

Bir Aile Hekimli i Merkezi'ne Ba vuran Hastalara Konulan Tanılar

Muammer YILMAZ¹, Atilla Senih MAYDA², Cengiz YÜKSEL¹, Filiz BOLU¹, Olcay SEVAL¹,
Kübra BAYINDIR¹, Hakan GENÇER¹, Bü ra Sultan SOYDAN¹, Ahu Gülçin SARI¹, Saliha SEV NÇER¹,
Furkan Kemal PAKSOY¹, üle ÖZTÜRK¹, Ebru PALABIYIK¹, Handan TOÇO LU¹

ÖZET

Birinci basama a ba vuran hastaların tanılarının da ılımını bilmek, aile hekimli i dalında uzmanlık e itim müfredatının belirlenmesinde önemli rol oynar. E itime katkı sa lamak amacıyla bu tanımlayıcı ara tırmada, 01 Temmuz 2012-01 Ocak 2013 tarihleri arasında Bir Aile Sa ılı ı Merkezine ba vuran 5690 olguya ait tutulmu hasta kayıtları geriye dönük olarak incelenmi tir. Toplam 5690 hasta kaydının cinsiyete göre da ılımı erkek %41.7, kadın %58.3'tür. Ba vuranların ortalama ya ı 42.8±0.3 yıldır. En sık 45-59 ya grubunda ba vuranlar olmu tur. Hastaların minimum geli sıklı ı 1, maksimum geli sıklı ı 14, ortalama geli sıklı ı 1.7±0.02'dir. Hatalara en sık konulan tanı 1754 (%30.8) akut nazofarenjit-nezle, esansiyel hipertansiyon 816 (%14.3) ve dorsaljidir 322 (%5.7). Birinci basamakta hasta profili ve sık görülen hastalıkların bilinmesi; aile hekimli i e itiminin ihtiyaca göre belirlenmesini sa layabilir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimli i; hasta kayıtları; tanı.

Diagnosis of Patients Applied a Family Medicine Center

ABSTRACT

To determine diagnoses in patients presenting to family medicine center and to contribute to determination of the content of residency training of family physician. In this descriptive study 5690 patient records of patients admitted to a Family Health Center between July 1, 2012-January 01, 2013 were studied retrospectively. Of total 5690 patient record, distribution by gender was 41.7% male, 58.3% female respectively. The mean age of the applicants was 42.8 ± 0.3 years. 45-59 age group was the most frequent applicants. The minimum frequency of visits to patients 1, the maximum frequency of visits to 14, the average frequency of arrivals was 1.7 ± 0.02. The most common diagnosis was; acute nasopharyngitis-cold in 1754 (30.8%), essential hypertension in 816 (14.3%) and backache in 322 (5.7%). Patient profile and knowledge of common diseases in primary care may provide family medicine education according to need.

Keywords: Family physician; patient records; diagnosis.

G R

Tıp her geçen gün geli mekte ve çe itlilik kazanmaktadır. Sa ılık hizmeti sunumu da bu geli melerden payını alarak, a ırı derecede karma ıklı mı , küçük dallara ayrılı mı , disiplinler birbirinden kopmu , yüksek ve pahalı teknolojilere ba ımlı hale gelmi tir. Bu geli melerin sonucunda, ki ileri ve aileleri, içinde ya adı ı toplumun bir parçası olarak ele alan, ya , cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın kesintisiz ve bütüncül sa ılık hizmet sunabilen bir hekim tipine ihtiyaç duyulmu tur (1). Aile hekimine (AH) olan gereksinimi ilk kez 1923 yılında Francis Peabody gündeme getirmi ve tıp bilimlerinde olu an a ırı uzmanla ma sonucu hastaların ortada kaldı ını ve kapsamlı ve ki isel sa ılık hizmeti veren bir uzmanlık dalının gereklili ini vurgulamı tir (2).

Ça da sa ılık hizmetleri uygulamalarında temel hizmet sunumu biçimi; birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak biçiminde basamaklandırılan hizmet sunumu örgütlenmesi eklindedir. Sa ılık hizmetlerinin bu örgütlenmesinde, ki iye yönelik koruyucu hekimlik hizmeti ile birinci basamak tedavi hizmetlerinin entegre olarak verildi i birinci basamak sa ılık hizmetleri ise merkezi konumda bir yer i gal etmektedir (1-3). Birinci basamakta ba arılı ve uzmanla mı bir ekip ile masraflar en aza inecek ve insanlar hak ettikleri kalitede sa ılık hizmetine kavu acaklardır (3,4). Yapılan çalı malar sonucunda, birinci basamakta insanların, yakınma ve hastalıklarının %90'ına çözüm bulanabildi i sonucuna varılı mı tir (4).

¹ Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi

² Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sa ılı ı Anabilim Dalı

Correspondence: Dr. Atilla Senih MAYDA, e-posta: amayda@hotmail.com

Türkiye’de bütüncül yaklaşım 1960 yılından sonra Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Müsteşarlığı’na atanan Prof. Dr. Nusret Fik’in hazırladığı 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası ile “Toplum Hekimliği” çerçevesinde düzenlenmiş ve sağlık sisteminde birinci basamağa yerleştirilmeye çalışılmıştır. Birinci basamağı sağlık sisteminin merkezine yerleştiren ve sevk zincirini başlatan bu sistem Alma Ata konferansından çok önce birincil bakımın önemini vurgulamıştır (3). Fik 1985 yılında yayımladığı “Halk Sağlığına Giriş” kitabında; “1963-1965 yılları arasında başarı ile uygulanan sosyalleştirme, 1966 yılından başlayarak başarısız bir uygulamaya dönüşmüştür” demiştir (5). Ülkede uygulamanın finansman kaynaklarından yoksun bırakılması, gelişen teknoloji ile yeterince desteklenmemesi, nüfus yapısındaki değişimlere uyulanmamasına ek olarak birinci basamak yetmiş uzmanların olmaması, mezuniyet sonrası eğitim, araştırma ihtiyaçlarının karşılanamaması gibi nedenler nedeniyle yazık ki bu başarılı uygulamanın başarısını engellemiştir (3).

Birinci basamak bir uygulama ortamıdır. AH ise birinci basamakta uygulama yapan bir tıp disiplindir ve bugün Türkiye’deki Sağlık Sistemi’nin birinci basamağını oluşturmaktadır (3,6). Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlıklı liderinde, diğer tüm sağlık hizmetleri düzene kavuşturacaktır. Öncelikle bu basamakta uzmanlaşma gerektiği kabul edilmelidir (6). Bu uzmanlaşma kısa süreli kurslar veya seminerler şeklinde değil, ciddi ve standart bir uzmanlık eğitimi ile olmalıdır (4). Hastanın sistemle ilk karşılaşması olan aile hekiminin eğitimi, hastanın birinci basamakta tedavi edilip edilemeyeceğini, diğer branş uzmanı ve/veya hastaneye sevkini gerekip gerekmeyeceğini ayırt edebilecek, güncel tarama, korunma, tedavi ve takip protokollerini uygulayabilecek ve birinci basamağın gerektirdiği gibi multi-disipliner araştırmalar yapıp yürütebilecek nitelikte olmalıdır (1). Avrupa Birliği tarafından, 1995 yılında Avrupa Topluluğu ve üye ülkelerinde birinci basamak hizmeti veren hekimlerin tıp eğitimlerinin ardından en az 2 yıl eğitim görmeleri gerektiğini bildiren karar alınmıştır (1,2,7). Bugün, Avrupa’nın birçok ülkesinde birinci basamak sağlık hizmetleri, en az 2 yıllık uzmanlık eğitimi almış, Aile Hekimi ya da Genel Pratisyen olarak isimlendirilen hekimler tarafından yürütülmektedir (3,7). Verilen uzmanlık eğitiminin süresi 2 yıl ile 5 yıl arasında değişmektedir (3,8).

Dünya Aile Hekimleri Birliği’nin (WONCA) tanımına göre; Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturarak, yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir. Bu bağlamda bütüncül, kapsamlı ve koordineli bir bakım sağlayarak özgün görüşme süreci ve problem çözme becerileri ile bireye, ailesine ve topluma yönelik bir yaklaşım geliştirir (9). Bu disiplinin ilkelerine göre yetiştirilen uzmanların sahip olmaları beklenen altı temel yeterlilik tanımlanmıştır. Bunlar kısaca; birincil bakım yönetimi, klinik merkezli bakım, özgün problem çözme becerileri, kapsamlı bakım, toplum temelli ve bütüncül yaklaşımdır (10).

15.09.2005 tarihinde Aile Hekimliği Pilot Uygulamasına

Düzce ilimizde geçilmiştir. Halen 81 ilimizde birinci basamakta Aile hekimliği modeli uygulanmaktadır (2). Bir uzmanlık dalı olarak aile hekimleri ülke genelinde aile hekimliği uygulamasına geçmek için oldukça yetersiz olması nedeniyle, Ülkemizde Aile Hekimliği uygulamasına, kısa süreli eğitimden geçirilerek mevcut pratisyen hekimler ile başlanmıştır (3,11).

Aile hekimliği uzmanlığı bir klinik tıp dalıdır ve uzmanlar bu zamana kadar genellikle tedavi edici sağlık hizmeti vermek üzere eğitilmişlerdir. Aile hekimlerinin birinci basamak rotasyonunun olmayışı önemli bir eleştiridir (3). Ülkemizde AH uzmanlık eğitimi 3 yıl olup, birinci basamak uygulamasına imkân sağlamak amacıyla klinik rotasyonları 18 aya indirilmiştir. Eğitim süresince 4 ay İç Hastalıkları, 5 ay Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, 4 ay Kadın Hastalıkları ve Doğum, 1 ay Göğüs Hastalıkları, 1 ay Genel Cerrahi, 2 ay Psikiyatri klinik rotasyonları yapmaktadırlar (12).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve WONCA, 1978 Alma Ata Konferansında ilan edilen “2000 Yılında Herkese Sağlık” hedefi doğrultusunda, 1994 yılında Ontario-Kanada’da “Tıp Eğitimi ve Uygulamalarını İnsanların Gereklerini Daha İyi Karşılamak Hale Getirmek: Aile Hekiminin Katkısı” konulu ortak bir konferans düzenlemiştir. Her iki birliğin temsilcilerinin ortak imzaları ile yayınlanan konferans dokümanının özet bölümünde şöyle denmektedir; “İnsanların ihtiyaçlarını karşılamak için, sağlık sisteminde, tıp mesleğinde, tıp fakültelerinde ve diğer eğitim kurumlarında köklü değişiklikler yapılmalıdır. Genel Pratisyen ya da Aile Hekimi, sağlık hizmet sistemlerinde kaliteye, sosyal adalete, etkinlik ve düşük maliyete ulaşmada merkezi rolü olmalıdır. Bu sorumluluğu yerine getirebilmek için Aile Hekimi; hasta bakımında yetkin olmalı, bireysel ve toplumsal sağlık hizmetini bir bütün halinde ele almalıdır. Bu amaç doğrultusunda Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Aile Hekimleri Birliği tarihi bir birliğin gerçekleştirilmiştir.” Bu birliğin ile toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılayabilmek için aile hekimlerinin daha donanımlı hale getirilebilmesi amaçlanmaktadır. Bu donanımı sağlayacak olan, aile hekimliği uzmanlık eğitimi programlarıdır. Aile hekimliğinin toplumun değişen sağlık ihtiyaçları doğrultusunda geliştirilen ve sürekli olarak gözden geçirilen bir uzmanlık eğitimi programı olmalıdır (2,13).

Çalışmamızda birinci basamağa başvuran hastaların tanılarının sınıflandırılması ve görülme sıklığının elde edilmesi sonucunda birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde verilebilmesi, toplumun hastalık yükünün azaltılmasının yanı sıra ikinci ve üçüncü basamak tedavi kurullarımızın da daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi vermelerine fırsat tanıyacak, Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminde önem verilmesi gereken, sık görülen hastalıklara dikkati çekerek ve Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminin içeriğinin belirlenmesine katkıda bulunacaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada, 01 Temmuz 2012-01 Ocak 2013 tarihleri arasında Düzce 3 No’lu Aile Sağlığı Merkezi’ne başvuran 5690 olguya ait tutulmuş hasta kayıtları geriye dönük

olarak incelenmi tir. Olgular ya , cinsiyet, kesin kayıtlı ve misafir hasta olup olmamaları, tanılar ve ek tanılar açısından de erlendirilmi tir. Kayıtlara dayalı bir durum saptaması olan bu çalı ma tanımlayıcı niteliktedir.

statistik Analiz

Ara tırmanın istatistiksel analizleri bir istatistik paket programı kullanılarak yapılmı tir. Elde edilen verilere ait tanımlayıcı de erler sayı ve yüzde frekans, ortalama±standart sapma olarak hesaplanmı tir. Kategorik yapıdaki özellikler bakımından grupların kar ıla tırılmasında ki-kare testi, ölçümle belirtilen özellikler bakımından kar ıla tırmada ise iki ba ımsız ortalama arasındaki farka ait t-testi kullanılmı tir. kiden çok grubun ortalaması ise varyans analizi ile kar ıla tırılmı tir. p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmi tir.

BULGULAR

Tablo 1’de 3 No’lu Aile hekimli i 1-Haziran – 31 Aralık 2012 tarihleri arasında ba vuran hastaların kayıtlarındaki cinsiyete, hasta tipine, ya aralı na göre da ılım gösterilmi tir. Buna göre toplam 5690 hasta kaydında cinsiyet 2373’ünde (%41.7) erkek, 3317’ünde (%58.3) kadın olarak i aretlenmi tir. Toplam 5690 hasta kaydının kesin kayıtlı 3628 hasta (%63.8), misafir 2052 hasta (%36.1) dir. 10 (%0.2) hastanın kaydı yapılmamı tir. Ba vuran hastaların kayıtlarındaki ya a göre cinsiyet da ımları; 0-4 ya grubundaki ba vuruların 206’sı erkek (%53.1), 182’si kadın (%46.9), 4-14 ya grubundaki ba vuruların 321’i erkek (%49.6), 326’sı kadın (%50.4), 15-29 ya grubundaki ba vuruların 384’ü erkek (%46.2) 447’si kadın (%53.8), 30-44 ya grubundaki ba vuruların 261’i erkek (%33.7) 514’ü kadın (%66.3) 45-59 ya grubundaki ba vuruların 430’u erkek (%34.2) 826’sı kadın (%65.8), 60-69 ya grubundaki ba vuruların 393’ü erkek

Tablo 1. Üç no’lu Aile hekimli i 1 Haziran-31 Aralık 2012 tarihleri arasında ba vuran hastaların kayıtlarındaki bazı özelliklerine göre da ılımı

Değişken	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Erkek	2373	41.7
Kadın	3317	58.3
Toplam	5690	100
Hasta tipi		
Kesin kayıtlı	3628	63.8
Misafir	2052	36.1
Kayı yapılmayan	10	0.2
Toplam	5690	100
Yaş Grubu		
0-4 yaş	388	6.8
5-14 yaş	647	11.4
15-29 yaş	831	14.6
30-44 yaş	775	13.6
45-59 yaş	1256	22.1
60-69 yaş	868	15.3
70-79 yaş	637	11.2
>80 yaş	283	5
Toplam	5685	100

(%45.3) 475’i kadın (%54.7) 70-79 ya grubundaki ba vuruların 274’ü erkek (%43) 363’ü kadın (%57) 80 ya üstü ya grubundaki ba vuruların 102’si erkek (%36) 181’i (%64) kadındır. Hasta kayıtlarındaki ya grubuna göre cinsiyet da ılımı farklıdır ($\chi^2=102.4$, p<0.001).

Ba vuran hastaların kayıtlarındaki hasta tipine göre cinsiyet da ılımına göre, kesin kayıtlı 3628 (%63.8) hastanın 1506’sı (%63.5) erkek, 2122’si (%64.1) kadın, 2052 (%36.1) misafir hastanın 865’i (%36.5) erkek, 1187’si (%35.9) kadın olarak bulunmu tur.

Çalı maya alınan erkeklerin ya ortalaması 40.9±0.5, kadınların ya ortalaması 44.2±0.4’tür. Kadınların ortalama ya ları daha yüksektir (t=4.8, p<0.001). Tüm ba vuranların ortalama ya ı ise 42.8±0.3 yıldır.

Tablo 2’de 3 No’lu Aile hekimli i 01 Haziran–31 Aralık 2012 tarihleri arasında ba vuran hastaların kayıtlarındaki ya a göre hasta tipi da ımları gösterilmi tir. Buna göre 0-4 ya grubundaki ba vuruların 257’si kesin kayıtlı (%66.2), 131’i misafir (%33.8), 5-14 ya grubundaki ba vuruların 355’i kesin kayıtlı (%54.9), 292’si misafir (%45.1), 15 -29 ya grubundaki ba vuruların 523’ü kesin kayıtlı (%62.9), 308’i misafir (%37.1), 30-44 ya grubundaki ba vuruların 513 ‘ü kesin kayıtlı (%66.2), 262’si misafir (%33.8), 45-59 ya grubundaki ba vuruların 869’u kesin kayıtlı (%69.2), 387’si misafir (%30.8), 60-69 ya grubundaki ba vuruların 563’ü kesin kayıtlı (%65), 303’ü misafir (%35) 70-79 ya grubundaki ba vuruların 412’si kesin kayıtlı (%65), 222’si misafir (%35) 80 ya üstü ya grubundaki ba vuruların 134’ü kesin kayıtlı (%48.2), 144’ü misafir (%51.8) olarak i aretlendi. Hasta kayıtlarındaki ya grubuna göre hasta tipi da ılımı farklıdır ($\chi^2=102.4$, p<0.001).

Tablo 2. Üç no’lu Aile hekimli i 1-Haziran – 31 Aralık 2012 tarihleri arasında ba vuran hastaların kayıtlarındaki ya a ve kesin kayıtlı-misafir olmasına göre da ılımı

Yaş Grupları	Kesin Kayıtlı		Misafir		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0-4 yaş	257	66.2	131	33.8	388	100.0
5-14 yaş	355	54.9	292	45.1	647	100.0
15-29 yaş	523	62.9	308	37.1	831	100.0
30-44 yaş	513	66.2	262	33.8	775	100.0
45-59 yaş	869	69.2	387	30.8	1256	100.0
60-69 yaş	563	65.0	303	35.0	866	100.0
70-79 yaş	412	65.0	222	35.0	634	100.0
>80 yaş	134	48.2	144	51.8	278	100.0
Toplam	3626	63.9	2049	36.1	5675	100.0

3 No’lu Aile hekimli i 1 Haziran–31 Aralık 2012 tarihleri arasında ba vuran hastaların kayıtlarındaki ba vuru sıklı ı ve sayısı; 5690 hastanın minimum geli sıklı ı 1 (hastaların 1966’sı (%34.6), maksimum geli sıklı ı 14 (hastaların 2’si (%0.0), ortalama geli sıklı ı 1.7 (±0.02) dir.

Tablo 3’de 3 No’lu Aile hekimli i 1 Haziran–31 Aralık 2012 tarihleri arasında ba vuran hastaların kayıtlarında en sık konulan on tanının cinsiyete göre da ılımı gösterilmi tir. Buna göre 5689 hastada en sık görülen tanı 1754 ba vuru sayısı ile (%30.8) akut nazofarenjit-nezle olarak saptandı. Bu ba vuruların 783’ü erkek (%33), 971’i kadın(%29.3) olarak i aretlendi. kinci sırada 816 ba vuru sayısı ile (%14.3) esansiyel hipertansiyon görüldü. Bu

ba vuruların 289'u erkek (%12.2), 527'si kadın (%15.9) dir. Üçüncü sırada 322 ba vuru sayısı (%5.7) dorsalji gelmektedir. Bu ba vuruların 122'si erkek (%5.1), 200'ü kadın (%6) dir. Dördüncü sırada 176 ba vuru sayısı (%3.1) i e girme öncesi muayene gelmektedir. Bu ba vuruların 106'sı erkek (%4.5), 70'i kadın (%2.1) dir. Be inci sırada 169 ba vuru sayısı (%3) ba a rısı gelmektedir. Bu ba vuruların 61'i erkek (%2.6), 108'i kadın (%3.3) olarak bulundu.

Tablo 3. Üç no'lu Aile hekimli i 1 Haziran–31 Aralık 2012 tarihleri arasında ba vuran hastaların kayıtlarındaki en sık konulan on tanının cinsiyete göre dağılımı

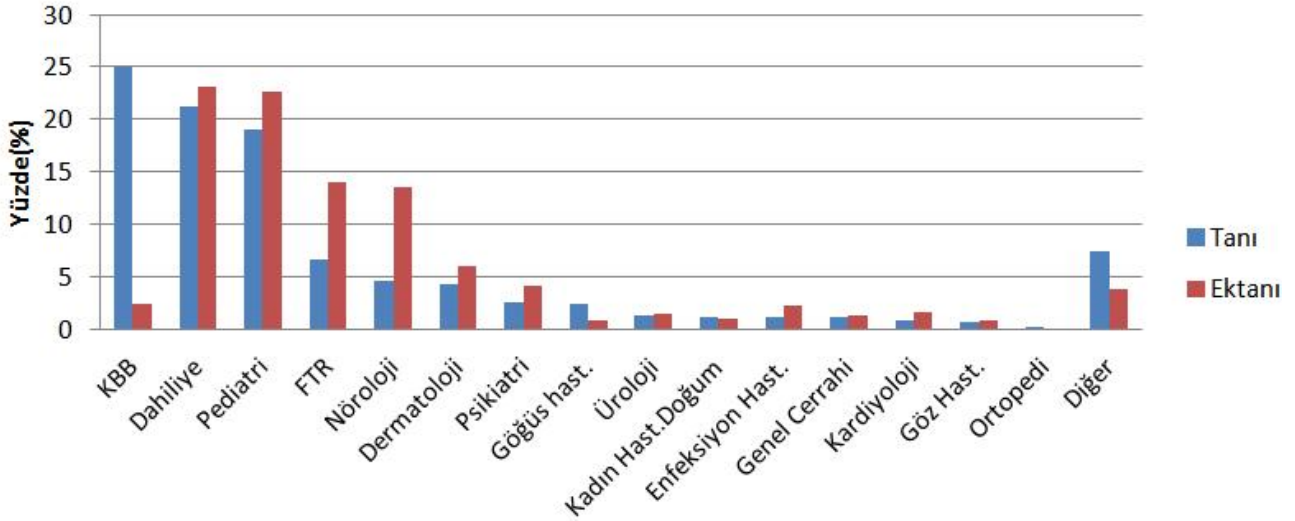
TANI	ERKEK		KADIN		TOPLAM	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Akut nazofarenjit nezle	783	33.0	971	29.3	1754	30.8
Esansiyel (primer) hipertansiyon	289	12.2	527	15.9	816	14.3
Dorsalji	122	5.1	200	6.0	322	5.7
İşe girme öncesi muayene	106	4.5	70	2.1	176	3.1
Baş ağrısı	61	2.6	108	3.3	169	3.0
Bronşit, akut veya kronik olarak tanımlanmamış	87	3.7	62	1.9	149	2.6
Atopik dermatit, tanımlanmamış	51	2.2	90	2.7	141	2.5
Ürtiker, tanımlanmamış	38	1.6	81	2.4	119	2.1
Öksürük	54	2.3	71	2.1	125	2.2
Diyabetes mellitus, komplikasyonları olmayan	35	1.4	66	2.0	100	1.8
Genel tıbbi muayene	68	2.9	31	0.9	99	1.7
TOPLAM	2372	100	3317	100	5689	100

3 No'lu Aile hekimli i 1 Haziran–31 Aralık 2012 tarihleri arasında ba vuran hasta kayıtlarındaki tanılarının ya lara göre dağılımı; 0-4 ya arası 388 hastada en sık görülen tanı 192 ba vuru sayısı (%49.5) akut nazofarenjit nezle olarak saptandı. İkinci sırada 27 ba vuru sayısı (%7) bron it ve öksürük görülmektedir. Üçüncü sırada 23 ba vuru sayısı (%5.9) ate gelmektedir. 5-14 ya arası 647 hastada en sık görülen tanı 345 ba vuru sayısı (%53.3) akut nazofarenjit nezle olarak saptandı. İkinci sırada 55 ba vuru sayısı (%8.5) bron it görülmektedir. Üçüncü sırada 26 ba vuru sayısı (%4) ate ve genel tıbbi muayene yer aldı. 15-29 ya arası 831 hastada en sık görülen tanı 325 ba vuru sayısı (%39.1) akut nazofarenjit nezle olarak görüldü. İkinci sırada 90 ba vuru sayısı (%10.8) i e girme öncesi muayene yer aldı. Üçüncü sırada 39 ba vuru sayısı (%4.7) genel tıbbi muayene saptandı. 30-44 ya arası 775 hastada en sık görülen tanı 229 ba vuru sayısı (%29.5) akut nazofarenjit nezle olarak görüldü. İkinci sırada 54 ba vuru sayısı (%7) i e girme öncesi muayene yer aldı. Üçüncü sırada 44 ba vuru sayısı (%5.7) hemoraji veya perforasyonun e lik etmedi i mide ülseri saptandı. 45-59 ya arası 1256 hastada en sık görülen tanı 317 ba vuru sayısı (%25.2) akut nazofarenjit nezle olarak saptandı. İkinci sırada 267 ba vuru sayısı (%21.3) esansiyel HT yer aldı. Üçüncü sırada 97 ba vuru sayısı (%7.7) dorsalji görüldü. 60-69 ya arası 868 hastada en sık görülen tanı 255 ba vuru sayısı (%29.4) esansiyel HT olarak

saptandı. İkinci sırada 174 ba vuru sayısı (%20) akut nazofarenjit nezle yer aldı. Üçüncü sırada 69 ba vuru sayısı (%7.9) dorsalji görüldü. 70-79 ya arası 636 hastada en sık görülen tanı 173 ba vuru sayısı (%27.2) esansiyel HT olarak saptandı. İkinci sırada 113 ba vuru sayısı (%17.8) akut nazofarenjit nezle yer aldı. Üçüncü sırada 69 ba vuru sayısı (%10.8) dorsalji görüldü. 80 ya üstü 283 hastada en sık görülen tanı 88 ba vuru sayısı (%31.1) esansiyel HT olarak saptandı. İkinci sırada 56 ba vuru sayısı (%19.8) akut nazofarenjit nezle yer aldı. Üçüncü sırada 23 ba vuru sayısı (%8.1) dorsalji ve mide ülseri görüldü. Toplam 5684 hastada en sık görülen tanı 1751 ba vuru sayısı (%30.8) akut nazofarenjit nezle yer aldı. İkinci sırada 814 ba vuru sayısı (%14.3) esansiyel HT üçüncü sırada ise 322 ba vuru sayısı (%5.7) dorsalji görüldü.

Çalı madaki hasta kayıtlarındaki ek tanılarının ya lara göre dağılımı; 0-4 ya arası 192 hastada en sık görülen ek tanı 56 ba vuru sayısı (%29.2) ate olarak saptandı. İkinci sırada 48 ba vuru sayısı (%25) öksürük görülmü tür. Üçüncü sırada 15 ba vuru sayısı (%7.8) demir eksikliği anemisi gelmektedir. 5-14 ya arası 280 hastada en sık görülen ek tanı 91 ba vuru sayısı (%32.5) ate olarak saptandı. İkinci sırada 47 ba vuru sayısı (%16.8) öksürük görülmü tür. Üçüncü sırada 35 ba vuru sayısı (%12.5) ba a rısı yer aldı. 15-29 ya arası 268 hastada en sık görülen ek tanı 88 ba vuru sayısı (%32.8) ba a rısı olarak görüldü. İkinci sırada 26 ba vuru sayısı (%9.7) hemoraji ve perforasyonun e lik etmedi i mide ülseri yer aldı. Üçüncü sırada 24 ba vuru sayısı (%9) dorsalji saptandı. 30-44 ya arası 266 hastada en sık görülen ek tanı 71 ba vuru sayısı (%26.7) ba a rısı görüldü. İkinci sırada 36 ba vuru sayısı (%13.5) dorsalji yer aldı. Üçüncü sırada 27 ba vuru sayısı (%10.2) hemoraji veya perforasyonun e lik etmedi i mide ülseri saptandı. 45-59 ya arası 449 hastada en sık görülen ek tanı 98 ba vuru sayısı (%21.8) dorsalji saptandı. İkinci sırada 54 ba vuru sayısı (%12) ba a rısı yer aldı. Üçüncü sırada 51 ba vuru sayısı (%11.4) hemoraji veya perforasyonun e lik etmedi i mide ülseri görüldü. 60-69 ya arası 312 hastada en sık görülen ek tanı 60 ba vuru sayısı (%19.2) dorsalji olarak saptandı. İkinci sırada 34 ba vuru sayısı (%10.9) diyabetes mellitus yer aldı. Üçüncü sırada 31 ba vuru sayısı (%9.9) hemoraji veya perforasyonun e lik etmedi i mide ülseri görüldü. 70-79 ya arası 227 hastada en sık görülen ek tanı 44 ba vuru sayısı (%19.4) dorsalji olarak saptandı. İkinci sırada 30 ba vuru sayısı (%13.2) esansiyel HT yer aldı. Üçüncü sırada 19 ba vuru sayısı (%8.4) hemoraji veya perforasyonun e lik etmedi i mide ülseri görüldü. 80 ya üstü 87 hastada en sık görülen ek tanı 15 ba vuru sayısı (%17.2) dorsalji olarak saptandı. İkinci sırada 11 ba vuru sayısı (%12.6) hemoraji veya perforasyonun e lik etmedi i mide ülseri yer aldı. Üçüncü sırada 8 ba vuru sayısı (%9.2) esansiyel HT görüldü. Toplam 2081 hastada en sık görülen ek tanı 285 ba vuru sayısı (%13.7) ba a rısı yer aldı. İkinci sırada 280 ba vuru sayısı (%13.5) dorsalji üçüncü sırada ise 187 ba vuru sayısı (%9) hemoraji veya perforasyonun e lik etmedi i mide ülseri görüldü.

ekil 1'de 3 No'lu Aile hekimli i 1 Haziran–31 Aralık



ekil 1. Üç no'lu Aile hekimli i 1 Haziran–31 Aralık 2012 tarihleri arasında ba vuran hastaların kayıtlarındaki tanı ve ek tanılarının tıpta uzmanlık alanlarına göre yüzde da ılımı

2012 tarihleri arasında ba vuran hastaların kayıtlarındaki tanı ve ek tanılarının tıpta uzmanlık alanlarına göre da ılımı görülmektedir. Tanıların ilgili oldu u uzmanlık dalı, ilk be i sırasıyla; Kulak Burun Bo az-KBB 1327 (%25), Dahiliye 1129 (%21.3), Çocuk Sa lı ı ve Hastalıkları 1009 (%19), Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon-FTR 348 (%6.6) ve Nöroloji 241 (%4.6) oldu u görülmektedir. Ek tanılarının ilgili oldu u uzmanlık dalı, ilk be i sırasıyla; Dahiliye 482 (%23.1), Çocuk Sa lı ı ve Hastalıkları 472 (%22.7), FTR 291 (%14), Dermatoloji 126 (%13.5) ve Psikiyatri 86 (%6)'dır.

TARTI MA

Bu ara tırmada kayıtlardaki hastaların 6 ay içerisinde ortalama 1.7 defa Aile Sa lı ı Merkezine ba vurdu u bulunmu tur. Marmara Üniversitesi çalı masında ortalama ba vuru sayısı 3.63 (14) ve Çukurova Üniversitesi Medikososyal Merkezi'ndeki Aile Hekimli i Poliklini i'nde ortalama ba vuru 2.03 olarak bizim çalı mamızdan yüksektir. Bunun nedeni kurum personelinin hastane hizmetlerinden merkeze ba vurmadan yararlanabilmesi oldu u dü ünülmü tür (15). Umurlu Aile Hekimli i Merkezi'nden ortalama ba vuru sayısı 1.3 olarak bizim çalı mamızdan küçüktür. Bunun nedeni bir kez ba vurunun yüksek çıkmasını, randevu sistemi ile çalı madı ı için hastaların her ba vuruda farklı bir hekim tarafından kar ılanmasına ve hastaların ço unlu unun sosyal güvencesinin SSK olması nedeni ile muayene ve tetkik için ücret ödemek zorunda olmalarına ba lanabilir (16).

Bu ara tırma da tüm ba vuranların ortalaması ise 42.8 ± 0.3 yıldır. Erkeklerin ya ortalaması 40.9 ± 0.5 , kadınların ya ortalaması 44.2 ± 0.4 olarak bulunmu tur. Kadınların ortalama ya ları daha yüksektir. Cerrahpa a Tıp Fakültesi Aile Hekimli i Poliklini i hastalarının ya otalaması bizim ara tırmamızdaki hastaların ya ortalamasından daha yüksektir. Ayrıca bizim çalı mamızla uyumlu olarak kadınların ya ortalaması erkeklerin ya ortalamasından daha yüksektir (17). Çukurova Üniversitesi Medikososyal

Merkezi'ndeki Aile Hekimli i Poliklini i hastalarının ortalama ya ı bizim ara tırmamızdakinden daha dü üktür ve bizim çalı mamızla uyumlu olarak kadınların ya ortalaması erkeklerin ya ortalamasından daha yüksektir (15). Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimli i Anabilim Dalı De irmendere Poliklini i'nde ya ortalaması bizim çalı mamızdan daha yüksektir (18). Umurlu Aile Hekimli i Merkezi'nde ki (16) ve Hereke Çalı masında hastaların ya ortalamarı bizim çalı mamızdan daha dü üktür (19).

Çalı mamızda en sık ba vuran ya grubu 45-59 ya , ikinci sıklıkla 60-69 ya , üçüncü sıklıkta 15-29 ya en az ba vuran 80 ya üstü olarak bulunmu tur. Umurlu çalı masında 15-65 ya en sık ba vurun ya grubu olarak çalı mamızla uyumlu olarak bulunmu tur. En az ba vuru ise 7-14 ya aralı nda olarak uyumlu de ildir (16). Marmara üniversitesi 46-55 ya en fazla ba vuru grubunu, 76 ya üstü ise en az ba vuran grup olarak çalı mamızla uyumlu bulunmu tur (14).

Bizim çalı mamızdaki hastaların %41.7'si erkek, %58.3'ü kadındır. Kadınlar erkeklere göre daha fazla ba vuruda bulunmu lardır. Hereke Çalı masında, hastaların %41.1'i erkek, %58.9'u kadındı (19). Bizim çalı mamızla benzerlik göstermektedir. Marmara Üniversitesinin çalı masında bizim çalı mamızla uygun olarak kadın hastaların ba vuru oranları erkek hastalardan daha yüksektir. Her ikisinde de kadınların ba vuru oranı %58'dir (14). Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimli i Anabilim Dalı De irmendere Poliklini i'nde %29.4'ü erkek, %70.6'sı kadın olarak bulunmu tur (18). Cerrahpa a Tıp Fakültesi Aile Hekimli i Poliklini i hastalarının %65'i kadın %35'i erkekti (17). Umurlu Aile Hekimli i Merkezi'ne ba vuranların %62.1'i kadın, %37.9'u erkekti (16). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi poliklini i çalı masına katılan hastaların %38.7'si erkek, %61.3'ü kadındı (20). Çukurova Üniversitesi Medikososyal Merkezi'ndeki Aile Hekimli i Poliklini i'nde ki ba vuruların %46.5'ini erkekler, %53.5'ini kadınlar yapmı tı (15). Bizim çalı mamızla uyumlu olarak bu ara tırmaların hepsinde kadınlar

erkeklerden daha çok ba vuruda bulunmu lardır.

Bizim ara tırmamızda erkeklerde akut nazofarenjit nezle, esansiyel hipertansiyon ve dorsalji sırasıyla ilk 3 yakınmayı olu turmaktadır. Cerrahpa a Tıp Fakültesi'nin çalı masında erkeklerde ilk üç yakınmayı sırasıyla hipertansiyon, gastrointestinal yakınmalar ve üst solunum yolları yakınmaları olu turmaktaydı. Bizim çalı mamızla uyumlu olarak erkeklerde venöz yetersizlik (varis) ve üst solunum yolu enfeksiyonları daha sıkı. Di er hastalıklar her iki cinste benzer da ılım gösteriyordu (17). Çukurova Üniversitesi Medikososyal Merkezi'ndeki Aile Hekimli i Poliklini i'nin çalı masında bizim ara tırmamızla uyumlu olarak erkeklerde ilk sırayı solunum yolu ikayetleri, daha sonra ise ikinci olarak genel – nonspesifik ve üçüncü olarak nörolojik yakınmalar olu turmaktadır (15).

Çalı mamızda kadınlarda akut nazofarenjit-nezle, esansiyel hipertansiyon ve dorsalji sırasıyla ilk 3 yakınmayı olu turmaktadır. Cerrahpa a Tıp Fakültesi'nin çalı masında ilk üç yakınmayı sırasıyla hipertansiyon, osteoporoz, gastrointestinal yakınmalar olu turmaktaydı (17). Hipertansiyon her iki cinste e it oranda gözlenirken, bizim ara tırmamızda hipertansiyon kadınlarda daha sık görülüyordu (kadın: %15.9, erkek: %12.2). Bizim ara tırmamızda osteoporoz, vitamin B-12 eksikli i ve demir eksikli i anemisi kadınlarda daha fazla görülüyordu. Cerrahpa a Tıp Fakültesi çalı masında da kadınlarda anemi ve osteoporoz bizim çalı mamızla uyumlu olarak daha fazla görülüyordu; di er hastalıklar ise her iki cinste benzer da ılım gösteriyordu (17). Çukurova Üniversitesi Medikososyal Merkezi'ndeki Aile Hekimli i Poliklini i'nin çalı masında bizim ara tırmamızla uyumlu olarak ilk sırayı solunum yolu ikâyetleri, daha sonra ise ikinci olarak genel–nonspesifik ve üçüncü olarak nörolojik yakınmalar olu turmaktadır (15).

Bizim ara tırmamızda 0-4 ya arası hastalarda en sık görülen tanı akut nazofarenjit nezle (%49.5) olarak saptandı. kinci sırada bron it (%7) ve öksürük görülmektedir. Üçüncü sırada ate (%5.9) gelmektedir; 5-14 ya arası hastalarda en sık görülen tanı akut nazofarenjit nezle (%53.3) olarak saptandı. kinci sırada bron it (%8.5), üçüncü sırada ate ve genel tıbbi muayene (%4) yer aldı. 15-29 ya arası hastalarda en sık görülen tanı akut nazofarenjit nezle (%39.1) olarak görüldü. kinci sırada i e girme öncesi muayene (%10.8) yer aldı. Üçüncü sırada genel tıbbi muayene (%4.7) saptandı. 30-44 ya arası hastalarda en sık görülen tanı akut nazofarenjit nezle (%29.5) olarak görüldü. kinci sırada i e girme öncesi muayene (%7) yer aldı. Üçüncü sırada hemoraji veya perforasyonun e lik etmedi i mide ülseri (%5.7) saptandı. Cerrahpa a Tıp Fakültesi'nin çalı masında 35 ya altı hastalarda en sık ikâyetler solunum yolu enfeksiyonları (%25), ikinci olarak gastrointestinal yakınmalar (%23.2), üçüncü olarak anemi (%19.6) bulunmu tur. Cerrahpa a Tıp Fakültesi'nin çalı masında 35 ya altında en sık ikâyetin solunum yolu enfeksiyonu olması bizim ara tırmamızla uyum göstermektedir.

Bizim çalı mamızda 45-59 ya arası hastalarda en sık görülen tanı akut nazofarenjit nezle (%25.2) olarak saptandı. kinci sırada esansiyel HT (%21.3) yer aldı. Üçüncü sırada dorsalji (%7.7) görüldü. 60-69 ya arası

hastalarda en sık görülen tanı esansiyel HT (%29.4) olarak saptandı. kinci sırada akut nazofarenjit nezle (%20) yer aldı. Üçüncü sırada dorsalji (%7.9) görüldü. Cerrahpa a Tıp Fakültesi'nin çalı masında 35-65 ya aralı nda en sık ikayetler hipertansiyondur (%50.3). Ayrıca ya artıtkça sıklı ı da artıyordu (17). Bizim çalı mamızda da ya artıtkça hipertansiyon sıklı ı artmaktadır ve iki ara tırma birbiriyle uyumlu olarak bulunmu tur. kinci gastrointestinal yakınmalar (%20.4) ve osteoporoz, üçüncü sırada ise üst solunum yolu enfeksiyonları ve romatizmal sorunlar (%14.4) olarak bulunmu tur (17). Bizim çalı mamızda da 60-69 ya arası hastalarda en sık tanı hipertansiyondur ve Cerrahpa a Tıp Fakültesi'nin çalı ması ile uyum göstermektedir. Bizim ara tırmamızda 59 ya ına kadar en sık ikayet olan akut farenjit nezledir, 60 ya ından sonra ise en sık ikayet hipertansiyon olmu tur.

Cerrahpa a Tıp Fakültesi'nin çalı masında 65 ya üstünde en sık ikâyet hipertansiyondur (%74.5) ve bizim çalı mamızla uyum göstermektedir. kinci olarak iskemik kalp hastalıkları (%40.4), üçüncü olarak osteoporoz (%23.4) bulunmu tur (17).

Bizim çalı mamızda 70-79 ya arası hastalarda en sık görülen tanı esansiyel HT (%27.2) olarak saptandı. kinci sırada akut nazofarenjit nezle (%17.8) yer aldı. Üçüncü sırada dorsalji (%10.8) görüldü. 80 ya üstü hastalarda en sık görülen tanı esansiyel HT (%31.1) olarak saptandı. kinci sırada akut nazofarenjit nezle (%19.8) yer aldı. Üçüncü sırada dorsalji ve mide ülseri (%8.1) görüldü.

Bizim ara tırmamızdaki tüm ba vurular incelendi inde en sık tanılar sırasıyla akut nazofarenjit nezle (%30.8) esansiyel HT (%14.3) üçüncü sırada dorsalji (%5.7) görüldü. Dördüncü sırada hemoraji veya perforasyonun e lik etmedi i mide ülseri (%5.4) gelmekteydi. Be inci sırada i e girme öncesi muayene (%3.1) gelmekteydi. Altıncı sırada ba a rısı (%3) gelmektedir. Marmara Üniversitesi çalı masında en sık konulan tanı bizim çalı mayla uyumlu olarak ÜSYE gelmektedir (%19). kinci sıradaki en sık yakınma hipertansiyondur ve bizim çalı mamızla uyumlu olarak bulunmu tur. Üçüncü sırada ise sa lıklı birey yer almı tır (14).

Hereke Aile hekimli i çalı masında en sık ba vuru nedeni olarak sevk yaptırma (%22.4) ve ilaç yazdırma iste i (%37.4) yer almaktaydı. Hereke çalı masında klinik yakınmayla ba vuran hastaların %4.1 ile bo az a rısı, %3.7 ile burun tıkanıklı ı hap ırık, %2.8 ile öksürük gibi üst solunum yolu ikayetleri ilk sıralarda yer almaktaydı. Di er klinik yakınmalar sırasıyla %2.2 oranıyla deri ve yumu ak doku problemleri, %2.1 oranıyla ekstremite/eklem problemleri, %2.1 oranıyla ba a rısı/ba dönmesi, %1.6 oranıyla mide/karın a rısı dispepsi olarak gösterilmi tir (19). En sık klinik yakınmalar olan üst solunum yolu ikâyetleri bizim çalı mamızla benzerlik göstermektedir.

Çukurova Üniversitesi Medikososyal Merkezi'ndeki Aile Hekimli i Poliklini i'nde %54.5 ile ÜSYE en sık ba vuru nedenini olu turdu ve bizim çalı mamızla uyumluydu. kinci sırada %14.3 ile üriner sistem enfeksiyonları ve 3. sıradaki %10.8 ile demir eksikli i anemisi olarak tespit edildi (15).

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimli i Anabilim Dalı De irmendere Poliklini i'ne en sık ba vuru %16.2 ile

extremite ve eklem ağrıları, %7.7 ile öksürük, %7 ile göğüs ağrısı, baş ağrısı, sırt ve yan ağrısı bulunmuştur. Kontrol amacıyla gelme nedenlerini ise %25.4 ile hipertansiyon, %23.8 ile diyabet %17.5 ile dislipidemi/kolesterol, %17.5 ile tiroid hastalıkları, %14.3 ile genel kontrol olarak bulunmuştur (18).

Umurlu Aile Hekimliği Merkezi'ndeki başvuranlar incelendiğinde sırasıyla, %19.1'ine ÜSYE (viral ve bakteriyel ÜSYE, otit, tonsillit, farenjit, gribal enfeksiyon), %9'una hipertansiyon, %4.2'sine anemi, %3.5'ine diabetes mellitus, %3.3'üne depresyon tanısı konuldu; %26.3'üne ise tanı konulmadığı saptanmıştır. En sık iki başvuru bizim çalışanlarımızla uyumludur (16). ÇÜTF Hastanesi polikliniklerine başvuran hastaların başlıca başvuru nedenleri ağrı (%5.5), alerji (%4.5) ve yara (%3.5) idi (20). Tanıların ilgili olduğu uzmanlık dalı, ilk beş sırasıyla; KBB (%25), Dahiliye (%21.3), Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (%19), FTR (%6.6) ve Nöroloji (%4.6) olduğu görülmektedir. Ek tanıların ilgili olduğu uzmanlık dalı, ilk beş sırasıyla; Dahiliye (%23.1), Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (%22.7), FTR (%14), Dermatoloji (%13.5) ve Psikiyatri'dir (%6). Ülkemizde AH uzmanlık eğitimini 3 yıl olup, klinik rotasyonları ise 4 ay Çocuk Hastalıkları, 5 ay Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, 4 ay Kadın Hastalıkları ve Doğum, 1 ay Göğüs Hastalıkları, 1 ay Genel Cerrahi, 2 ay Psikiyatri klinik rotasyonlarından oluşmaktadır. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde birinci basamak uygulamasının olmaması sıkça yapılan bir eleştiridir (12). Klinik rotasyonlar açısından, genel olarak sık görülen hastalıklara göre rotasyonların da ilımı uygun görülmeyle birlikte, KBB, FTR ve Nöroloji ile ilgili hastalıkların sık görülmesi bu çalışmanın ortaya koyduğu bir bulgudur. Ayrıca birinci basamakta birlikte çalışan olacak olan Aile Hekimliğinin Halk Sağlığı rotasyonu olması uygulamada oluşabilecek sorunların daha kolay aşılanmasını sağlayacaktır.

SONUÇ

Düzce 3 nolu aile hekimliğine 1 Temmuz 2012-1 Ocak 2013 tarihlerinde başvuran 5690 hasta kaydının incelendiği bu çalışmada başvuranlarda ilk 3 tanı; sırasıyla akut nazofarenjit - nezle, esansiyel HT, üçüncü sırada dorsalji olarak tespit edilmiştir. Başvuran hastaların ek tanıları sırasıyla ağrı, dorsalji ve akut veya kronik olarak tanımlanmamış mide ülseri (hemoraji veya perforasyon yok) olarak tanımlanmıştır.

Başvuranlarda kadınlar çoğunlukta ve başvuranların ortalama yaşı 42.8±0.3 yıldır. En sık 45-59 yaş grubunda başvuranlar olmuştur. Birinci basamakta hasta profili ve sık görülen hastalıkların bilinmesi; aile hekimliği eğitiminin ihtiyaca göre belirlenmesini sağlayabilir.

KAYNAKLAR

1. Aile Doktorları için Kurs Notları. 1. basım. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; Ata Ofset 2004.
2. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu [Internet]. Aile Hekimliği. (Erişim tarihi: 29.03.2013). Erişim adresi: <http://www.ailehekimligi.gov.tr>.
3. Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Cilt III. Ankara: Hacettepe Yayınları; 2012.
4. Rodoplu Ü. Editöre Mektup. Aile Hekimliği Dergisi. 1997;

- 1(4): 243-6.
5. Algin K, Ahin , Top M. Türkiye'de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri. Hacettepe Sağlık Dergisi. 2004; 7(3): 249-75.
6. Fikri N. Halk Sağlığına Giriş. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayını; 1985.
7. Başak O. Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı. Wonca Europe 2002. Ankara: TAHUD Yayınları-3; 2003.
8. Dünyada Aile Hekimliği. Aile Hekimliği (Ah/Gp)'de. Elçin M, editör. Ankara: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayını; 1998.
9. Euract. The European Definition of General Practice/Family Medicine. Short Version. Leuven: European Academy of Teachers in General Practice; 2005. p. 6.
10. Güldal D, Günvar T, Mevsim V, Kuruo lu E, Yıldırım E. Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikleri Hastaların Beklentileri ile Uyumlu mu? Türk Aile Hekimliği Dergisi. 2012; 16(3): 107-12.
11. Sağlık Bakanlığı (2003) Sağlıkta Dönüşüm Programı [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı. (Erişim tarihi: 29.03.2013). Erişim adresi: [http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_saglikta_donusum_programi_degerlendirme_raporu_\(2003_2011\).pdf](http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_saglikta_donusum_programi_degerlendirme_raporu_(2003_2011).pdf).
12. Tuk.saglik.gov.tr [Internet]. Tıpta Uzmanlık Kurulu 23/06/2010 Tarih ve 82 Sayılı Karar. (Erişim tarihi: 29.03.2013). Erişim adresi: <http://www.tuk.saglik.gov.tr/rotasyonlar.pdf>.
13. Making Medical Practice And Education More Relevant To People's Needs. Who-Wonca Joint Conference. Whowonca. Ontario; 1994 Nov 6-8; Canada.
14. Ünal EC, Uzuner A, Çifçili S, Akman M, Kaya Apaydın Ç. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğinin Sağlık Hizmeti Sunduğu Aileler. Marmara Medical Journal. 2009; 22(2): 90-6.
15. Saatçi E, Akpınar E, Adana'dan Bir Aile Hekimliği Örneği. Türk Aile Hekimliği Dergisi. 2006; 10(1): 20-4.
16. Ensöy N, Başak O, Gemalmaz A. Umurlu Aile Hekimliği Merkezi'nde Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Profili: Aile Hekimliği Alan Eğitim Gereksinimini Ne Ölçüde Karşılıyor? Kocatepe Tıp Dergisi. 2009; 10: 49-56.
17. Turfaner Ertürk N, Süt N, Sipahioğlu F. Cerrahpaşa tıp fakültesi aile hekimliği polikliniğindeki başvuran hastaların 3 yıllık profili. Cerrahpaşa Tıp Dergisi. 2004; 35(3): 115-21.
18. Topallı R, Alada N, Tuncay MF, Topsever P, Cilerli Ö, Görpelio lu S. Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniklerinin Sağlık Hizmeti Sunumundaki Yeri: Denizli Deneyimi. Türk Aile Hekimliği Dergisi. 2003; 7(4): 165-70.
19. Topallı R, Topsever P, Tuncay MF, Cilerli Ö, Görpelio lu S. Hereke Aile Hekimliği Merkezi 2001 Başvuru Nedenleri ve Yapılan Sevklerin Değerlendirilmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2003; 7(1): 18-22.
20. Tuna GE, Akpınar E, Saatçi E. Bir Üniversite Hastanesine Başvuruları Etkileyen Faktörler Türk Aile Hekimliği Dergisi. 2006; 10(3): 103-7.