatigue and headache, consecutively.

Conclusion: Herein, it was showed that there are differences between in the current status of primary care patients and the causes of application to healthcare settings after Turkish Healthcare Reform and conditions during previous health care providing. Therefore, it would be currently determined of the educative aims on the approach to the most frequent symptoms and diseases in the graduate and postgraduate training of family medicine specialty.

Key words: Primary Healthcare, Symptom, Family Medicine

¹ Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Aile Hekimliği AD, Düzce.

² Düzce Merkez 3 no.lu ASM,
Düzce.

² Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
AD, Düzce.

Submitted/Başvuru tarihi:

04.01.2016

Accepted/Kabul tarihi:

11.01.2016

Registration/Kayıt no:

16.01.430

**Corresponding Address /
Yazışma Adresi:**

Smail Hamdi KARA

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Aile Hekimliği AD. 81620
Konuralp-Düzce

E-posta: ihkara13@hotmail.com

© 2012 Düzce Medical Journal
e-ISSN 1307- 671X
www.tipdergi.duzce.edu.tr
duzcetipdergisi@duzce.edu.tr

G R

Ülkemizde kamu sağlık hizmetlerinin sunumu; birinci basamak sağlık kuruluşları, ikinci basamak sağlık kuruluşları (devlet hastaneleri), üçüncü basamak sağlık kuruluşları (Sağlık Bakanlığı'na ve üniversitelere bağlı hastaneler) tarafından yapılmaktadır. Özel sektöre ait sağlık kuruluşlarının da her 3 basamakta sağlık hizmetleri sunumu bulunmaktadır (1).

Birinci basamak aile hekimliği uygulaması, aile hekimliği eğitim ve uygulama biriminde ya da diğer birinci basamak sağlık hizmeti ortamlarında (aile sağlığı merkezi: ASM) yapılabilir. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin en az üçte birinin ve olanaklar uygun ise en az yarısının "birinci basamak sağlık birimlerinde" gerçekleştirilmesi gerektirir, bu nedenle EURACT (European Academy of Teachers in General Practice) olmak üzere Avrupa'daki konuyla ilgili ulusal ve uluslararası birçok örgütlenme tarafından benimsenen bir ilkedir (2,3). Toplumun gelecekteki sağlığını belirleyecek olan koruyucu, tedavi edici ve esenlendirici hizmetlerin sağlığı geliştirmeye olan katkılarının açıklanması ve ortaya konması gerekir. Birinci basamak sağlık hizmetinin başarısını "faaliyet" bileşeninin içerdiği 4 ana özelliği ölçerek değerlendirmek mümkündür. Bu özellikler; 1-ilk başvuru hizmeti (first contact care), 2-iki odaklı süreklilik (continuity), 3-kapsayıcılık (comprehensiveness) ve 4-eğitilmiş (coordination) (1,4).

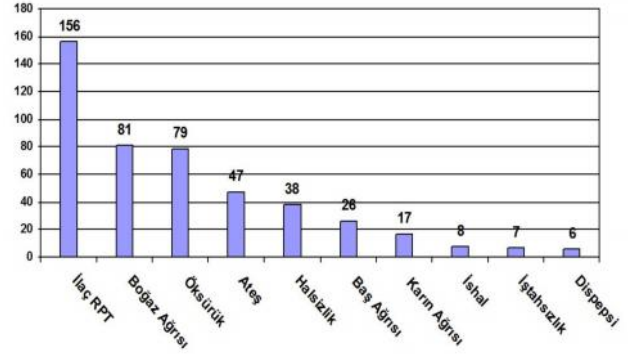
Bugün dünyanın birçok ülkesinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi programının süresi ve içeriği ile ilgili araştırmalar ve tartışmalar yapılmaktadır. 1966'da yayınlanan Willard Raporu'nda, aile hekimliği eğitim programı için öneriler bulunmaktadır. Türkiye'de ise 1983 yılında, aile hekimliğinin Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde yer almasını takiben, 1993 tarihinde Yüksek Öğrenim Kurulu 12547 sayılı kararı ile aile hekimliği anabilim dallarının kurulmasını uygun görmüştür. Günümüzde tıp fakültelerinde çok sayıda aile hekimliği kürsüsünün kurulmuş olmasına karşın, dejenere nüfus demografileri, teknolojiye ilerlemeler ve tıbbi bilgindeki patlamalar tıp uygulamasını büyük oranda değiştirmiştir. Tıptaki tüm bu değişimler devam ettikçe, aile hekimliği eğitim programları, hekimleri en yüksek tıp kalitesine hazırlamada birçok güçlüklerle karşılaşmaktadır (2,5,6).

Aile hekimliği merkezinde aile hekimliği uygulaması ve hasta profilinin incelendiği bir çalışmada; birinci basamakta sık karşılaşılan semptom ve hastalıklara yaklaşım, hastaların başvuru nedenleri konusunda hekimin yeterli bilgi ve beceriye sahip olması için birinci basamak sağlık hizmet profili de dikkate alınarak; öğrenci ve uzmanlık eğitimi müfredatının gözden geçirilmesi, yine aile hekimliği saha eğitimlerinin, akademik birimlere bağlı aile hekimliği uygulama merkezlerinde ya da diğer birinci basamak sağlık hizmeti sunan ortamlarda yapılması ve bu merkezlerde aile hekimliği eğitimcilerinin bulunmasının gerekliliği vurgulanmıştır (2).

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi önem verilmesi gereken, sık görülen rahatsızlıklara dikkat çekilerek, aile hekimliği uzmanlık eğitiminin içeriğine ve çekirdek eğitim programına katkıda bulunmak için planlanan bu araştırmada, Düzce İl Merkezi'ndeki bir ASM'ye başvuran hastaların demografik bilgileri ile başvurudaki semptomlarının incelenmesi hedeflenmiştir.

MATERİYAL VE METOD

Kayıtlara dayalı bir durum saptaması olan bu çalışmada, kesitsel ve tanımlayıcı niteliktedir. 1-31 Aralık 2013 dönemi boyunca Düzce İl Merkezi'ndeki bir ASM'ye başvuran toplam 330 ardışık hastanın bilgileri incelenmiştir. Hastaların dosyalarındaki bazı demografik bilgileri (yaş, cins, medeni durum, çocuk sahibi olup-olmadıkları, sigortalılık durumu, hangi kurumdan sigortalı oldukları), sigara içme durumu, başvurudaki ilk 5 semptom yada bulguları, kronik hastalık [hipertansiyon (HT), diabetes mellitus



ekil 1. Başvuruda Belirtilen Gelişmelerin Nedenleri.

(DM) vd.] ve ilaç yazdırma durumu incelendi.

statistiksel analizler SPSS istatistik programı (SPSS, Chicago, IL, USA, versiyon 11.5) kullanılarak gerçekleştirildi. Ortalamalar arasındaki farkların anlamlılığı için student t testi, kategorik değişkenlerin analizinde ise Ki-Kare (Fisher's exact) testi kullanıldı. Ölçümler arasındaki korelasyon, Pearson korelasyon analizi, normal dağılım göstermeyen parametreler ise Spearman's rho korelasyon testi ile incelendi. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, ortalama ± standart sapma olarak verildi. Kullanılan testler için $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

1-31 Aralık 2013 dönemi boyunca Düzce İl Merkezi'ndeki bir ASM'ye başvuran toplam 330 ardışık hastanın bilgileri incelenmiştir. Hastaların 176'sı (%53,3) kadın, 154'ü (%46,7) erkek olup; ASM'ye en fazla 45-65 yaş arası erişkinler ile 18-44 yaş genç erişkinler (sırasıyla 96 olgu, %29,1 ve 186 olgu, %26,1) başvurmuştu. Hastaların 94'ünde HT (%28,5), 39'unda (%11,8) DM, 12'sinde (%3,6) hiperlipidemi, 7'sinde (%2,1) ise romatolojik hastalık bulunmaktaydı (Tablo 1).

Hastaların tüm semptomları incelendiğinde en sık belirtilen ilk beş semptom sırasıyla; boğaz ağrısı (81 olgu, %24,5), öksürük (79 olgu, %23,9), ateş (47 olgu, %14,2), halsizlik (38 olgu, %11,5), baş ağrısı (26 olgu, %7,9) idi (Tablo 2). Hastaların çoğunluğu ilaç yazdırmak için başvurmuştu (155 olgu %47,0) (ekil 1). Bunlarında hepsi 18 yaş ve üzerindeki hastalardan oluşmaktaydı. Tablo 3'te ASM'ye başvuruda en sık belirtilen semptomların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, özellikle 45-65 yaş arası erişkinler (66 olgu; %68,8) ile 65 yaş üstü hastaların (60 olgu; %81,1) büyük çoğunluğu ilaç yazdırmak (RPT) için geldiği görülmektedir ($p < 0.0001$).

Kadınların 15'i (%8,5'i), erkeklerin ise 42'si (%27,3'ü), toplam 57 (%17,3) hasta sigara içmektedir. Sigara içme ile medeni hal (evli olmak) ($r = 0,121$; $p = 0,029$), erkek olmak ($r = 0,247$; $p < 0,0001$) ve çalışıyor olmak ($r = 0,414$; $p < 0,0001$) arasında pozitif

Tablo 1. ASM'ye başvuran hastaların sosyo-demografik özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı.

		KADIN N=176	ERKEK N=154	p
Yaş	<6	6	14	=0.044
	6-18	25	29	
	18-45	54	32	
	45-65	55	41	
	>65	36	38	
Medeni Hal	Evlü değil	35	56	<0.0001
	Evlü	141	98	
Sosyal güvence	SGK	132	116	=0.001
	BAGKUR	28	28	
	DİĞER (YK)	8	18	
HT	Yok	120	116	=0.158
	Var	56	38	
DM	Yok	151	140	=0.102
	Var	25	14	
Lipidemi	Yok	171	147	=0.044
	Var	5	7	
Romatolojik hastalık	Yok	171	152	=0.283
	Var	5	2	
Sigara	Yok	161	112	<0.0001
	Var	15	42	

korelasyonlar bulunmaktaydı. Yine ya ile HT ($r=0,563$; $p<0.0001$), DM ($r=0,277$; $p<0.0001$), hiperlipidemi ($r=0,176$; $p=0.001$) ve romatolojik hastalık ($r=0,149$; $p=0.007$) arasında pozitif korelasyonlar bulunmaktaydı.

TARTI MA

Birinci basamakta aile hekimli inin en önemli konularından birisi primer koruma-hastalıklardan korunma iken; hastaların ço unun spesifik sa lık problemleriyle ba vurdu u gözlenmektedir. Olguların ba vuru semptomları ço unlukla kronik problemlere ait olup, ASM'ye çoklu semptomlarla gelmektedirler. Amerika Birle ik Devletleri'nde aile hekimli i prati inde en sık ba vuru nedenleri olarak genel tıbbi muayene (%10), bo az (üst solunum yolu) problemleri (%4,8), öksürük (%4), genel takip vizitleri (%2,6) ve ilaç de i iklikleri vb. reçete yazma (%2,5) ilk sıralarda yer alırken; spesifik kronik problemlerden HT (%1,9) 9. sırada; tansiyon takibi için yapılan ba vurular (%1,7) 14. sırada, DM (%1,5) 16. sırada yer almaktadır (7).

Türkiye'de aile hekimli i uygulamalarının ba latıldı ı iki pilot ilin de erlendirildi i 2009 yılında yayımlanan WHO (DSÖ: Dünya Sa lık Örgütü) raporunda, aile planlaması ve gebelik ile ilgili ba vurular en sık görülürken; en dü ük ba vuru sayısı DM ve HT hasta grubundadır. Çocuk ve bebek olan hanelerde, birinci basamak kurumunun ilk ba vurulan yer oldu u gözlenmi tir (1,8). La arlı ve ark.'nın çalı masında (1), 65 ya üstü kesimin daha ziyade ya lı kadınların hizmet süreklili inden yararlandıkları bildirilmi tir. Süreklilik özelli i ayrıca cinsiyet ve e itim düzeyinden de etkilenmektedir. Kadınlarda ve örgün e itim almayanlarda süreklili in daha yüksek bulunması bu risk gruplarına hizmet sunmada birinci basamaktaki uygulamaların do ru yönde etkili oldu unu dü ündürmektedir.

Benzer bulgu Türkiye'de yapılan sa lıkta dönü üm öncesine ait dönemi yansıtan bazı ara tırmalarda da görülebilir. Bir ara tırmada sa lık oca ına ba vuranların %67.5'ini kadınların olu turdu u saptanmı tir (1,9). Bu daycı ve arkadaş larının Mersin 2 Nolu Sa lık Oca ı bölgesinde yaptıkları çalı mada her iki cinsiyette en sık konulan tanılar sırasıyla üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE), HT ve kas iskelet sisteminin di er hastalıklarıdır. Kayıtlarda ba vuranların %57.5'inin kadın oldu u, %33'ünün 0-14 ya , %55.6'sının 15-64 ya , %11.4'ünün 65 ve üzeri ya grubunda oldu u bildirilmi tir. Çalı mada yine kadınlarda ve 65 ya üstünde birden fazla tanı yazıldı ı, yazılan tanı sayısı ile 65 ya üstü olmak ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak da anlamlı bir ili ki oldu u tespit edilmi tir ($p=0.0001$) (10).

Akdeniz Üniversitesi aile hekimli i poliklini i (AHP)'ne ba vuran hastalarda en sık konan tanı ve ön tanılar sırasıyla üst solunum yollarına ait enfeksiyonlar (ÜSYE, sinüzit, tonsillit) ve HT; Bursa Ertu rul Gazi Aile Hekimli i Merkezi'ne ba vuran hastalarda en sık konulan tanılar sırasıyla akut ÜSYE, akut tonsillit ve akut bron it-bron iolit; Ali Tepe Tıp Merkezi'ndeki AHP'ne ba vuran hastalarda en sık konulan tanılar sırasıyla HT, ÜSYE, normal bulgular, idrar yolu enfeksiyonu ve anemidir. Bir aile hekimli i ofisine ba vuran hastalar üzerinde yapılan çalı mada ise; en sık konulan tanılar sırasıyla ÜSYE, normal gebe takibi (%5,10), a ılama (%4,42), HT (%3,84), servikal erozyondur (%3,69). Tüm bu çalı malarda, kadınlar erkeklerden daha fazla oranda aile hekimli i merkezine ba vuruda bulunmu tur (2,11-14).

1980 ve sonrası sa lık ocaklarından beklenen sonuçlar istenilen düzeyde olmaması üzerine yeni aray ı lara ba lanmı ve 1983'te ilke gündemine aile hekimli i terminolojisi girmi tir. Bu tarihten itibaren üniversitelerde kürsüler kurulmaya, e itim ve ara tırma

Tablo 2. ASM'ye ba vuruda en sık belirtilen ilk 5 semptom (tüm yakınmalar).

Bayvuruda semptomlar	Semptom 1 Semptom 2 Semptom 3 Semptom 4 Semptom 5					Toplam N
	N	N	N	N	N	
1 Boğaz Ağrısı	39	26	16	0	0	81
2 Öksürük	27	36	9	7	0	79
3 Ateş	46	1	0	0	0	47
4 Halsizlik	14	14	6	4	0	38
5 Baş Ağrısı	11	8	4	3	0	26
6 Karın Ağrısı	13	2	2	0	0	17
7 İshal	4	1	2	1	0	8
8 İştahsızlık	0	5	2	0	0	7
9 Dispepsi	5	1	0	0	0	6
10 Pelvik Ağrı	4	0	0	0	0	4
11 Bel Ağrısı	4	0	0	0	0	4
12 Eklem Ağrısı	3	0	0	0	0	3
13 Solunum sıkıntısı	1	2	0	0	0	3
14 Kanama	1	0	0	0	0	1
15 Kabızlık	0	1	0	0	0	1

hastaneleri ile üniversite hastanelerinde aile hekimli i uzmanlık e itimi verilmeye ba lanmı ; bununla birlikte uygulama sonrası aile hekimi ihtiyacını kar ılamak üzere kurs e itimleri verilmi ; ilk kez 2005 yılında Düzce'de pilot uygulama ile aile hekimli i uygulaması ba lamı tur. 2010 yılı sonunda tüm illerde aile hekimli i uygulamasına geçilmi tir (15).

Bizim çalı mamızda, geçmi te pilot il olan Düzce'nin 1 Merkezi'ndeki bir ASM'ye 1-31 Aralık 2013 dönemi boyunca ba vuran toplam 330 ard ık ba vuru incelenmi tir. Hastaların 176'sı (%53,3) kadındır; ASM' ye en fazla 45-65 ya arası eri kinler ile 18-44 ya genç eri kinler (sırasıyla 96 olgu, %29,1 ve 186 olgu, %26,1) ba vurmu tur. ASM'ye ba vuruda en sık belirtilen semptomların ya gruplarına göre da ılımı incelendi inde (Tablo 3), özellikle 45-65 ya arası eri kinler ile 65 ya üstü hastaların büyük ço unlu unun ilaç yazdırmak (RPT) için geldi i görülmektedir ($p<0.0001$).

Hastalarda kronik hastalık olarak sırasıyla; HT (%28,5), DM (%11,8), hiperlipidemi (%3,6), ve romatolojik hastalık (%2,1) bulunmaktaydı (Tablo 1). Bu sonuç hasta profilinde ve birinci basamak sunumunda (ASM), "Pilot Bölge" uygulamasından ve sa lıkta dönü üm öncesi "sa lık oca ı" uygulamasındaki durumdan farklılıklar olu tu unu göstermektedir. ASM'ye ba vuran hastaların ba vuru ikayetlerinin de erlendirildi i bu prelininer (öncü) çalı mamızda, örneklemimizin kısıtlı olması, aylara göre da ılımı içermemesi, bölgesel farklılıkların hasta profilini de i tirece i gerçe i ; çalı mamızın ba lıca kısıtlılıklarıdır. Ancak bu konuda ilke ve bölge bazında geni epidemiyolojik çalı malara gereksinimi göstermesi açısından da de er ta ryabilece ini dü ünmekteyiz.

Bizim çalı mamıza benzeyen öncü bir çalı mada, ensoy ve arkadaş larının (2) aile hekimli i merkezinde aile hekimli i uygulaması ve hasta profilinin incelendi i çalı malarıdır. Bu çalı ma ASM öncesi dönemi yansıtmaması açısından bir kar ıla tırma olana ıda verebilir. Çalı mada, Kasım 2002-Aralık 2004 dönemi boyunca Umurlu Aile Hekimli i Merkezi'ne toplam 2618 ba vuru yapılmı olup, ki i ba ına dü en ortalama ba vuru sayısı 1,3'tür. Kayıtlı 1961 hastanın %62,1'i kadındır. Merkeze en fazla ev hanımları, okul öncesi çocuklar ve çiftçiler ba vurmu tur. Hastaların ço unlu unun sosyal güvencesi; SSK

Tablo 3. ASM'ye ba vuruda en sık belirtilen semptomların ya gruplarına göre da ılımı (tüm yakınmalar).

Yaş grupları	RPT*	Semptom Sayısı: n (%)				Toplam
		1	2	3	4	
<6 yaş	0	8 (40)	10 (50)	2 (10)	0	20
6-18 yaş	0	20 (37)	17 (31,5)	14 (25,9)	3 (5,6)	54
18-45 yaş	29 (33,7)	30 (34,9)	14 (16,3)	8 (9,3)	5 (5,8)	86
45-65 yaş	66 (68,8)	15 (15,6)	9 (9,4)	1 (1)	5 (5,2)	96
>65 yaş	60 (81,1)	5 (6,8)	6 (8,1)	1 (1,4)	2 (2,7)	74
Toplam	155 (47,0)	78 (23,6)	56 (17,0)	26 (7,9)	15 (4,5)	330

RPT*=ilaç yazdırmak için yapılan başvuru; ($p<0.0001$)

ve Emekli Sandığı'dır. 1961 hastanın başvuru sıklıkları incelendi inde %80,8'nin bir kez, %12,4'nün iki kez başvurdu u saptanmıştır. Hastaların tüm yakınmaları incelendi inde en sık belirtilen ilk be yakınma sırasıyla öksürük (%17,4), ate (%9), baş ağrısı (%7,4), boğaz ağrısı (%5,6) ve bel ağrısı (%5,5)'dir. Hastalara en sık konulan tanıları incelendi inde %9'una HT, %5,1'ine ÜSYE ve %3,5'ine DM tanısı konulmu ; hastaların %26,3'üne tanı konulmadığı tespit edilmiştir. Umurlu Aile Hekimliği Polikliniğine hastaların %24,9'u kontrol için, %2,7'si ise ilaç yazdırmak için başvurmuştur. Kocaeli Üniversitesi Hekimliği AHP'ne başvuran hastaların ilaç yazdırma oranı %37,4'dür. Benzeri çalışmalar değerlendirildi inde; sahlık dönümü öncesi üniversitelere başvuran aile hekimliği polikliniklerinin kurum hekimliği gibi çalıştığı ve en sık konulan tanıların sırasıyla "ÜSYE" ve "HT" olduğu bildirilmektedir (2,10-15).

Bizim çalışmamızda, Düzce İl Merkezi'ndeki bir ASM'ye hastaların çoğunluğu ilaç yazdırmak için başvurmuştur (ekil 1). Bunların da hepsi 18 yaş ve üzerindeki hastalardan oluşmaktaydı. Hastaların tüm semptomları incelendi inde en sık belirtilen ilk be semptom sırasıyla; boğaz ağrısı, öksürük, ateş, halsizlik, baş ağrısı idi (Tablo 2). Bizim çalışmamızda yine sigara içme ile medeni hal (evli olmak), erkek olmak ve çalışmıyor olmak arasında pozitif korelasyonlar bulunmaktaydı. Yaş ile HT, DM, hiperlipidemi ve romatolojik hastalık arasında pozitif korelasyonlar bulunmaktaydı. Bu grupların sahlık sistemini daha sıklıkta kullandıkları da bilinmektedir.

Sahlık Bakanlığı 2005 Yılı verilerine göre Türkiye'deki sahlık ocaklarının II. basamak kurullarına sevk hızı ortalaması %10,2'dir. Genel olarak kabul edilen anlayışa göre birinci basamağa başvuran hastaların %95'inin tanı ve tedavisinin bu basamakta gerçekleştirilmesi gerekir. Sevk hızının standart devri %5-10 arasında olmalıdır (2). Ancak günümüzde halen sevk zinciri zorunluluğu bulunmamaktadır. Sahlık sunumunda kurumlara başvuru sırasında kademeli bir ücretlendirme politikası ile bir tür pasif sevk zinciri uygulanması sağlanmakta, ancak yeşil kartlı hastalar ile herhangi bir güvencesi olmayan 18 yaşını geçen öğrencilerde zorunlu bir sevk zinciri uygulanmaktadır.

Baltacı ve ark.'nın Düzce İl'inde birinci basamakta sahlık hizmeti alan hastaların aile hekimi ve muayenehanesi hakkındaki görüşlerinin belirlendiği bir pilot çalışmada (16); olgular son 12 ayda genel olarak tüm sorgulanan parametrelerden memnun olduklarını (çok iyi, iyi ve vasat) ifade etmişlerdir. İlk sırada yer alan parametreler sırasıyla "hekimlerinin görüşmeler sırasında kendilerini dinlemesi, kayıt ve bilgilerin gizli tutulması ve genel olarak aile hekimlerinden memnuniyet" iken, son üç sırada yer alan parametreler ise sırasıyla "hastaların hekimlerine telefonla ulaşabilmesi, muayenehaneye telefonla ulaşabilmesi ve uygun zamanda randevu alınabilmesinden" duyulan memnuniyettir.

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1985 yılından bu yana eğitim ve araştırma hastanelerinde ve tıp fakültelerinin aile hekimliği anabilim dallarında üç yıl süreli olarak verilmektedir. Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun 21-23.06.2010 tarih ve 82 sayılı kararına kadar aile hekimliği uzmanlık eğitiminin tamamı rotasyonlardan oluşmaktaydı. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı'na göre, aile hekimliği uzmanlık eğitimi üç temel bölümden oluşmaktadır: Aile hekimliği uygulama eğitimi, ilgili alanlarda rotasyonlar ve program boyu süren düzenli eğitim etkinlikleridir. TUKMOS (Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma Ve Standart Belirleme Sistemi), Çekirdek Müfredatları Aile Hekimliği, v.1.0 23.08.2011'den itibaren geçerlidir. Müfredatın amacı ve hedefleri incelendi inde; birinci basamak sahlık hizmet sunumunun geliştirilmesi, toplumu oluşturan bireylerin sahlık olmasının sağlanması, sahlık gelişiminin sağlanması ve korunması, bireylerin sahlık anlayışının ve toplumun sahlık

bilincinin geliştirilmesi, bireylerin akut ve kronik sahlık sorunlarının erken tanınması ve yönetilmesi ile sahlık sisteminin hizmet sunum basamakları arasındaki ilişkinin sağlanması ve bireyin tüm bakım gereksinimlerinin karşılanması gibi hedefler belirlenmiştir (17).

Sonuç olarak, sahlık dönümü sonrası, birinci basamak hasta profili ve başvuru nedenlerinde, "pilot bölge" uygulaması ve "sahlık ocağı" uygulamasındaki durumdan farklılıklar olabileceği gösterilmiştir. Bu kapsamda aile hekimliği mezuniyet öncesi ve sonrası uygulama eğitimindeki konular birinci basamağa yönelik olarak seçilmeli ve aile hekimliği anabilim dallı polikliniklerinde verilen teorik ve pratik eğitim TUKMOS'a ve Aile Hekimliği Çekirdek Eğitim Programı'na uygun olarak sürdürülmelidir. Birinci basamakta sık karşılaşılan semptom ve hastalıkların epidemiyolojik çalışmalarla belirlenmesi ve hastaların başvuru nedenleri konusunda hekimin yeterli bilgi ve beceriye sahip olabilmesi için birinci basamak sahlık hizmet profilinde dikkate alınarak; eğitim müfredatı güncellenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Laahlı T, Eser E, Akdeniz M ve ark. Bazı aile hekimliği pilot uygulama birimlerinde birinci basamak değerlendirme ölçümü (BDÖ) (Primary Care Assessment Survey) ile sahlık hizmet özelliklerinin değerlendirilmesi. Türkiye Halk Sağı Dergisi 2011;9(1):17-32.
- 2.ensoy N, Başak O, Gemalmaz A. Umurlu Aile Hekimliği Merkezi'nde Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Profili: Aile Hekimliği Alan Eğitimi Gereksinimini Ne Ölçüde Karşılıyor? Kocatepe Tıp Dergisi [The Medical Journal of Kocatepe] 2009;10: 49-56.
3. Adnan Menderes Üniversitesi Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Programı. UzmEP Mart 2002.
4. Haggerty J, Martin CM. Evaluating Primary Health Care in Canada: The Right Questions to Ask! The National Evaluation Strategy for Primary Health Care. Ottawa, Ontario, Canada: Health Canada; 2005.
5. Duane M, Green LA, Dovey S, Lai S, Graham R, Fryer GE. Length and content of family practice residency training. J Am Board Fam Pract 2002; 15:201-208.
6. Ünlüoğlu , Çalayaner H. Aile hekimliği oluşturan akademik gelenek ve gelecek. Aile Hekimliği Dergisi 1997; 1: 46-49.
7. Sloane PD, Ebell MH. Introduction to Common Problems. Section 3. In: Essentials of Family Medicine. Sloane PD (Ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008; 119-120.
8. World Health Organization. Evaluation of the organizational model of primary care in Turkey. WHO, 2. Edition. 2009;38-39.
9. İhan M, Tüzün H, Aycan S, Aksakal FN, Özkan S. Birinci Basamak Sahlık Kurulu'na Başvuranların Sahlık Hizmeti Kullanma Özellikleri ve Bazı Sosyoekonomik Belirteçlerle İlişkisi: Sahlık Reformu Öncesi Son Saptamalar. Toplum Hekimliği Bülteni 2006;25(3):33-41.
10. Buğdaycı R, Başmaz T, Kurt AÖ, Tezcan H. Bir kent tipi sahlık ocağında yazılan tanıların incelenmesi. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni 2002; 23(4).
11. Buğdaycı R, Başmaz T, Kurt A.Ö, Saatçi E, Tezcan H, Yıldırım F. Kent merkezinde bulunan bir sahlık ocağına 2000 yılı içinde yapılan poliklinik başvurularının incelenmesi. Sahlık ve Toplum, 2002; 12: 51-56.
12. Göktaş O. T.C. Sahlık Bakanlığı Bursa Ertuğrul Gazi Aile

Hekimli i Merkezi 2001 yılı çalı maları ve hedefleri. V. Ulusal Aile Hekimli i Kongresi Özet Kitabı. Adana, 27-30 Mart 2002; 218-224.

13. Gemalmaz AF, Gürel FS, Ba ak O. 1473 olgu ve 2304 ba vurunun incelenmesi: ADÜ Tıp Fakültesi aile hekimli i uygulaması deneyimi. V. Ulusal Aile Hekimli i Kongresi Özet Kitabı. Adana, 27-30 Mart 2002; 366.
14. Cerraho lu A. Bir aile prati inde 3333 hasta ve 6608 hasta muayenesinin incelenmesi. 3. Ulusal Aile Hekimli i Kongresi Özet Kitabı. zmir, 23-25 Mayıs 1997; 19.
15. Topallı R, Topsever P, Filiz TM, Ci erli Ö, Görpelio lu S. Hereke aile hekimli i merkezi 2001 yılı ba vuru nedenleri ve yapılan sevklerin de erlendirilmesi. Türk Aile Hek Dergisi, 2003; 7:18-22.
16. Baltacı D, Kara IH, Baheba ı T, Sayın S, Yılmaz A, eler A. Düzce ilinde Birinci Basamakta Sa lık Hizmeti Alan Hastaların Aile Hekimi ve Muayenehanesi Hakkındaki Görü lerinin Belirlenmesi: Pilot alı ma. Konuralp Tıp Dergisi 2011;3(2):9-15.
17. Tukmos-Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Olu turma ve Standart Belirleme Sistemi- Aile Hekimli i-Uzmanlık E itimi ekirdek Müfredatı Hazırlama Kılavuzu, v.1.1, 201304.06.2013.