

DERMATOLOJİ BİRİMİNDE MERKEZİ HEKİM RANDEVU SİSTEMİ İLE KUYRUK SİSTEMİ BAŞVURULARI, ŞİKÂYET SAYISI VE HASTALIKLARIN İNCELENMESİ

Hatice Gamze DEMİRDAĞ*
Burcu TUĞRUL**

ÖZ

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelere başvuru MHRS (Merkezi Hekim Randevu Sistemi) ve kuyruk sistemi olmak üzere iki yol ile olmaktadır. MHRS başvurusu yıllar içerisinde giderek daha fazla kullanılmaktadır. Sağlık alanındaki gelişmeler ve değişimler hastaların beklenti ve isteklerini artırdıkça hastanelerin iş yoğunluğu da artırmaktadır. Türkiye’de gözlemlendiği kadarıyla hastalar aynı muayene kaydında birden fazla şikâyet iletebilmekte ve tek başvuruda birden fazla hastalık için çözüm bekleyebilmektedir. İş yükü açısından olumsuzluk yaratabilecek bu durumun başvuru türleri ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Bu çalışma, sağlık hizmeti sunumunu çoğunlukla ayaktan hasta başvurusu olarak yürüten dermatoloji polikliniğinde yapılmıştır. Çalışmanın amacı, MHRS ve kuyruk sistemi yoluyla olan başvuru türleri ve iletilen dermatolojik şikâyet sayısı açısından sosyo-demografik özelliklerin, dermatolojik şikâyet sayısı ile başvuru türü arasındaki ilişkinin incelenmesi ve sık görülen dermatolojik hastalıkların başvuru türü ve şikâyet sayısı açısından dağılımlarını araştırmaktır. Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim ve çalışma durumu, başvuru türleri (MHRS/kuyruk sistemi), iletilen dermatolojik şikâyetin sayısı (tek şikâyet/birden fazla şikâyet), şikâyetlere göre hastalıkların tanısı ve birden fazla şikâyetin muayenenin hangi aşamasında iletildiği kaydedilmiştir. Ayrıca hastaların kendi muayenelerinde, yakınlarını muayene ettirme istekleri de kaydedilmiştir. Çalışmaya alınan 1600 hastanın, 798’i MHRS, 802’si ise kuyruk sistemi yoluyla başvuru yapmıştır. Dermatolojik şikâyet sayısı açısından, %72’sinin (n=1152) tek, %28’inin (n=448) ise birden fazla şikâyeti mevcuttur. MHRS ile başvuran hastalarda, kuyruk sistemiyle başvuran hastalara kıyasla birden fazla şikâyet iletme sıklığı istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (p<0,05). Birden fazla şikâyet ileten grubun %40,2’si (n=180) şikâyetlerini reçete yazma esnasında, %4,9’u (n=22) ise muayene işlemi bitip muayenehaneden ayrılırken bildirmiştir. Dermatolojik hastalıklar açısından akne ve pigmentasyon bozuklukları, MHRS ile başvuran hastalarda daha fazla görülmüştür (p<0,05). Yaklaşık %30 hastanın, tek başvuru içerisinde birden fazla şikâyet iletilmesi ve bu şikâyetleri muayenenin farklı aşamalarında bildirmesinin, iş yükü artışına ve hekim ile hastanın tatminsizliğine neden olabileceği düşünülmektedir. Muayene sürelerinin artırılması, MHRS randevu oluşturma sürelerinin düzenlenmesi, MHRS ve kuyruk sisteminin sınırları belirlenerek, hastanelere başvuru yöntemleri hakkında halkın bilinçlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Merkezi hekim randevu sistemi, MHRS, kuyruk sistemi, dermatolojik şikâyet, sağlık hizmeti.

MAKALE HAKKINDA

* Uzman Doktor, Serbest Hekim, Özel Dermatoloji Kliniği, Ankara, demirdaggamze@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-9484-2054>

** Uzman Doktor, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Dermatoloji Bölümü, Ankara, burcutugrul@yahoo.com

 <https://orcid.org/0000-0002-6881-1980>

Gönderim Tarihi: 02.11.2020

Kabul Tarihi: 25.01.2022

Atıfta Bulunmak İçin:

Demirdağ, H. G., & Tuğrul, B. (2022). Dermatoloji Biriminde Merkezi Hekim Randevu Sistemi ile Kuyruk Sistemi Başvurusu, Şikâyet Sayısı ve Hastalıkların İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(1), 1-16

THE EVALUATION OF APPOINTMENTS WITH CENTRAL PHYSICIAN APPOINTMENT SYSTEM AND QUEUE SYSTEM, THE NUMBER OF COMPLAINTS, AND DISEASES IN DERMATOLOGY CLINIC

Hatice Gamze DEMİRDAĞ *
Burcu TUĞRUL **

ABSTRACT

Appointments to hospitals affiliated with the Ministry of Health in Turkey are made in two ways: CPAS (Central Physician Appointment System) and queue system. The CPAS has been used more over the years. As the developments and changes in the field of health increase the expectations of the patients, the workload of the hospitals also increases. It is observed that patients report multiple complaints in one visit and expect treatments in a single appointment process. This situation, which could create a negative effect on workload, might be related to the appointment types. This study was carried out in the dermatology outpatient clinic, which provides health services mostly as an outpatient referral. The present study aims to evaluate the socio-demographic characteristics in terms of the types of appointments, to determine the number of dermatological complaints, the relationship between the number of complaints and the appointment type, and to analyze the distribution of common dermatological diseases in terms of application type and the number of complaints. The age, gender, education, employment status, appointment type (CPAS/queue), number of dermatologic complaints (single/multiple), dermatological diagnosis, the examination stage of reported complaints and the requests of patients to have their relatives' examination during their visit were recorded. Of the 1600 patients, 798 were admitted via CPAS and 802 the queuing system. While 72% (n=1152) had single complaint, 28% (n=448) multiple complaints. The multiple complaints were significantly higher in patients admitted with CPAS ($p<0.05$). Of the patients with multiple complaints, 40.2% (n=180) stated the complaints during the prescribing, and 4.9% (n=22) while leaving the clinic after the examination was completed. Acne and pigmentation disorders were higher in patients with CPAS. It is thought that the reported multiple complaints in one visit (nearly 30% patients) and different stages of the examination may cause an increase in workload and dissatisfaction of both the physician and the patient. It is recommended to increase the examination times, make arrangements in terms of CPAS appointment, to determine the limits of the CPAS and the queue system, and raise awareness of the public about the methods of appointment systems.

Keywords: Central physician appointment system, MHRS, queue system, dermatological complaint, health care.

ARTICLE INFO

* Specialist Doctor, Private Practice, Dermatology Clinic, Ankara, demirdaggamze@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-9484-2054>

** Specialist Doctor, Ankara Bilkent City Hospital, Department of Dermatology, Ankara, burcutugrul@yahoo.com

 <https://orcid.org/0000-0002-6881-1980>

Received: 02.11.2020

Accepted: 25.01.2022

Cite This Paper:

Demirdağ, H. G., & Tuğrul, B. (2022). Dermatoloji Biriminde Merkezi Hekim Randevu Sistemi ile Kuyruk Sistemi Başvuruları, Şikâyet Sayısı ve Hastalıkların İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(1), 1-16

I. GİRİŞ

Türkiye’de sağlık hizmetleri sunumu özel ve kamu sağlık kuruluşları tarafından sağlanmaktadır. Kamu kurumlarında verilen sağlık hizmetini planlamak amacıyla randevu ve kuyruk sistemleri kullanılmaktadır. Hastaneler açısından kuyruk sistemi “ilk gelen ilk hizmeti alır” prensibine bağlı olarak ilerlemekte, hastalar hastanelerdeki ilgili hasta kayıt birimlerine başvurarak, muayene olmak istedikleri klinik için sıra almaktadır. Ancak belirli bir kapasiteden sonra kuyruk sistemi sağlık hizmeti verme konusunda yetersiz kalabilmektedir. Kapasiteyi aşan talep kaçınılmaz olarak kuyruk oluşmasını sağlamaktadır. Randevu sistemi ise, bakılacak hastaları önceden belirlenen bir dizi kurala göre planlı olarak polikliniğe kabul etme uygulamasıdır. Muayene olacak hastalar, randevu sisteminde istedikleri klinik için uygun tarih ve saate randevu almaktadır. Hastalara randevu verme stratejisinin amacı, polikliniklerde düzenli bir iş yükü ortaya çıkarmak için hastaların polikliniklere olan akışlarını zamana yaymaktır (Aksu vd., 2018; Parlak, 2018; Karahan ve Gürpınar, 2009). Etkili randevu sistemleri, kaynakların daha iyi kullanılması ve hasta bekleme sürelerinin en aza indirilmesi için talebi kapasite ile eşleştirme amacına sahiptir (Özen, 2020).

Türkiye’de sağlık sistemi uzun yıllardır bir dönüşüm sürecinden geçmektedir. Sağlık hizmetlerinde hizmet sunumu, finansmanı, kalitesi, altyapı olanakları ve sağlık teknolojileri gibi pek çok alanda reformlar uygulanmaktadır (Çınaroğlu, 2021). T.C. Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Projesi yürürlüğe konmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında 2010 yılında Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) hayata geçirilmiştir. MHRS; vatandaşların SB’ye bağlı hastaneler ile ağız ve diş sağlığı merkezleri ve aile hekimlerine, Alo182’yi arayarak canlı operatörlerden, web üzerinden ya da MHRS mobil uygulamasından kendilerine istedikleri hastane ve hekimden randevu alabilecekleri bir sistemdir. 2016 yılı itibarıyla hastanelerin tamamı MHRS’ye dahil edilerek Türkiye genelinde yaygınlaşmıştır (SB, 2016). MHRS pilot uygulamasının 2010 Şubat-2011 Ocak tarihleri arasında değerlendirildiği, 11 ili içeren (Erzurum, Kayseri, Yalova, Eskişehir, Bilecik, Çanakkale, Edirne, Kırklareli, Tekirdağ, Burdur, Düzce) geniş kapsamlı bir çalışmada, 1 yıllık MHRS pilot uygulaması sonucunda kliniklerde düzensiz hasta trafiğinin ve hastaların hastanede geçirdiği zamanın önemli ölçüde azaldığı bulunmuştur (Tarcan vd., 2014). MHRS kullanımı yıllar içerisinde giderek artmaktadır (Bucak vd., 2018). Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü (KHGM) tarafından 2013-2018 yılları arasında oluşturulan istatistiklerde, açılan MHRS kapasitesi, randevulu doluluk ve randevulu muayene oranlarının yıllar içerisinde artış gösterdiği izlenmektedir (KHGM, 2019).

Türkiye’de klinik tıp bilimleri arasında yer alan deri ve zührevi hastalıklar (dermatoloji) çok eski yıllardan beri dünya çapında ilgi odağı olmuştur (Copeman, 1995). Hem çocuk hem erişkin yaş gruplarında deri, deri ekleri ve mukozaları tutan doğumsal ve edinsel hastalıkların ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların tanı ve tedavisiyle (tıbbi, cerrahi ve diğer fiziksel yöntemler), sistemik hastalıkların deri belirtileri, deri hastalıklarının sistemik bulguları ve ilgili alanlarda koruyucu hekimlik hizmetleri ile uğraşan, derinin sağlıklı ve güzel görünmesine katkıda bulunan bir uzmanlık dalıdır (Aslan vd., 1996; High vd., 2018; Tıpta Uzmanlık Kurulu, 2015). Tanısal ve tedavi girişim yetkinliğine de sahip olan bu dalda, sağlık hizmeti sunumu büyük oranda poliklinikler üzerinden yürütülmektedir. Türkiye’de kamu hastanelerinde yapılan bir çalışmada, en yoğun 10 klinik içerisinde yer aldığı saptanmıştır (Özen, 2020). Sağlık hizmetlerinin ilk temas noktası olan birinci basamak sağlık kurumlarında da deri hastalıkları en sık karşılaşılan hastalık grubudur (Bacanlı ve Günher Arıca, 2021). Yapılan çalışmalarda birinci basamak hekimine başvuran hastaların %21-36,5’inde, en az bir deri sorunu olduğu bulunmuştur (Fien vd., 2005; Fleischer vd., 2000; Lowell vd., 2001; Tripathi vd., 2018).

Sağlık alanındaki gelişmeler ve değişimler hastaların beklenti ve isteklerini artırmıştır. Gelişen ve değişen teknoloji, uzmanlaşma, maliyetlerin yükselmesi ve beraberinde hastaların isteklerinin de artması hastanelerin iş yoğunluğunu artırmaktadır (Kıraç, 2019). Türkiye’de sağlık sistemi hizmetinde gözlendiği kadarıyla hastalar tek başvuru sürecinde birden fazla dermatolojik şikâyet bildirebilmekte ve birden fazla hastalık için çözüm bekleyebilmektedir. İş yükü açısından olumsuzluk yaratabilecek tek başvuru sürecinde birden fazla şikâyet iletilmesinin, başvuru türleri ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Diğer ülkeler açısından bakıldığında genellikle tek bir muayene kaydında (vizit) tek

bir dermatolojik sorun ele alınmaktadır (Fien vd., 2005). Yurt dışında acil bakım birimine (urgent care medicine) başvuran hastaların birden fazla tıbbi şikâyet ilettikleri zaman, bazı hastalıklarına yeni bir muayene kaydı için yönlendirildiklerinde memnuniyetsiz olabildiği görülmüştür. Hastaların sağlık çalışanlarından, tüm şikâyetlerine aynı muayene kaydı içerisinde çözüm bulmalarını beklediği, diğer taraftan kurumun birden fazla şikâyeti/sorunu aynı kayıt içerisinde ele aldığı, hizmet başına ücrete kıyasla gelir kaybına uğrayabildiği savunulmuştur (Ayers, 2021).

Türkiye’de hastalar SB’ye bağlı hastane polikliniklerine başvururken MHRS veya kuyruk sistemi (randevusuz başvuru) ile muayene kayıtlarını yaptırmaktadır. Bu çalışmada dermatoloji polikliniğine başvuran hastaların, MHRS ve kuyruk sistemiyle olan başvuru türü ile ilettikleri dermatolojik şikâyet sayısı açısından sosyo-demografik özelliklerinin ve başvuru türü ile dermatolojik şikâyet sayısı arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca tanı konulan dermatolojik hastalıklarla, başvuru türü ve şikâyet sayısı arasındaki ilişkinin de araştırılması çalışma amaçları arasında yer almaktadır.

II. YÖNTEM

Çalışma, üçüncü basamak hizmet veren bir dal hastanesinin dermatoloji polikliniğinde Haziran-Ekim 2020 tarihleri arasında yapılmıştır. İki ayrı dermatoloji polikliniğinde, iki hekim tarafından, gönüllü katılımcılardan bağımsız olarak veriler toplanmıştır. Çalışma tasarımı olarak kesitsel çalışma seçilmiştir. Hasta toplama metodu rastgele seçilme yöntemi olmuştur. Çalışmaya alınması gereken en az kişi sayısı G-Power 3.1 programı ile hesaplanmış; iki yönlü değerlendirme ile 0,2 etki gücünde, %5 alfa hata oranı ve %90 güç oranı kabulü ile her bir gruba en az 527 kişinin alınması gerektiği görülmüştür. Araştırmanın veri toplama aşamasında 1600 hastaya ulaşılmıştır. Gereken sayıya ulaştıktan sonra çalışmaya hasta eklenmesinin nedeni çalışmanın gücünü daha da artırmaktır. Çalışmanın yürütüldüğü polikliniklerde ayaktan muayene olan yaklaşık 11.705 hastanın %13,6’sı (her 7,3 hastada 1 kişi) çalışmaya dahil edilmiştir. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından, 23.09.2020 tarihinde, 2020-09/782 numaralı karar ile etik kurul onayı alınmıştır.

Çalışmaya alınan tüm hastaların yaş, cinsiyet, eğitim ve çalışma durumu, muayene olmak için kullanılan başvuru türü (MHRS/kuyruk sistemi), ilettikleri dermatolojik şikâyet sayısı, şikâyetlerine göre teşhis edilen hastalıkların tanısı kaydedilmiştir. Hastalardan elde edilen veriler muayene esnasında gözlemlenip, şikâyetlerinin ne olduğu ve sayıları olduğu gibi yazılmıştır.

Başvuru türü açısından hastalar, MHRS ve kuyruk sistemi olarak, dermatolojik şikâyet sayısı açısından ise, tek şikâyet ve birden fazla şikâyet ileten hasta grubu olarak ikiye ayrılmıştır. Tek bir hastalık tanısı koyduran benzer şikâyetler, sayısı fazla da olsa ‘tek şikâyet’ olarak sayılırken, farklı hastalıklara tanı koyduran 1’in üzerinde şikâyetler ‘birden fazla şikâyet’ olarak gruplandırılmıştır. Şikâyetlerin iletilmesiyle başlayan dermatolojik muayene ve tedavi sürecinde, tanı konulan hastalık türleri, Dermatoloji Atlası’ndaki tanı başlıkları göz önüne alınarak kategorize edilmiştir (Baykal, 2004). Bazı nadir ve daha az teşhis edilen hastalık grupları çalışma örnekleminde çok az görüldüğünden veya hiç görülmediğinden, klinik uygulamada en sık teşhis edilen hastalık grupları çalışma içerisinde kullanılmıştır; akne vulgaris, ekzema grubu hastalıklar, inflamatuvar dermatozlar, mantar hastalıkları, viral hastalıklar, bakteriyel hastalıklar, saç ve kıl hastalıkları, tırnak hastalıkları, pruritus, kserozis kutis, pigmentasyon bozuklukları, selim fibrohistiositik tümörler, nevo-melanositik selim tümörler, fiziksel etmenlere bağlı dermatozlar, akne vulgaris dışı akneiform dermatozlar ve epidermal selim tümörler. Tüm dermatolojik tanılara ulaşmak amacıyla çalışmadan çıkarılma kriteri uygulanmamıştır.

Dermatolojik şikâyet sayıları açısından, ‘tek şikâyet’ ve ‘birden fazla şikâyet’ ileten hastaların birden fazla şikâyet ileten grubunda, şikâyetlerini muayenenin hangi aşamasında ilettiklerinin kaydı için; muayene başlangıcında sırasıyla, yapılan tanı ve tedavi edici işlem sonrasında (kriyoterapi, elektrokoter, biyopsi uygulamaları gibi), reçete yazımı esnasında ve muayene bitip muayenehanedan çıkarken olmak üzere şikâyet ileme zamanları dört bölüme ayrılmıştır. Ayrıca hastaların kendi muayeneleri esnasında yakınlarını da muayene ettirme istekleri kaydedilmiştir.

Tüm istatistiksel uygulamalar R yazılımı (R Core Team, 2020) kullanılarak yapılmıştır. İstatistiksel analiz yöntemleri uygulanmadan önce kayıp veriler, veri setinden çıkarılmıştır. Eksik verili gözlemler elendikten sonra, kategorik değişkenler olan başvuru türü, dermatolojik şikâyet sayısı ve demografik veriler arasındaki ilişkileri değerlendirmek için Ki-kare tipi bağımsızlık testleri kullanılmıştır. Çapraz tabloların beklenen değerleri açısından Ki-kare testi, Yates düzeltme testi veya Fisher kesin olasılık testi sonuçları kaydedilmiştir. Başvuru türleri ve şikâyet sayıları açısından hastalıkların oranlarının karşılaştırılması için iki örneklem oran testi kullanılmıştır. İkili karşılaştırmaların yargısını ayarlamak için Bonferroni düzeltme yaklaşımı uygulanmıştır. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

III. BULGULAR

3.1. Genel Bulgular

Çalışmaya alınan toplam 1600 hastanın %65'i (n=1040) kadın, %35'i (n=560) erkektir. Yaş aralığı 1 ay-98 yaş arası değişmekte olup medyan yaş 34'tür. Eğitim durumu açısından hastaların %23,9'u ilkökul, %15,8'i ortaokul, %29,8'i lise, %19,5 üniversite, %3,4'ü yüksek lisans mezunu olup, %7,6 hasta okur-yazar değildir. Hastaların %27'sinin çalıştığı, %73'ünün ise çalışmadığı görülmüştür. Tüm hastalar içerisinde kendi muayeneleri esnasında yakınlarını da muayene ettirmek isteyen hastaların oranı %4,8 (n=76) saptanmıştır.

3.2. Hastaneye Başvuru Türü (MHRS ve kuyruk sistemi) ve İletilen Dermatolojik Şikâyet Sayısı Açısından Sosyo-Demografik Bulgular

Hastaneye başvuru türü açısından 798 hasta MHRS yoluyla, 802 hasta ise kuyruk sistemi yoluyla başvurmuştur. MHRS yoluyla başvuran hastaların yaş ortalaması $34,9 \pm 18,4$ iken, kuyruk sistemiyle başvuran hastalarda $39,9 \pm 19,9$ bulunmuştur ($p < 0,05$). Eğitim seviyesi arttıkça MHRS yoluyla başvurunun yükseldiği gözlenmiştir ($p < 0,05$).

İletilen dermatolojik şikâyet sayısı açısından, 1600 hastanın %72'sinin (n=1152) tek şikâyeti, %28'inin (n=448) birden fazla şikâyeti mevcuttur. Tek şikâyet ileten hastaların yaş ortalaması $37,3 \pm 19,9$ iken, birden fazla şikâyet iletenlerde $37,9 \pm 17,7$ bulunmuştur ($p > 0,05$). Okur yazar olmayan ve 18 yaş 2019

hastaların daha çok tek şikâyet ile başvurduğu gözlenmiştir ($p < 0,05$). Tek şikâyet ileten hasta grubunda, yakınına muayene ettirme isteği daha fazla bulunmuştur ($p < 0,05$).

Dermatolojik şikâyetlerin sayısal verileri açısından, 347 hastanın iki, 74 hastanın üç, 19 hastanın dört, 6 hastanın beş, 2 hastanın altı şikâyeti vardır. Birden fazla şikâyet ileten grubun %49,8'i (n=223), şikâyetlerini sırasıyla iletirken, %40,2'si (n=180) reçete yazımı sırasında, %5,1'i (n=23) uygulanan bir işlem sonrasında, %4,9'u (n=22) ise muayene tamamen bitip muayenehaneden çıkarken diğer şikâyet veya şikâyetlerini iletmiştir.

Tablo 1, hastaneye başvuru türleri (MHRS ve kuyruk sistemi) ve dermatolojik şikâyet sayısı açısından (tek şikâyet ve birden fazla şikâyet) sosyo-demografik bulgular ile istatistiksel sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 1. Hastaneye Başvuru Türleri (MHRS ve Kuyruk Sistemi) ve Dermatolojik Şikâyet Sayısı Açısından Sosyo-Demografik Bulgular ile İstatistiksel Sonuçlar

Değişken	Dermatolojik Şikâyet Sayısı			Başvuru Türü		p
	Tek şikâyet ileten hasta grubu (n=1152) n (%)	Birden fazla şikâyet ileten hasta grubu (n=448) n (%)	p	MHRS (n=798) n (%)	Kuyruk sistemi (n=802) n (%)	
Cinsiyet			0,054			0,444
Kadın	732 (70,4)	308 (29,6)		526 (50,6)	514 (49,4)	
Erkek	420 (75,0)	140 (25,0)		272 (48,6)	288 (51,4)	
Yaş			0,001			0,145
<18	172 (80,4)	42 (19,6)		115 (53,7)	99 (46,3)	
18-64	842 (69,6)	368 (30,4)		613 (50,7)	597 (49,3)	
≥65	138 (78,4)	38 (21,6)		70 (39,8)	106 (60,2)	
Eğitim Durumu			0,001			<0,001
Okur-yazar değil	105 (86,1)	17 (13,9)		45 (36,9)	77 (63,1)	
İlkokul	293 (76,7)	89 (23,3)		144 (37,7)	238 (62,3)	
Ortaokul	190 (75,1)	63 (24,9)		126 (49,8)	127 (50,2)	
Lise	336 (70,4)	141 (29,6)		258 (54,1)	219 (45,9)	
Üniversite	185 (59,3)	127 (40,7)		190 (60,9)	122 (39,1)	
Yüksek lisans/doktora	43 (79,6)	11 (20,4)		35 (64,8)	19 (35,2)	
Çalışma durumu			0,133			0,158
Evet	299 (69,2)	133 (30,8)		228 (52,8)	204 (47,2)	
Hayır	853 (73,0)	315 (27,0)		570 (48,8)	598 (51,2)	
Yakını muayene ettirme isteği			0,049			0,095
Evet	47 (61,8)	29 (38,2)		45 (59,2)	31 (40,8)	
Hayır	1105 (72,5)	419 (27,5)		753 (49,4)	771 (50,6)	

Kısaltmalar: MHRS; Merkezi hekim randevu sistemi

3.3. Başvuru Türü ve Dermatolojik Şikâyet Sayısı Açısından Karşılaştırmalı Bulgular

MHRS yoluyla başvuran hastalarda, kuyruk sistemi yoluyla başvuran hastalara kıyasla birden fazla şikâyet ileme sıklığı istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 2).

Tablo 2. Başvuru Türü ve Dermatolojik Şikâyet Sayısı Açısından Karşılaştırmalı Bulgular

Başvuru Türü	Dermatolojik Şikâyet Sayısı	
	Tek şikâyet ileten hasta grubu (n=1152) n (%)	Birden fazla şikâyet ileten hasta grubu (n=448) n (%)
MHRS	531 (66,5)	267 (33,5)
Kuyruk Sistemi	621 (77,4)	181 (22,6)
p	<0,001	

Kısaltmalar: MHRS, merkezi hekim randevu sistemi

3.4. Dermatolojik Hastalıkların Başvuru Türü ve Şikâyet Sayısı Açısından Dağılımları ve İstatistiksel Sonuçları

Klinik uygulamada sık görülen dermatolojik hastalıkların, başvuru türü ve iletilen şikâyet sayısı açısından dağılımları ve istatistiksel karşılaştırmalı bulguları Tablo 3'te özetlenmiştir. Akne vulgaris, akne vulgaris dışı akneiform erüpsiyon ve pigmentasyon bozukluğu tanılı hastaların daha fazla MHRS yoluyla başvurduğu görülmüştür ($p<0,05$). Birden fazla şikâyet ileten grupta ise sık görülen çeşitli dermatolojik tanılar bir arada izlenmiştir.

Tablo 3. Sık Görülen Dermatolojik Hastalıkların Başvuru Türü ve Şikâyet Sayısı Açısından Dağılımları ve İstatistiksel Sonuçları

Dermatolojik Hastalık	Başvuru Türü			Dermatolojik Şikâyet Sayısı		
	MHRS n=798	Kuyruk sistemi n=802	p	Tek şikâyet ileten hasta grubu n=1152	Birden fazla şikâyet ileten hasta grubu n=448	p
	%	%		%	%	
Akne vulgaris	32,1	18,1	<0,001	24,5	26,6	0,424
Ekzema grubu hastalıklar	16,7	18,3	0,375	14,5	25,2	<0,001
İnflamatuvar dermatozlar	12,5	10,1	0,145	8,2	19,2	<0,001
Mantar hastalıkları	9,3	11,1	0,261	7,6	16,7	<0,001
Viral hastalıklar	10,0	11,1	0,538	9,7	12,7	0,096
Bakteriyel hastalıklar	2,4	3,2	0,373	2,3	4,0	0,099
Saç ve kıl hastalıkları	9,0	7,0	0,158	4,4	17,2	<0,001
Tırnak hastalıkları	3,5	4,5	0,383	1,9	9,4	<0,001
Pruritus	4,9	6,9	0,116	4,9	8,3	0,016
Kserozis kutis	4,8	4,5	0,888	1,0	14,1	<0,001
Pigmentasyon bozuklukları	4,6	2,5	0,029	1,1	9,8	<0,001
Selim fibrohistiositik tümörler	4,6	3,0	0,113	2,1	8,3	<0,001
Nevo-melanositik selim tümörler	4,4	2,9	0,136	1,9	8,0	<0,001
Fiziksel etmenlere bağlı dermatozlar	4,4	4,0	0,787	2,8	7,8	<0,001
Akne vulgaris dışı akneiform dermatozlar	3,6	1,6	0,018	1,6	5,1	<0,001
Epidermal selim tümörler	2,5	2,1	0,728	1,0	5,6	<0,001

Kısaltmalar: MHRS, merkezi hekim randevu sistemi

IV. TARTIŞMA

Bu çalışmada dermatoloji polikliniğine başvuran hastaların, MHRS ve kuyruk sistemi yoluyla olan başvuru türleri ve dermatolojik şikâyet sayısı açısından sosyo-demografik özellikleri ile başvuru türü ve şikâyet sayısı arasındaki ilişki incelenmiştir. Ayrıca tanı konulan dermatolojik hastalıkların başvuru türü ve şikâyet sayısı açısından dağılımları araştırılmıştır.

Bu çalışmada 1600 hastanın %65'inin kadın, yaş ortalamasının 34, yaklaşık %30'unun lise mezunu olduğu, %73'ünün ise çalışmadığı görülmüştür. İstanbul ilinde bir hastanede MHRS işleyişi üzerine yapılan bir çalışmada, katılımcıların %72,2'sinin kadın, yaklaşık yarısının ise ortaöğretim mezunu olduğu bulunmuştur (Kördeve vd., 2017). Giresun'da bir devlet hastanesinde ayaktan başvuran hastalara uygulanan anket çalışmasında, katılımcıların %62,8'inin kadın olup, yaş ortalamasının $26,7 \pm 8,2$ ve %64'ünün çalışmadığı bulunmuştur. Katılımcıların eğitim düzeyleri açısından, %46'sının yüksekokul veya üniversite, %26,7'sinin lise mezunu olduğu görülmüştür (Kurşun ve Kaygısız, 2018). Bu çalışmada ise lise mezuniyeti ve kadın cinsiyet ilk sırada yer almıştır. Benzer şekilde, Özen (2020) de çalışmasında kadın başvuru sayısını (%61) daha fazla saptamıştır. Hastane başvurularında bu çalışmada da gösterilen kadın/erkek oranının kadın lehine artış göstermesinin cinsiyet arası davranış farkından mı, yoksa cinsiyete özel hastalık yükünden mi kaynaklandığı ayrıca araştırılması gereken bir konu olmaktadır (Özen, 2020).

Çalışmada dermatoloji polikliniğine başvuran hastalarda kuyruk sistemi yoluyla başvuru (%50,1) ve MHRS kullanımı (%49,9) birbirlerine çok yakın oranda bulunmuştur. Literatürdeki en geniş veriyi içeren, Türkiye Cumhuriyeti SB'ye bağlı kamu hastanelerinin 2016 yılına ait ayaktan tanı ve tedavi hizmetlerinin incelendiği çalışmanın yaklaşık 50,2 milyon başvuruya ait veri analizinde, randevulu (MHRS) başvuru %30,7, randevusuz başvuru %69,3 olarak bulunmuştur (Özen, 2020). Ankara ilinde yapılan bir çalışmada, hastaların MHRS hakkındaki bilgi durumlarının genelde %80'in üzerinde olduğu, şimdiye kadar MHRS'yi kullanma durumlarının ise genel olarak %70'i geçtiği görülmüştür (Yıldızbaşı vd., 2016). Konya ilinde yapılan randevu sistemini değerlendiren bir anket çalışmasında, hastaların %73'ünün MHRS'yi, %24'ünün kuyruk sistemini kullandıkları belirtilmiştir (Kıraç, 2019). Aynı ilde yapılan başka bir çalışmada ise hastaların yarısı MHRS, %47,4'ü ise kuyruk sistemi yoluyla kayıtlarını yapmıştır (Pekgor vd., 2017). 2018 yılında yapılan bir araştırmada, katılımcıların tamamına yakını (%98) hastaneye gelmeden önce randevu alınabildiğini bilmekle birlikte, bu grubun %81,6'sının randevu aldığı, %18,4'ünün ise almadığı tespit edilmiştir. Toplam katılımcıların %82,2'sinin MHRS'yi, %17,8'inin ise hastane randevu ve kuyruk sistemlerini tercih ettiği saptanmıştır (Parlak, 2018). Afyon'da yapılan bir çalışmada, hastaların genel olarak randevu almadan hastaneye geldikleri görülmüştür (Karahana ve Gürpınar, 2009). Bir kamu hastanesinde, kadın hastalıkları ve doğum, genel cerrahi, çocuk sağlığı hastalıkları ve iç hastalıkları polikliniklerinin 1 aylık MHRS verileri sonucunda, randevuya gelme oranları yaklaşık %75 bulunmuştur. Polikliniklerde randevu alan ve doğrudan başvuran (kuyruk modeli) hasta sayıları incelendiğinde, örneklemedeki tüm polikliniklerde doğrudan başvuran hasta sayısının randevulu hasta sayısını geçtiği görülmüştür (Evirgen ve Yorulmaz, 2019). Literatürde izlenen bu sonuçlar şehir, zaman ve hastaneler açısından değişkenlik göstermektedir. MHRS Çalışma Usul ve Esasları Hakkındaki Yönerge, 2016 yılında güncellenmiş olup hekimlerin randevu cetvelinin, sağlık tesislerindeki poliklinik muayene sayısının en az %80'ini oluşturması esas alınmıştır (SB, 2018). Bu çalışmanın yapıldığı polikliniklerde MHRS aktif olarak uygulanmakta ve randevular standart hekim çalışma saatlerine yayılmaktadır. Bunun yanı sıra kuyruk sistemi ile de polikliniklere başvuru yapılabilmekte ve bu yolu kullanan hasta sayısı azalmamaktadır. Yönergede belirtilen MHRS ve kuyruk sistemi başvuru oranlarının klinik uygulamada yapılamadığı, kuyruk sistemi başvurusuna talebin devam ettiği ve dağılımın etkilendiği gözlenmiştir. MHRS ve kuyruk sistemi başvurularının benzer oranlarda olması buna bağlanmaktadır. Özen (2020) ise, randevusuz (kuyruk sistemi ile başvuru) hasta sayısının yüksek olmasını, Türkiye'de MHRS sistemini kullanarak randevu alma kültürünün henüz tam olarak yerleşmediğine bağlamıştır. Bu yüzden acil hasta gibi, doğrudan başvuran hastalara da yer açılıp, MHRS randevu planlamasının buna göre yapıldığını belirtmiştir. Bu uygulamanın, günler ya da haftalar beklemek zorunda olan randevulu hastalara kıyasla erken muayene olma imkânı verdiği için randevuyu teşvik edecek bir modelin yerleşmesini engellediği düşünülmüştür (Özen, 2020). MHRS ve kuyruk sisteminin hastalar üzerindeki memnuniyeti ölçen çalışmaların birinde, hastaların önceden hekim ve muayene zamanı seçebilmesinin hasta memnuniyetine olumlu etkisinin olduğu bulunmuştur (Kördeve vd., 2017). Başka bir çalışmada ise katılımcıların memnuniyet düzeylerinin, kullandıkları randevu sistemlerine göre farklılaşmadığı, MHRS ve hastane bünyesindeki randevu ve kuyruk sistemini kullanan katılımcılar arasında istatistiksel açıdan herhangi bir anlamlı farkın olmadığı görülmüştür (Parlak, 2018).

MHRS randevuları üzerine yapılan diğer çalışmalarla uyumlu olarak (Pekgor vd., 2017; Şahin, 2013) bu çalışmada eğitim seviyesi arttıkça MHRS başvuruların daha fazla olduğu saptanmıştır. MHRS yoluyla başvuran hastaların ortalama yaşı kuyruk sistemiyle başvuran hastalara göre daha düşük bulunmuştur. 65 yaş üstü hastalarda kuyruk başvurusu istatistiksel olarak olmasa da yüzdelik değerler açısından daha fazladır. Bu ilişki, eğitim düzeyi yüksek ve genç yaştaki hastalarda internet ve telefon gibi teknoloji kullanımının baskın olmasıyla MHRS başvurusunun tercih edildiğini göstermektedir. Yapılan bir çalışmada, internet kullanma durumunun MHRS uygulamasının bilinirliğini ve kullanımını etkileyen bir değişken olduğu sonucuna varılmıştır (Kuh ve Erdem, 2021). Başka bir çalışmada, randevu sistemlerini öğrenme aracı ile eğitim durumu arasındaki ilişki incelendiğinde, üniversite mezunu olanların yaklaşık yarısı, lisansüstü eğitimi olanların ise yarısından fazlası (%65,5) randevu sistemlerini sosyal medya ve kurumsal tanıtım yolu ile öğrenmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça bu araçların kullanılabilirliğinin de artması, eğitim düzeyinin farkındalığı artırması ile ilgili olabilmektedir (Parlak, 2018). Bu çalışmada başvuru türü ile cinsiyet arasında ilişki çıkmamakla beraber, yapılan bir çalışmada, MHRS'nin verimli kullanımı ile cinsiyet arasında ilişki, istatistiksel analiz sonuçlarına göre kabul edilmiştir (Kördeve vd., 2017). MHRS'nin bilgi ve kullanım düzeyinin araştırıldığı başka bir çalışmada ise kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre daha fazla MHRS uygulaması hakkında bilgi sahibi olduğu ve kadınların erkeklere göre bu uygulamaları daha fazla kullandıkları bildirilmiştir (Kuh ve Erdem, 2021).

Çalışmada, MHRS yoluyla başvuran hastaların kuyruk sistemiyle başvuran hastalara kıyasla, birden fazla şikâyet ilettiği bulunmuştur. Bunun nedeninin, MHRS randevusu oluşturma süresi olduğu düşünülmektedir. SB'ye bağlı hastaneler ile ağız ve diş sağlığı merkezlerine sabah saat 07:00'ye kadar aynı gün içerisine, 07:00'den sonra ise en erken 1, en geç 15 gün sonrasına randevu oluşturulabildiği belirtilmektedir. Hekim çalışma cetvelinde ilk muayene cetveli, hastaların en erken 1 gün, en geç 30 gün sonrasına randevu almasına imkân verecek şekilde tanımlanmaktadır (SB, 2018). Bir anket çalışmasında hastaların %82'sinin 7 güne kadar randevularını alabildikleri görülmüştür (Kıraç, 2019). Başka bir çalışmada, katılımcıların kullandıkları randevu sistemi ile randevu oluşturma süreleri arasında anlamlı ve orta düzeyde ilişki saptanmıştır. MHRS'yi kullanan katılımcıların %25,9'unun randevularını aynı gün içinde, %39,9'unun 1-3 gün, %22'sinin 4-7 gün, %7'sinin 7-14 gün ve %5,2'sinin 15 gün içinde alabildikleri tespit edilmiştir. Hastanenin kendi randevu ve kuyruk sistemini kullanan katılımcıların %91,7'i ise aynı gün içerisinde alabildiklerini belirtmişlerdir (Parlak, 2018). Başka bir araştırma, katılımcıların %54'ünün MHRS uygulanmaya başladıktan sonra hastanede sıra beklemeden muayene olduğunu, %58'inin ise istediği gün ve saate randevu alabildiğini saptamıştır (Kördeve vd., 2017). Bu çalışmanın yapıldığı hastanede ve tarihte, dermatoloji polikliniklerine MHRS randevu alma gününün, bazı günlerde daha erken olmakla beraber ortalama 10-15 gün arasında değiştiği gözlenmiştir. MHRS başvurusu yapan hastaların kuyruk yoluyla başvuran hastalara göre hekime biraz daha geç ulaşmaları, onların ayrı dermatolojik hastalıkları ve dolayısıyla bunların oluşturduğu şikâyetleri tek bir muayene kaydı içerisinde iletmelerine sebep olabilir. Bu hastaların poliklinik muayenelerinde acil olmayan şikâyetlerini geciktirdikleri, bunları not alarak kaydedip başvurdukları gözlenmiştir. Diğer yandan, kuyruk sistemi yoluyla başvuran hastanın, aynı gün içerisinde muayenesi olduğundan, dermatolojik şikâyeti ortaya çıkınca bekletmeden başvuru yaptığı düşünülmektedir.

Sağlık harcamaları ve sağlık sistemlerinin, ülkelerin sağlık verimliliklerini ve başarılarını tek başlarına belirleyen faktörler olmadıkları anlaşılmalı birlikte, kişilerin sağlık hizmeti için bekleme süreleri (aynı gün randevu alamama oranları), sağlık sistemlerinin verimlilik ve başarı ölçümünde sıklıkla kullanılan ve verisi kolay ulaşılabilen değişkenlerden biridir (Daştan ve Çetinkaya, 2015). Randevu süresinin uzunluğu sağlık hizmetlerinde kaliteyi düşüren olumsuz durumlar arasında da sıralanmaktadır (Akdur, 2006). Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) üyesi ülkelerin sağlık sistemleri üzerine bir araştırmada, Türkiye'nin performansı veri eksikliğinden dolayı diğer ülkelerle kıyaslanamamaktadır (Daştan ve Çetinkaya, 2015). Ancak literatür verilerinde diğer ülkeler açısından bakıldığında, bir uzman randevusuna erişmek için bekleme süresi aylardan yıllara kadar değişmekte ve dermatoloji polikliniklerinde uzun bekleme süreleri önemli bir zorluk olarak görünmektedir (Coast vd., 2006; Foley vd., 2013; Jayakumar vd., 2018; Johannessen ve Alexandersen, 2018; O'Brien ve Chong, 2016; Stainkey vd., 2010). Yeni muayene randevuları için bekleme süreleri, muayenehane

ortamına ve coğrafi bölgeye göre farklılık göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde genellikle randevu alımı 45 günü geçmektedir (Jayakumar vd., 2018). Ayrıca yeni bir dermatoloji poliklinik randevusu için 120 günden fazla beklediği de bildirilmiştir (Coast vd., 2006; Foley vd., 2013). Dermatolojik hizmet talebi arzın üzerinde olsa da Türkiye'de MHRS randevusu için bekleme süresinin diğer ülkelere kıyasla çok daha kısa olduğu sonucuna varılabilmektedir.

Çalışmada dermatolojik şikâyet sayısı bulguları açısından birden fazla (2-6) şikâyet ileten hastaların oranı %28 saptanmıştır. Bu grupta muayene başında şikâyetlerini sırasıyla iletenler kadar (%49,8), ilk şikâyetini anlatıp diğerlerini reçete yazımı esnasında (%40,2) ve muayene bitip muayenehane odasından çıkarken (%4,9) iletenler de olmuştur. Hastaların artan şikâyet sayıları ve şikâyetlerini muayenenin farklı aşamalarında iletmelerinin, mevcut muayene süreleri içerisinde hekimlerin hastalıklara odaklanmasını güçleştirip, tanı, tetkik ve tedavi aşamalarında eksik veya hata ihtimali oluşturabileceği düşünülmektedir. Muayene süreleri açısından MHRS yönergesinde randevu süresinin her poliklinik ve hekime bağlı olarak, en az 10 en fazla 60 dakikaya kadar farklılık gösterebildiği ve tedavi süresinin planlanmasının hastane yönetiminde olduğu bildirilmektedir (SB, 2018). Türk Tabipler Birliği'nin 2017 yılında yaptığı bildiri, randevu sisteminde hastaya ayrılan sürenin on dakikayı dahi bulmadığı, randevusuz (kuyruk sistemiyle başvuran) hastalar da eklenince hasta başına düşen toplam sürenin beş dakikaya kadar indiği vurgulanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği hasta muayene süresinin 20 dakika olduğu, Türkiye'de hekimlerin aşırı iş yükünün ve hasta değerlendirmede yeterli süre ayırlanmamasının hasta güvenliğini tehlikeye atan etkenlerin başında geldiği belirtilmiştir (Türk Tabipleri Birliği, 2017). Uluslararası kaynakların derlendiği bir yayında ayaktan başvuru sürelerinin 10 dakikadan az olmaması, karmaşık tıbbi durumlar göz önüne alındığında bu sürenin daha da artması gerektiği sonucuna varılmıştır (Yardım ve Eser, 2017). Almanya, Birleşik Krallık ve Amerika Birleşik Devletleri'nde ülke başına 128 hekim ile yapılan bir araştırmada, Alman, İngiliz ve Amerikalı hekimlere yeni bir hasta randevusu için sırasıyla 16/11/32 dakika, rutin bir hasta muayenesi için 6/10/18 dakika ayrıldığı ve tam bir fiziksel muayene için 12/20/36 dakika ayrıldığı ancak hekimlerin daha fazla zamana ihtiyaç duyduklarını hissettikleri bildirilmiştir. (Konrad vd., 2010). Medscape internet sitesinde 2019'da yapılan bir anket sonucunda, hastalara ayrılan zaman açısından en yaygın süre 17-24 dakika, ardından 13-16 dakika olmuştur (Martin, 2019). Çalışmanın yapıldığı hastanede ve tarihte, MHRS başvuruları dermatoloji poliklinikleri için her 10 dakikada bir olarak düzenlenmiştir. Bazı kamu hastanelerinde ise 10 dakika içerisinde iki hastaya randevu verilecek şekilde MHRS uygulaması yapıldığı bilinmektedir. Hastalar tüm iletilen şikâyetleri için tanı ve tedavi beklentisinde olsa da, bu şekilde artan hasta sayısının ve muayene süresi kısalığının, hastaların nitelikli sağlık hizmeti almasını engellediği düşünülmektedir. Bostan ve Çiftçi (2016), araştırmalarında sağlık çalışanlarının, sağlıkta dönüşüm programı uygulamalarını kendileri açısından yeterince pozitif bulmadığını savunmuştur. Hekimlerde tükenmişlik sendromunu araştıran bir çalışmada günlük 8 saatten fazla çalışma zamanı ve günlük muayene edilen hasta sayısı artışının duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Ozkula ve Durukan, 2017). Ayrıca Türkiye'de dermatologların tükenmişlik düzeylerini inceleyen bir çalışmada hasta sayısının fazlalığı önemli bir etken olarak sunulmuştur (Ozkur vd., 2019). Hekim tükenmişliği potansiyel olarak tüm sağlık sistemini etkilemektedir. Sağlık mesleğinde çalışanların iyi olma durumu, refahı ile hasta güvenliği arasında belirgin bir ilişki vardır (Dewa vd., 2017).

Bu çalışmada 18 yaş altı hastaların tek şikâyet ile başvurusu daha yüksek bulunmuştur. Bu grubun yaşının küçük olmasından dolayı birden fazla dermatolojik hastalığa maruz kalmamış olabilecekleri düşünülmektedir. Okuma yazma bilmeyen ve 65 yaş üstü hastalar da yine tek şikâyetle başvurmuştur. Muayenede tek şikâyet iletilmesi, hastaların sadece o hastalığa odaklandığını düşündürmektedir.

Dermatolojik hastalıklar açısından çalışmada akne vulgaris, akneiform döküntü ve pigmentasyon bozukluğu olan hastaların, MHRS başvurusunu daha fazla tercih ettikleri görülmüştür. Akne vulgaris, kronik inflamatuvar ve tekrarlayan seyir ile karakterize, önemli ve sık görülen bir dermatolojik hastalıktır. Belirgin bir psikososyal etkisi olup, yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyebilmektedir (Gollnick ve Dreno, 2015; Kalkan, 2018). 12 ila 25 yaş arasındaki kişilerin yaklaşık %85'i akne vulgaristen etkilenmektedir. Vitiligo, efelid (çil) gibi bazı pigmentasyon bozuklukları da çocukluk

çağında başlamaktadır. Diğer sık görülen pigmentasyon bozukluğu olan melazma da genellikle hamilelik veya oral kontraseptif kullanımı ile ilişkilidir ve en çok genç-orta yaşlı kadınlar arasında yaygındır (Plensdorf vd., 2017). Bu hastalıkların görülme yaşları sıklıkla çocukluk ve genç dönem olduğundan ve gençlerin yaşlılara kıyasla teknoloji ile daha fazla ilişkisi olduğundan başvurularını MHRS aracılığıyla yaptıkları düşünülmüştür.

Bir hastanın kendi muayene kaydı içerisinde yakınına muayene ettirme isteği, günlük poliklinik pratiğinde gözlenebilen bir durumdur. Literatürde daha önce rastlanmayan bu bulgu, çalışmada %4,8 olarak bulunmuştur. Çalışmada tek şikâyet ile hasta grubunda, yakınına kayıt yaptırmadan muayene ettirme isteği daha fazladır. 18 yaşın altındaki hastalar da bu çalışma sonucuna göre tek şikâyetle başvurmaktadır. Genellikle 18 yaşın altındaki çocuk hastalar yanlarında ebeveynleri ile muayeneye gelmektedir. Gözlendiği kadarıyla, ailede birden fazla çocuk varsa ve diğer çocuklarda da deri hastalığına ait şikâyet varsa, aileler sadece bir çocuğa muayene kaydı almakta ve bu kayıt üzerinden diğer kardeşler için de tanı ve tedavi talep etmektedir. Aynı muayene kayıtlarında muayeneye refakat eden kişi için de muayene talep edilmesi, bu gruptaki insanların bu davranışı doğal görmelerine bağlanmaktadır. Ayrıca bu talebin, hekimlerin zaman kaybına neden olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmanın bazı sınırlılıkları mevcuttur. Özellikle kamu hastanelerindeki poliklinik başvurularının yoğunluğu göz önüne alındığında, hastaların muayeneleri sırasında şikâyetlerinin tümünü iletme durumu kısıtlanmış olabilir. Yoğunluğun hastalar üzerindeki etkisinin, çalışma bulguları açısından veri kaybı olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir. Diğer bir kısıtlılık, çalışmadaki bulguların beş aylık sürede toplanmış olmasıdır, bundan dolayı mevsimsel değişkenlik gösteren bazı dermatolojik hastalıklar, çalışmada verilen tanı sıklığını etkilemiş olabilir. Bir başka kısıtlılık ise, çalışmanın tek merkezde yapılmış olmasıdır. Hastaların özellikleri Türkiye'nin diğer bölgelerinde ve hastanelerinde farklılık gösterebilir. Bu nedenle daha sonraki çalışmaların, daha geniş coğrafi bölgeden hastaları içermesi önerilmektedir.

V. SONUÇ

Bu çalışmada, hastaneye başvuru türleri MHRS ve kuyruk sistemi açısından incelenmiş, sosyo-demografik verilerle literatüre katkı sunulmuştur. Ayrıca yeterli hasta sayısı ile yeni ve orijinal bir araştırma sorusuna cevap aramaktadır. Hastaların muayene süreçlerinde birden fazla hastalık ve bunlara sebep olan şikâyetler saptanmıştır. Birden fazla şikâyet varlığı, MHRS başvurusu olan hastalarda kuyruk sistemiyle başvuru yapan hastalara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Türkiye'de sağlıkta insan kaynakları, uluslararası karşılaştırmalarda sayı bakımından yetersiz olup, artan sağlık hizmetleri talebi ve öngörülemez sağlık krizleri karşısında aşırı iş yükü ile karşı karşıya kalmaktadır (Çınaroğlu, 2021). Bu çalışmanın sonuçlarından olan, muayene sırasında iletilen birden fazla şikâyet sayısı, şikâyetlerin muayene başlangıcı yerine farklı aşamalarda iletilmesi ve çalışmada %5'e yakın oranda saptanan hastaların kendi başvurularında yakınlarını da muayene ettirme isteği, hekim tarafından mevcut muayenenin iyi bir şekilde yönetilememesine, iş yükü artışına dolayısıyla hasta ve hekimin tatminsizliğine neden olmaktadır. Oluşan aksaklıklar sonucu hastalar tekrar sağlık kurumlarına başvurmak mecburiyetinde bırakılmakta, bu bir kısır döngü yaratarak başvuru sayısını ve zaman baskısını artırmaktadır (Yardım ve Eser, 2017). Bunun önüne geçilebilmesi için muayene süreleri artırılmalı ve her muayene kaydında yalnızca tek şikâyet üzerinde durulup, bu şikâyete neden olabilecek hastalıklar ile ilgili gerekenler yapılmalıdır. Sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesinde MHRS uygulamasının, önemli bir rolü olduğu saptanmıştır (Tarcan vd., 2014). Bu bağlamda diğer öneriler, MHRS randevusu oluşturma süreleri açısından yeni düzenlemeler yapılması, MHRS ve kuyruk sisteminin sınırlarının net bir şekilde çizilmesi ve hastanelere başvuru yöntemleri hakkında halkın bilgilendirilmesidir. Dermatolojide randevu planlamasında, hekimin mesleki derecesi, hastanın yeni kayıt veya takipli hasta olma durumu ve başvuru hastalığının niteliği de (deri hastalığı veya şüpheli deri tümörü) dikkate alınmalıdır (Wong vd., 2017). Daha önce literatürde herhangi bir tıp dalı alanında hastaneye başvurma yöntemleri (MHRS ve kuyruk sistemi) ile hastalığa ait şikâyet sayısının ilişkisini inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Bu çalışmada elde edilen prevalans bulgularının hem dermatolojide hem de diğer tıp dallarındaki poliklinik hizmetlerinde uygulanan sağlık politikalarına

yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Bu konu üzerinde daha kesin sonuçların elde edileceği çok merkezli çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Etik Kurul İzni: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından, 23.09.2020 tarihinde, 2020-09/782 numaralı karar ile etik kurul onayı alınmıştır

KAYNAKLAR

- Akdur, R. (2006). Sağlık sektörü “Temel kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde durum ve Türkiye’nin birliğe uyumu”. E. Çağrı (Ed.), *Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi Araştırma Dizisi* içinde (No:25). Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Aksu, M. Ç., Ateş, Y., Yaman, H., & Karaman, E. (2018) Merkezi hekim randevu sistemi için öneriler. *In Fifth International Management Information Systems Conference*.
- Aslan, S., Altunay, İ., & Köşlü, A. (1996). Dermatoloji ve diğer klinik bilimler arası ilişkiler. *Şeh Tıp Bülteni*, 3-4, 59-64.
- Ayers, A. A. (2021, November 21). One visit, multiple complaints: meeting the patient’s needs without giving services away. *Journal of Urgent Care Medicine*. <https://www.jucm.com/one-visit-multiple-complaints-meeting-the-patients-needs-without-giving-services-away/>
- Bacanlı, A., & Günher Arıca, S. (2021). Aile hekimliğinde sık görülen dermatolojik hastalıklar ve yönetimi. S. Günher Arıca (Ed.), *Aile Hekimliğinde Sık Görülen Dermatolojik Hastalıklara Yaklaşım* içinde (1. Baskı, ss. 1-4). Türkiye Klinikleri.
- Baykal, C. (2004). *Dermatoloji Atlası*. Argos Yayıncılık.
- Bostan, S., & Çiftçi, F. (2016). Sağlıkta dönüşüm programı uygulamalarının hastane hizmetleri üzerindeki değişim etkisi: sağlık çalışanlarının görüşleri. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 1-8.
- Bucak, I. H., Almis, H., Dogan, F., & Turgut, M. (2018). A retrospective analysis of central physician appointment system data in a tertiary health center in Turkey. *Telemedicine and e-Health*, 24(3), 216-221.
- Coast, J., Salisbury, C., de Berker, D., Noble, A., Horrocks, S., Peters, T. J., & Flynn, T. N. (2006). Preferences for aspects of a dermatology consultation. *British Journal of Dermatology*, 155(2), 387-392.
- Copeman, P. W. (1995). The creation of global dermatology. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 88(2), 78-84.
- Çınaroğlu, S. (2021). Türkiye’de iller düzeyinde sağlık personeli dağılımı ve daha etkin politika ihtiyacı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(2), 235-254.
- Daştan, İ., & Çetinkaya, V. (2015). OECD ülkeleri ve Türkiye’nin sağlık sistemleri, sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırması. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104-134.
- Dewa, C. S., Loong, D., Bonato, S., & Trojanowski, L. (2017). The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review. *BMJ Open*, 7, 1-16.
- Evirgen, H., & Yorulmaz, M. (2019). Merkezi hekim randevu sistemi (MHRS): bir kamu hastanesi örneği. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*, 7(16), 432-443.

- Fien, S., Berman, B., & Magrane, B. (2005). Skin disease in a primary care practice. *Skinmed*, 4, 350-353.
- Fleischer, A. B. Jr., Herbert, C. R., Feldman, S. R., & O'Brien, F. (2000). Diagnosis of skin disease by nondermatologists. *The American Journal of Managed Care*, 6(10), 1149-1156.
- Foley, C. C., Corby, P., & Barnes, J. (2013). A dermatology outpatient waiting list initiative. *Irish Medical Journal*, 106(7), 217-218.
- Gollnick, H. P., & Dreno, B. (2015). Pathophysiology and management of acne. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 29, 1-2.
- High, W. A., Tomasini, C. F., Argenziano, G., & Zalaudek, I. (2018). Basic principles of dermatology. In Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L. (Eds.), *Dermatology*. (4th ed., pp.1). Elsevier.
- Jayakumar, K. L., Samimi, S. S., Vittorio, C. C., Micheletti, R. G., Steele, K. T., Ogunleye, T. A., Richardson, V., Chiesa, Z. C., & Rosenbach, M. (2018). Expediting patient appointments with dermatology rapid access clinics. *Dermatology Online Journal*, 24(6), 1-8.
- Johannessen, K. A., & Alexandersen, N. (2018). Improving accessibility for outpatients in specialist clinics: reducing long waiting times and waiting lists with a simple analytic approach. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1-13.
- Kalkan, G. (2018). Akne yaşam kalitesi ve psikiyatrik testler. H. Sarıcaoğlu, İ. Ünal, G. Karaman, A. Ferahbaş Kesikoğlu, A.S. Karadağ, A. Şıkar Aktürk, G. Kalkan (Ed.), *Akne ve rozase Tanı ve tedavi içinde* (ss. 326-330). Türk Dermatoloji Derneği Yayınları-Galenos yayınevi.
- KHGM. (2019, Ekim 1). *Ankara ili MHRS değerlendirme toplantısı*. <https://khgmistatistikdb.saglik.gov.tr/TR-53033/ankara-ili-mhrs-degerlendirme-toplantisi.html#>
- Karahan, A., & Gürpınar, K. (2009). Hastanelerde kuyruk ve randevu sisteminin etkinliği üzerine bir araştırma: Afyon Devlet Hastanesi örneği. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 9(17), 155-172.
- Kıraç, R. (2019). Hastane randevu sistemlerinin hastalar açısından değerlendirilmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 6(3), 189-195.
- Konrad, T. R., Link, C. L., Shackelton, R. J., Marceau, L. D., Von dem Knesebeck, O., Siegrist, J., Arber, S., Adams, A., & McKinlay, J. B. (2010). It's about time: Physicians' perceptions of time constraints in primary care medical practice in three national healthcare systems. *Medical care*, 48(2), 95-100.
- Kördeve, M. K., Uzun, B., & Ünal, E. (2017). Merkezi hastane randevu sisteminin işleyişi üzerine bir alan araştırması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 3(2), 52-61.
- Kuh, Z., & Erdem, R. (2021). Dijital sağlık uygulamalarının bilinirliğinin ve kullanımının dijital bölünme çerçevesinde incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(2), 255-274.
- Kurşun, A., & Kaygısız, E. G. (2018). Merkezi hekim randevu sistemi (MHRS) uygulamalarına yönelik memnuniyet ve erişilebilirlik düzeyinin belirlenmesi. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(4), 401-409.
- Lowell, B. A., Froelich, C. W., Federman, D. G., & Kirsner, R. S. (2001). Dermatology in primary care: prevalence and patient disposition. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 45(2), 250-255.

- Martin, K. L. (2019, July 2). *Medscape Female Physician Compensation Report*. <https://www.medscape.com/slideshow/2019-compensation-female-physician-6011698#19>.
- O'Brien, J. C., & Chong, B. F. (2016). Reducing outpatient dermatology clinic wait times in a safety net health system in Dallas, Texas. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 75(3), 631-632.
- Ozkula, G., & Durukan, E. (2017). Burnout syndrome among physicians: the role of socio-demographic characteristics. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 30, 136-144.
- Ozkur, E., Kivanc Altunay, I., Calikoglu, E., & Onder, M. (2019). Burnout syndrome among dermatologists and assessment of prevalence and risk factors: A nationwide survey. *Dermatologica Sinica*, 37(4), 181-186.
- Özen, O. (2020). *Kamu hastanelerinde tanı ve tedavi süreçlerinde bekleme sürelerinin analizi*. (Doktora Tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul.
- Parlak, Ş. (2018). *Hastane randevu sistemlerinin hastalar açısından değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya.
- Pekgor, S., Eryilmaz, M. A., Solak, I., Pekgor, A., Yaka, H., Kaya, I. F. K., Korkusuz, D., Mercan, S., Bolatkale, K., & Koç, M. (2017). Evaluation of factors affecting the use of the central physician appointment system. *Southern Clinics of Istanbul Eurasia*, 28(3), 204-211.
- Plensdorf, S., Livieratos, M., & Dada, N. (2017). Pigmentation disorders: diagnosis and management. *American Family Physician*, 96(12), 797-804.
- SB, Sağlık Bakanlığı. (2018, Mayıs 7). *Merkezi Hekim Randevu Sistemi Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge*. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11289/merkezi-hekim-randevu-sistemi-calisma-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge.html>
- SB, Sağlık Bakanlığı. (2016). *Merkezi hekim randevu sistemi* <https://www.mhrs.gov.tr/Vatandas/hakkimizda.xhtml>
- Stainkey, L. A., Seidl, I. A., Johnson, A. J., Tulloch, G. E., & Pain, T. (2010). The challenge of long waiting lists: how we implemented a GP referral system for non-urgent specialist' appointments at an Australian public hospital. *BMC health services research*, 10(1), 1-5.
- Şahin, Ş. (2013). Merkezi hastane randevu sistemi uygulamasının etkinlik, farkındalığının, hasta bekleme süresine ve memnuniyetine etkisinin ağız ve diş sağlığı merkezinde değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Okan Üniversitesi, İstanbul.
- Tarcan, M., Hikmet, N., Tarcan, G. Y., & Top, M. (2014). Evolution of nationwide central hospital appointment system (CHAS) implementation: a country study. *Journal of Health Informatics in Developing Countries*, 8, 18-32.
- Tıpta Uzmanlık Kurulu. (2015). Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı. <https://tuk.saglik.gov.tr/Eklenti/34079/0/derivezuhrevihastaliklarimufredatv24pdf.pdf>
- Tripathi, R., Knusel, K. D., Ezaldein, H. H., Scott, J. F., & Bordeaux, J. S. (2018). Association of demographic and socioeconomic characteristics with differences in use of outpatient dermatology services in the United States. *JAMA Dermatology*, 154(11), 1286-1291.

- Türk Tabipleri Birliği. (2017, Şubat 28). https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=67cbdbde-9232-11e7-b66d-1540034f819c.
- Wong, J. L. C., Vincent, R. C., & Al-Sharqi, A. (2017). Dermatology consultations: how long do they take?. *Future hospital journal*, 4(1), 23-26.
- Yardıı, M., & Eser, E. (2017). Ayaktan tanı ve tedavi başvurularında hasta başına kaç dakika ayrılmalıdır?. *Turkish Journal of Public Health*, 15(1), 58-67.
- Yıldızbaşı, E., Öztaş, D., Sanisođlu, Y., Fırat, H., Yalçın, N., Dađ Şeker, E., Doğusan, A. R., & Akçay, M. (2016). Bir eğitim ve araştırma hastanesinde merkezi hekim randevu sistemini kullanan hastaların memnuniyet düzeylerinin ölçülmesi. *Ankara Medical Journal*, 16, 298-302.

