



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM
DALI**

**ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ ÇARKIPARE EĞİTİM AİLE
SAĞLIĞI MERKEZİ'NİN 2022 YILI BAŞVURULARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Elif Can UYSAL
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Esra SAATÇI**

ADANA-2024



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM
DALI**

**ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ ÇARKIPARE EĞİTİM AİLE
SAĞLIĞI MERKEZİ 2022 YILI BAŞVURULARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Elif Can UYSAL
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Esra SAATÇI**

ADANA-2024

TEŞEKKÜR

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalındaki uzmanlık eğitimimin ilk gününden itibaren ve tez çalışmam boyunca beni hep destekleyen, güler yüzünü, hoşgörüsünü ve sevgisini esirgemeyip her soruma ve sorunuma sabırla çözüm bulan çok değerli danışman hocam Prof. Dr. Esra SAATÇI'ya,

Eğitim sürecimde kıymetli bilgileri, bilimsel katkıları ve tecrübeleriyle yanımda olan değerli hocam Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Hatice KURDAK'a,

Asistanlık sürecimde destekleri ve emeklerinden dolayı minnettar olduğum Prof. Dr. Sevgi ÖZCAN'a, öğrenme isteğimi arttıran, mesleki başarılarını örnek aldığım, Prof. Dr. Ersin AKPINAR'a,

Aile Hekimliği disiplininin yüklediği misyonu tüm asistanlara örnek olacak şekilde taşıyan değerli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Zeliha Yelda ÖZER ve Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Nur TOPUZ'a,

Beraber sevgi ve saygı içinde yıllar geçirdiğim kıymetli asistan arkadaşlarım ve bölüm personeline,

Tez çalışma sürecimde manevi desteğini hep hissettiğim değerli arkadaşım Uzm. Dr. Ömer TAŞKIN'a,

Bugünlere gelmemde çok büyük fedakarlıkları ve emekleri olan annem ve babama, yol arkadaşım en büyük destekçim sevgili eşim Yasin UYSAL'a, ders çalışırken beni yalnız bırakmayan biricik kızlarım Neva ve Zehra'ya,

Teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Elif Can UYSAL

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLolar LİSTESİ.....	IV
ŞEKİLLER LİSTESİ	V
KISALTMALAR LİSTESİ	VI
ÖZET	VII
ABSTRACT.....	VIII
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Sağlığın Tanımı	2
2.2. Hastalığın Tanımı.....	3
2.3. Sağlık Arama Davranışı	5
2.4. Sağlık Hizmetleri	5
2.5. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	6
2.5.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	6
2.5.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	6
2.5.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri.....	7
2.6. Aile Hekimliği.....	7
2.7. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Gelişimi	9
2.8. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliğinin Önemi ve Gelişimi ..	12
2.9. Birinci Basamakta Tıbbi Kayıtlar	13
2.10. Tıbbi Kayıtların Önemi	14
2.10.1. Tıbbi Dokümanların Hasta Açısından Önemi	15
2.10.2. Tıbbi Dokümanların Sağlık Kuruluşları Açısından Önemi	15

2.10.3. Tıbbi Dokümanların Sağlık Çalışanları Açısından Önemi.....	16
2.10.4. Tıbbi Dokümanların Adli Tıp ve Hukuksal Açıdan Önemi	16
2.10.5. Tıbbi Dokümanların Tıbbi Araştırmalar ve Eğitim Yönünden Önemi	16
2.10.6. Tıbbi Dokümanların Halk Sağlığı Yönünden Önemi.....	17
3. GEREÇ ve YÖNTEM	19
3.1. İstatistiksel analiz.....	20
4. BULGULAR.....	21
4.1. Çalışmaya Alınan Hastaların ve Başvuruların Tanımlayıcı Özellikleri.....	21
5. TARTIŞMA	30
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	37
6.1. Sonuçlar.....	37
6.2. Öneriler	38
6.3. Çalışmanın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıkları	40
7. KAYNAKLAR	41

TABLÖLAR LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Çalışmaya alınan hastaların cinsiyetleri ve tipleri	21
Tablo 2. Başvurularda yaş gruplarının cinsiyete göre dağılımı	21
Tablo 3. Hasta tiplerinin cinsiyete göre dağılımı.....	22
Tablo 4. Hastaların eğitim-aile sağlığı merkezi'ne (E-ASM) başvuru nedenleri	22
Tablo 5. Eğitim aile sağlığı merkezi'ne başvuru nedenlerinin cinsiyete göre dağılımı	23
Tablo 6. Eğitim aile sağlığı merkezi'ne başvuran hastaların en sık tanıları.....	23
Tablo 7. Tanıların cinsiyete göre dağılımı	24
Tablo 8. Tanıların yaş gruplarına göre dağılımı	24
Tablo 9. Tanıların hasta tipine göre dağılımı	25
Tablo 10. Hastaların yaş gruplarına göre reçete yazılma durumu	26
Tablo 11. Hastalara reçete yazılma durumunun cinsiyete göre dağılımı	26
Tablo 12. Eğitim aile sağlığı merkezi'nde en sık reçete edilen ilaçlar	26
Tablo 13. E-ASM'ye başvuran hastaların sevk edilme durumları	27
Tablo 14. Sevk edilen hastaların en sık sevk edildikleri ilk 10 poliklinik	27

ŞEKİLLER LİSTESİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1. Wonca ağacı ²²	8
Şekil 2. E-Asm'de 2022 yılında yapılan muayenelerin aylara göre dağılımı	28
Şekil 3. E-Asm'de 2022 yılında yapılan izlemlerin aylara göre dağılımı.....	29



KISALTMALAR LİSTESİ

AÇSAP	: Ana-Çocuk Sağlığı Aile Planlaması
AHB	: Aile Hekimliği Birimi
AHUD	: Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
E-ASM	: Eğitim-Aile Sağlığı Merkezi
GİS	: Gastrointestinal Sistem
KVS	: Kardiyovasküler Sistem
NSAİ	: Non-Steroid Anti İnflamatuar
PPI	: Proton Pompa İnhibitörü
TAHUD	: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
TİTCK	: Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezleri
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
ÜSYE	: Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları
WONCA	: Dünya Aile Hekimleri Birliği
YÖK	: Yüksek Öğretim Kurumu

ÖZET

Çukurova Üniversitesi Çarkıpare Eğitim Aile Sağlığı Merkezi ‘nin(E-ASM) 2022 Yılı Başvurularının Değerlendirilmesi

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Çukurova Üniversitesi Çarkıpare Eğitim Aile Sağlığı Merkezi (E-ASM) 2022 yılı çalışmalarının, E-ASM’ye başvuran bireylerin sosyodemografik özelliklerinin ve başvuru nedenlerinin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel ve tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışma, tıbbi kayıtlara dayalı retrospektif bir çalışmadır. Çalışmanın evrenini, Çukurova Üniversitesi Çarkıpare E-ASM’ye bağlı 056 no’lu birime 01 Ocak 2022 – 31 Aralık 2022 tarihleri arasında yapılan başvurular oluşturmuştur. Kayıtlarda sosyodemografik özelliklere ek olarak başvuru nedenleri, tanılar, sevk ve/veya konsültasyonlar, reçete edilen ilaçlar incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmada toplam 4223 hastanın 11,318 başvurusu incelenmiştir. Kadın hastaların yaş ortalaması erkek hastalardan anlamlı olarak yüksek bulunmuş olup 18-65 yaş aralığındaki hastalarda kadınların sayısı, erkeklerden anlamlı olarak daha fazladır ($p<0,001$). Başvuru nedenleri incelendiğinde laboratuvar testleri en sık başvuru nedeniyken kadın ve erkek hastalar arasında benzer dağılım gözlemlenmiştir. En sık konulan tanı üst solunum yolu enfeksiyonudur (% 26,1) ve cinsiyetler arası fark istatistiksel olarak anlamlıdır. E-ASM’ye yapılan başvuruların % 71,2’sinde reçete yazılmıştır, 65 yaş üzeri hastalara daha sık reçete yazıldığı belirlenmiştir. Yapılan sevkler incelendiğinde en fazla sevk iç hastalıkları polikliniğine yapılmış olduğu gözlenmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda kadın hastaların sayısı ve yaş ortalamaları erkeklerden daha yüksek bulunmuştur. En sık başvuru nedenleri laboratuvar testleri, üst solunum yolu enfeksiyonları ve genel muayenedir. Üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı kadınlarda daha sık konmuştur. Başvuruların % 71,2’inde reçete yazılmış olup, en sık analjezik, antipiretik ve nazal dekonjestanlar reçete edilmiştir. Bulgularımız tipik bir kentsel aile sağlığı merkezi profili ile uyumludur. Çalışmamız, sağlık politikalarının ve kaynakların yönlendirilmesinde, sağlık hizmetlerinin planlanmasında yol gösterici olabilir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, aile sağlığı merkezi, kayıtlar, birinci basamak.

ABSTRACT

The Activities of Çukurova University Çarkıpare Training Family Health Center In 2022

Introduction: The aim of this study is to review the activities of Çukurova University Çarkıpare Training Family Health Center in 2022, focusing on the sociodemographic characteristics and reasons for consultation.

Materials and Methods: This cross-sectional and descriptive study is a retrospective analysis based on medical records. The study population consisted of the subjects applying to Unit 056 of Çukurova University Çarkıpare Training Family Health Center between 1 January 2022 and 31 December 2022. In addition to sociodemographic characteristics, the reasons for application, diagnoses, referrals and/or consultations, and prescribed medications were reviewed.

Results: In our study, a total of 11,318 applications from 4,223 patients were reviewed. The mean age of female patients was significantly higher than that of male patients. Among patients aged between 18 and 65 years, the number of females was significantly higher than that of males. Laboratory tests were the most common reason for encounter, with a similar distribution observed between female and male patients. The most frequently diagnosed condition was upper respiratory tract infections (% 26.1), and there was statistically significant difference between genders. Prescriptions were issued in % 71,2 of the applications, with a higher frequency of prescriptions in patients over 65 years. The majority of referrals were made to the internal medicine outpatient clinic.

Conclusion: In our study, the number and the mean age of female patients were higher than those of males. The most common reasons for encounter were laboratory tests, upper respiratory tract infections, and general examinations. The diagnosis of upper respiratory tract infection was more frequent in women. Prescriptions were issued in % 71,2 of the visits, with analgesics, antipyretics, and nasal decongestants being the most frequently prescribed medications. Our results showed that our family medicine clinic was a typical urban family medicine clinic. Our study may provide guiding results for health policies, resource allocation, and health care services planning.

Keywords: Family medicine, family health center, medical records, primary care.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Hastalara kaliteli ve nitelikli sağlık hizmeti sunumunda kullanılan önemli araçlardan birisi olan tıbbi kayıtların, koruyucu hekimlik uygulamalarında, kronik hastalıkların yönetiminde, hasta takiplerinin düzenlenmesinde, sağlık harcamalarının azalmasıdaki katkısı yadsınmayacak kadar büyüktür. Ayrıca hekim kendi sorumluluğunda olan nüfusunun sağlık bilgilerine ne kadar kolay ulaşabilirse, aile hekimliği disiplininin önemli bir parçası olan hasta-hekim iletişimini o kadar güçlendirir. Başvuranların hastalıkları ile ilgili bilgilerine hâkim olan hekim, hastasının güvenini kazanarak, diğer branşlara gereksiz başvuruların önüne geçebilecektir. Aile hekimliği, ilk tıbbi temas noktası ve herkese açık erişim olması sebebiyle içinde birinci basamağa dair önemli bir epidemiyolojik veri havuzu bulundurulur. Tıp eğitimi, uzmanlık eğitimi, bilimsel çalışmalar ve birinci basamak yönetiminde bu epidemiyolojik verilerden yararlanmak önemlidir. Sağlık hizmetlerinin etkinliğini değerlendirmede, hastaların sosyodemografik özelliklerinin önemi büyüktür. Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi faktörler, sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımında belirleyici olabilir. Örneğin, belli bir yaş grubundaki kadınların sağlık hizmetlerine erişimindeki eğilimler, sağlık hizmetlerine ulaşım gibi ipuçları sunar. Benzer şekilde, yaşlı nüfusun sağlık ihtiyaçlarını anlamak, yaşlanan bir toplumda sağlık hizmetlerinin nasıl organize edileceği konusunda önemli bir rehberlik sağlayabilir. Bu bağlamda, Çukurova Üniversitesi Çarkıpare Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran hastaların sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve planlanmasında yol gösterici olacaktır.

Çalışmamızın amacı, 2022 yılında Çukurova Üniversitesi Çarkıpare E-ASM'ne başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri ve başvuru nedenleri incelenerek hedef nüfusun hasta profilinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlığın Tanımı

Sağlık, bireyin fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlığı yalnızca hastalık veya sakatlık olmaması olarak değil, aynı zamanda fiziksel, zihinsel ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali olarak da tanımlar. DSÖ'nün 1948'de kabul ettiği Anayasası'na göre, sağlık, fiziksel, zihinsel ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir ve yalnızca hastalık veya sakatlık olmaması olarak değil, aynı zamanda iyi bir yaşam kalitesini de içerir. Bu tanım, sadece hastalığın yokluğuna değil, aynı zamanda bireyin yaşam kalitesinin iyiliğine odaklanır. Sağlık, bireyin fiziksel, zihinsel ve sosyal ihtiyaçlarını karşılayabilme yeteneği olarak da nitelendirilebilir ve bu nedenle sadece bedensel iyilik değil, aynı zamanda duygusal ve sosyal refahı da içerir. Bu anlamda, sağlık sadece bir hastalığın tedavi edilmesi veya belirli bir semptomun ortadan kaldırılması değil, aynı zamanda bireyin tam potansiyelini gerçekleştirmesi ve yaşamını tatmin edici bir şekilde sürdürmesiyle ilgilidir.¹

DSÖ'nün sağlık tanımı bütünsel bir yaklaşımla yapılmış olup üç temel komponent içermektedir. Bu komponentler:²

Fiziksel komponent: Sağlık tanımının belirleyici bir unsuru olan fiziksel komponent, bireyin sağlıklı olabilmesi için biyolojik sistemlerinin uyumlu bir şekilde çalışmasını gerektirir. Organların, dokuların ve sistemlerin işlevselliği, fiziksel sağlık açısından kritik öneme sahiptir. Bu açıdan bakıldığında, fiziksel sağlık, vücudun optimal işlevselliği ve hastalıkların olmaması durumu olarak değerlendirilir.

Sosyal komponent: Sağlığın davranışsal yönünü oluşturan sosyal komponent, bireyin yaşadığı toplumla sosyal etkileşim halinde olmasını ve toplumun belirlediği sosyal rolleri yerine getirmesini içerir. Kişinin sosyal çevresiyle etkileşim içinde olmaması, toplumsal normlara uyumsuzluk göstermesi durumunda, sosyal patoloji söz konusu olabilir. Bu komponent ayrıca kişinin spiritüel yapısını da içerir ve bütünsel sağlık anlayışında önemli bir yer tutar.

Ruhsal komponent: Duygusal, psikolojik ve zihinsel durumu kapsayan ruhsal komponent, bireyin duygusal iyilik hali, psikolojik sağlamlık ve zihinsel denge açısından değerlendirilir. Duygu yoksunluğu, takıntılar ve uyumsuzluklar gibi belirtiler,

ruhsal sağlık sorunlarının göstergeleri olarak kabul edilir. Dolayısıyla, ruhsal sağlık, bireyin duygusal ve zihinsel refahının sağlanmasıyla ilgilidir ve bütünsel sağlık anlayışında önemli bir rol oynar.²

DSÖ’nn yaptığı bu tanım kapsamlı bir tanım olup sağlığı sosyal, fiziksel ve ruhsal olarak bütünüyle ele almıştır.³

Ottawa Sözleşmesi, sağlığı temel insan haklarından biri olarak ele alır ve sağlığın n koşullarını belirler. Bu koşullar arasında huzur, barınma, eğitim, gıda, gelir düzeyi, istikrarlı bir ekosistem, sürdürülebilir kaynaklar, sosyal adalet ve eşitlik gibi kavramlar yer alır. Bu temel unsurlar, sağlığın sadece tıbbi bakımdan değil, aynı zamanda sosyal, ekonomik ve çevresel faktörlerin bütünsel bir yaklaşımla iyileştirilmesini destekler.⁴

DSÖ’nün tüzüğündeki tanımda vurgulanan ‘sosyal yönden iyilik hali’ ifadesi ve Ottawa Sözleşmesi’nde belirtilen sağlığın n koşulları, sağlığın sadece bireysel sağlık hizmetleriyle sınırlı olmadığını göstermektedir. Kapsamlı sağlık anlayışı, fiziksel, sosyal ve ekonomik koşulları sağlayan tüm kurumların ve uygulamaların hem bireysel hem de toplumsal sağlığı ve refahı etkilemesini öngörür. Dolayısıyla, sağlık politikaları ve uygulamaları, sadece bireyin sağlık durumuyla değil, aynı zamanda toplumun genel refahıyla da yakından ilişkilidir. Bu nedenle, sağlık politikalarının ve uygulamalarının tasarlanması ve uygulanması sırasında, fiziksel, sosyal ve ekonomik faktörlerin tümünün göz önünde bulundurulması ve desteklenmesi hayati öneme sahiptir. Bu bütüncül yaklaşım, sağlığın sadece hastalıkların tedavisiyle değil, aynı zamanda yaşam kalitesini iyileştirmek ve toplumun genel refahını artırmak için gereken tüm unsurları içermektedir.⁴

2.2. Hastalığın Tanımı

Hastalık kelimesi Türk Dil Kurumu Güncel Türkçe Sözlükte hastalık; organizmada bazı değişikliklerin ortaya çıkmasıyla sağlığın bozulması durumu, rahatsızlık, or, dert, sayrılık, illet, maraz, maraza, esenlik karşıtı olarak tanımlanmaktadır.⁵ Hastalık ve sağlık gibi toplumdan topluma, bireyden bireye, kültürden kültüre farklılık gösterir. Eski zamanlarda sağlık tanımında kullanılan zıtlık kavramı hastalık tanımında da vardı ve hastalık “sağlığın yokluğu” olarak tanımlanıyordu. Ancak, hastalık kavramı günümüzde sadece fiziksel sağlıkla sınırlı kalmamakta, daha geniş bir perspektiften ele alınmaktadır. Hastalık kabaca, “doku ve

hücrelerde yapısal ve fonksiyonel olarak normal olmayan değişikliklerin yarattığı durum” olarak tanımlansa da bu tanım yalnızca fiziksel özelliklere indirgenemez.⁶ Günümüzde hastalık kavramının bireysel ve çevresel faktörlerin toplamı sonucu ortaya çıktığı bilinmektedir.³ Hastalığın tanımı yapıldıktan sonra ilk olarak “iç ortam”, daha sonra ise “hem iç hem de dış çevrenin dengesinin bozulması” ve “bozulan dengeyi düzeltmeye yönelik girişim” olarak tanımlanmıştır.⁶ Bu açıdan bakıldığında, hastalık sadece fiziksel sağlıkla ilgili değil, aynı zamanda çevresel, sosyal ve ruhsal faktörlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkan karmaşık bir durumu ifade eder.

Hastalık ve rahatsızlık kavramları şöyle açıklanabilir.⁷

- ⇒ Medikal Açıdan Hastalık(disease): tıbbi bakış açısıyla hastalık ya da objektif anlamda hastalık olarak tanımlanır. Bu tanımda hastalık, semptomlarla ortaya çıkan patolojik anormallikleri ifade eder. Başka bir deyişle, hastalık, vücudun normal işleyişinde bozulma veya dengesizlik sonucunda meydana gelen fizyolojik veya biyokimyasal değişiklikleri ifade eder. Bu tür hastalıklar genellikle tıbbi testler ve değerlendirmelerle tespit edilebilir ve belirli bir tedavi yöntemi gerektirebilir.⁷
- ⇒ Toplumsal kültürel içerikli bir kavram olarak kişi açısından rahatsızlık (illness): Patolojik durumun sübjektif olarak algılanması ve kişinin rahatsızlık duyma hali olarak tanımlanır. Bu tanımda hastalık, bireyin kendi bedensel veya zihinsel sağlık durumunu algılaması ve yaşadığı sıkıntıyı ifade etmesiyle ilgilidir. Kişi açısından hastalık, sadece biyolojik belirtilere dayanmaz, aynı zamanda kişinin sosyal, kültürel ve psikolojik bağlamlarını da içerir. Bu durumda, kişinin yaşadığı hastalık deneyimi, kişinin tüm yaşamını ve çevresini etkileyebilir ve kişinin kendi hastalık deneyimini tanımlamasıyla belirlenir. Bu nedenle, kişi açısından hastalık, bireysel deneyimlerin ve algıların dikkate alındığı daha geniş bir tanımla ifade eder.⁷

Hastalık, insanın yaşamında beklenmeyen ve istenmeyen bir durumdur. Süresi, şiddeti ve etkileri hastalığın türüne bağlıdır. Fiziksel ve zihinsel sağlığı etkileyebilir. Özellikle kronik hastalıklar kişinin işlevselliğini zayıflatabilir. Hastalık, kişinin yaşamını etkilediği gibi dolaylı olarak çevreyi ve toplumu da etkilemektedir.⁸

2.3. Sağlık Arama Davranışı

Sağlık arama davranışı, bireylerin mevcut sağlık sorunları ile başa çıkmak veya potansiyel sağlık sorunlarını önlemek için yaptıkları eylemleri ifade eder. Bu davranışlar, hastalık belirtileriyle karşılaşıldığında ortaya çıkabilir veya sağlığın korunması ve iyileştirilmesi amacıyla rutin olarak gerçekleştirilebilir.⁹ Sağlık arama davranışı, bireyin yaşadığı toplumun kültürel ve sosyal etkilerinden etkilenirken, yaş, cinsiyet, ekonomik durum, sosyal çevre, meslek, sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık bilgi düzeyi gibi birçok faktörü de dikkate alır. Bu davranış, sağlığın korunması, hastalıkların erken tanı ve tedavisi ile mevcut hastalıkların kontrol altına alınması açısından önemlidir.¹ Sağlık arama davranışı, sağlık davranışı ve hastalık davranışı arasında tamamlayıcı bir süreç olarak kabul edilir ve bireylerin sağlıkla ilgili bilinçli kararlar almalarına yardımcı olur.^{10,11}

Sağlık arama davranışını etkileyen faktörler farklılık göstermektedir ve genellikle kişinin yaşına, cinsiyetine, ekonomik durumuna, sosyal çevresine, mesleğine, sağlık hizmetlerine erişimine, sağlık düzeyine ve yaşam tarzına göre değerlendirilmektedir.¹² Örneğin, hastalık arama davranışını etkileyen bireysel faktörler cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, meslek ve yaşam tarzıdır; Sağlık ve hastalıkla ilgili faktörler arasında sağlık verileri, hastalık verileri, hastalığın türü ve şiddeti, önceki hastalıklar ve kronik hastalığın varlığı yer alır.¹³ Ekonomik, sosyal ve toplumsal faktörler arasında gelir-gider dengesi, sosyal güvenlik, sosyal çevre ve inançlar yer alırken sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili faktörler arasında sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği gibi konular öne çıkar.¹³

2.4. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin tanımı, sağlığın sosyalleştirilmesi hakkında kanunda; insan sağlığını koruma, hastaların tedavisi ve rehabilite edilmesi için yapılan tıbbi faaliyetleri içerir. 1978'de yayınlanan Alma Ata Bildirisi'nde ise temel sağlık hizmetleri, bilimsel ve toplumsal olarak kabul edilebilir yöntemlerle evrensel olarak erişilebilir ve herkesin ihtiyaç duyduğu hizmetleri sunar. Sağlık hizmetleri, koruyucu, tedavi edici, rehabilitasyon ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak dört kategoriye ayrılır. Aile hekimleri, birinci basamakta bu hizmetlerin tamamını sunarak sağlık sisteminin her kademesinde yer alır.¹⁴⁻¹⁶

2.5. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, sağlık durumunda bozulma olan kişinin sağlık durumunu iyileştirmek veya hastalık öncesi durumuna geri döndürmek için sunulan hizmetlerdir. Aile hekimliği gibi birinci basamak sağlık kuruluşlarından başlayarak üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına kadar geniş bir yelpazede sunulabilir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis edilmesi, tedavi edilmesi ve rehabilitasyonu için çeşitli sağlık kurumları ve uzmanlar tarafından verilir. Bu hizmetler üç basamakta gruplandırılmıştır.¹⁷

2.5.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık sisteminin en temel ve erişilebilir noktasını oluşturur. Toplumun geniş kesimlerine ulaşabilen ve her türlü sağlık ihtiyacını karşılayabilen bu hizmetler, bireylerin sağlık sorunlarını belirleme, teşhis etme, tedavi etme ve önleme konusunda ilk adımları atmalarını sağlar. Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM), Aile Sağlığı Merkezleri (ASM), Verem Savaş Dispanserleri gibi kurumlar aracılığıyla sunulan birinci basamak sağlık hizmetleri, kişilerin sağlık sorunlarını en erken aşamada tanımlayarak, gereksinim duydukları tedaviye erişimini sağlar. Ayrıca, bu hizmetler aracılığıyla koruyucu sağlık hizmetleri de sunularak hastalıkların önlenmesi ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarının teşviki desteklenir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, toplumun sağlık bilincini artırmaya, hastalıkların erken teşhis ve tedavisine odaklanarak, toplum sağlığını geliştirmeye yönelik kritik bir rol oynar.^{17,18}

2.5.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

İkinci basamak sağlık hizmetleri, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini içeren bir düzeydir ve genellikle hastanelerde sunulur. Bu hizmetler, birinci basamakta çözülemeyen veya daha kapsamlı tedavi gerektiren sağlık sorunları için kullanılır. Genel hastaneler, dal hastaneleri, tıp merkezleri gibi kurumlar ikinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu yerler arasındadır. Bu hizmetler, hastalıkların daha detaylı teşhis ve tedavisini gerektiren durumlar için gereklidir. Yatarak veya ayakta tedavi imkânı sağlayan ikinci basamak sağlık hizmetleri, birinci basamakta sağlanan hizmetlerin tamamlayıcısı niteliğindedir. İkinci basamak sağlık hizmetlerinin amacı,

hastaların sağlık sorunlarını daha derinlemesine inceleyerek, uygun tedavi yöntemlerini uygulayarak ve rehabilitasyon süreçlerini yöneterek, hastaların sağlıklarını yeniden kazanmalarına ve yaşam kalitelerini artırmalarına yardımcı olmaktadır. Bu hizmetler, birinci basamak sağlık hizmetleriyle birlikte koordinasyon ile sunularak bireylerin tıbbi ihtiyaçlarının karşılanmasına katkı sağlar.^{17,18}

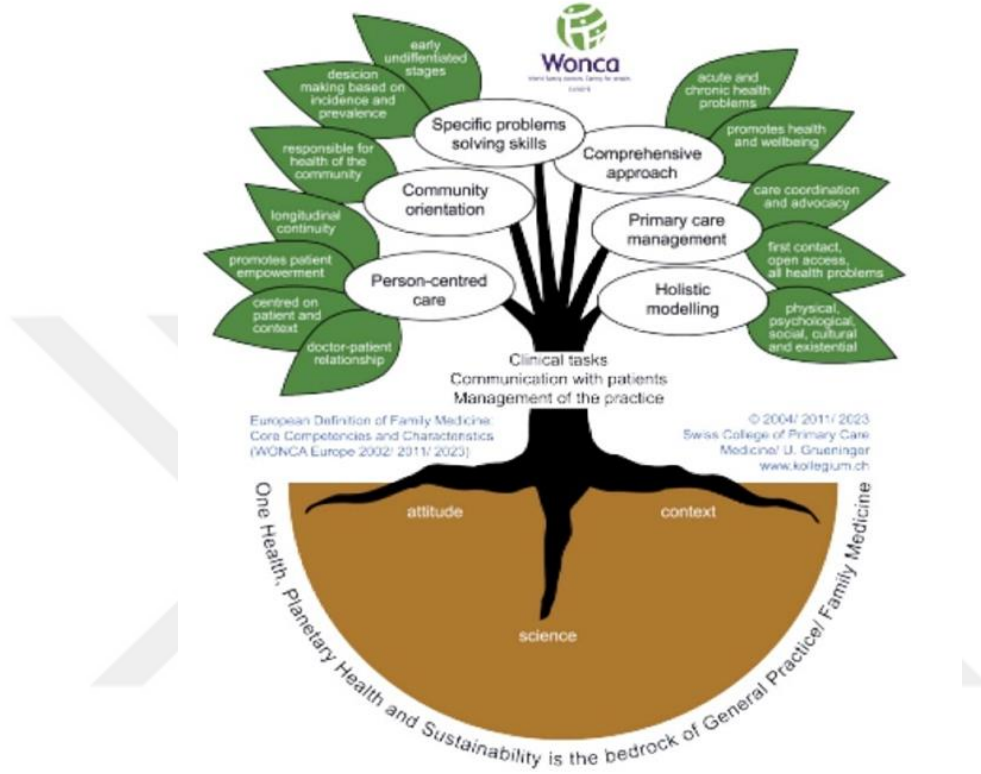
2.5.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, karmaşık ve ileri düzeyde teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini içeren en üst düzeydir. Bu hizmetler, genellikle eğitim ve araştırma hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel sağlık kuruluşlarında sunulmaktadır. Üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde, nadir hastalıkların tanısı ve tedavisi, cerrahi müdahaleler, yüksek teknoloji gerektiren tıbbi işlemler, yoğun bakım hizmetleri ve uzmanlık alanlarına yönelik ileri düzeyde tedavi seçenekleri bulunmaktadır. Bu hizmetler, genellikle ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çözülemeyen veya daha fazla uzmanlık ve teknoloji gerektiren sağlık sorunlarında kullanılır. Üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin amacı, hastalara en üst düzeyde sağlık bakımı sunarak, hastalıkların etkilerini azaltmak, iyileşme sürecini hızlandırmak ve sağlıklarını yeniden kazandırmaktır. Bu hizmetler, multidisipliner bir yaklaşımla, uzman hekimler, cerrahlar, tıbbi cihazlar ve ileri teknolojiyi içeren geniş bir sağlık ekibi tarafından sağlanır. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, tıbbi araştırmaların ve yenilikçi tedavi yöntemlerinin geliştirilmesine de katkı sağlayarak, sağlık sektörünün sürekli olarak ilerlemesine ve gelişmesine yardımcı olur.^{17,18}

2.6. Aile Hekimliği

Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri Ulusal Dernek, Akademi ve Akademik Birliklerinin Dünya Örgütü; kısaca Dünya Aile Hekimleri Birliği “WONCA” (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians) Avrupa Bölgesi’nin yaptığı tanıma göre, genel pratisyenlik/aile hekimliği, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır.¹⁹ Bu tanım, en az altı yıl tıp eğitimi almış ve en az üç yıl birinci basamak uzmanlık eğitimi tamamlamış hekimleri kapsar. Sağlık Bakanlığına göre ise,

aile hekimleri, kişiye yönelik koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini herkes için kapsamlı ve sürekli olarak sunan, gerektiğinde ev ziyaretleri de gerçekleştiren ve tam zamanlı olarak çalışan uzman hekimlerdir.²⁰



Şekil 1. WONCA ağacı²¹

Aile hekimliği disiplininin 6 temel yeterliliği:²¹

- 1) Birinci Basamak Yönetimi
- 2) Kişi Merkezli Bakım
- 3) Özgün Problem Çözme Becerileri
- 4) Kapsamlı Yaklaşım
- 5) Toplum Yönelimli Olma
- 6) Bütüncül Yaklaşım

Aile hekimliği disiplininin 12 ilkesi aşağıda sıralanmıştır:

- 1) Sağlık sisteminde ilk tıbbi temas noktasını oluşturur, tüm başvuranlara açık ve sınırsız sağlık hizmeti sunar.

- 2) Birinci basamakta çalışan diğer sağlık profesyonelleri ile hizmetin koordinasyonunu sağlayarak, sağlık hizmeti kaynaklarının etkin kullanımını sağlar. Gerekli olduğunda hasta savunuculuğu rolünü üstlenerek diğer uzmanlık alanlarına geçiş birimi olma işlevini yürütür.
- 3) Bireye, ailesine ve yaşadıkları topluma yönelik “bireye odaklı” bir yaklaşım geliştirir.
- 4) Hekim ve hasta arasında kurulan etkin iletişim sayesinde, zaman içinde oluşturulan benzeri olmayan bir danışmanlık sürecine sahiptir.
- 5) Hastanın ihtiyaçları ile belirlenen, sürekli bakımın sağlanmasından sorumludur.
- 6) Toplumda görülen hastalıkların prevalans ve insidansları ile belirlenen özel bir karar verme sürecine sahiptir.
- 7) Hastaların hem akut hem de kronik hastalıklarını eş zamanlı çözer.
- 8) Acil müdahale gerektiren ve gelişim evresinin erken döneminde ayrılaşmamış şekilde ortaya çıkan hastalıkları tedavi eder.
- 9) Uygun ve etkin koruma sağlayarak sağlığın ve iyilik halinin devamına yardımcı olur.
- 10) Toplum sağlığı konusunda özel bir sorumluluğu vardır.
- 11) Sağlık sorunlarıyla fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel ve varoluşsal boyutta ilgilenir.
- 12) Hastanın güçlendirilmesini teşvik eder.²²

2.7. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Gelişimi

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemi, ülkenin sağlık sisteminin evrimi açısından önemli bir dönemeç oluşturmuştur. 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı yasa, sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonunu sağlayarak yeni bir sağlık hizmeti sunum örgütlenmesini başlatmıştır. Bu sistem, birinci basamağı sağlık sisteminin merkezine yerleştirmiş ve sevk zincirini başlatarak, sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulmasını hedeflemiştir. Ancak, bu süreçte çeşitli zorluklarla karşılaşmış ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin başarısını engelleyen faktörler ortaya çıkmıştır.²³

Türkiye'deki birinci basamak uzmanlarının eksikliği, halkın geleneksel sağlık hizmeti arama biçimlerinden farklı olması ve sürdürülebilir finansman kaynaklarından yoksun bırakılma gibi faktörler, birinci basamak sağlık bakımının hizmetlerinin ve erişilebilirliğini zorlaştırmıştır. Bu eksiklikler, sağlık hizmetlerinin eşit ve kaliteli bir şekilde sunulmasını engellemiş ve sağlık hizmeti sunum sisteminin genel etkinliğini olumsuz yönde etkilemiştir.^{23,24}

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA), 1978 Alma Ata Konferansı'nda aile hekimliğinin özelliklerini içeren birinci basamak sağlık hizmetlerini tanımlayarak, tüm dünya ülkelerine bu yaklaşımı benimsemeleri çağrısında bulunmuştur. 2000 Yılında Herkese Sağlık hedefine ulaşabilmek için tüm hükümetlere birinci basamak sağlık hizmetlerini geliştirmeleri ve sağlık sistemlerinin merkezine yerleştirmeleri gerektiğini ilan etmişlerdir. Bu durum, birinci basamak sağlık hizmetlerini küresel bir öneme sahip olduğunu ve tüm ülkeler için temel bir sağlık hizmeti olduğunu vurgulamaktadır.²⁴

1994 yılında Kanada'nın Ontario şehrinde düzenlenen bir konferansta WONCA ve DSÖ tarafından önemli kararlar alınmıştır. Bu kararlar, her ülkede bağımsız aile hekimleri derneklerinin kurulmasını ve aile hekimlerinin her koşulda ilk başvuru hekimi olarak kabul edilmesini içeren önerilerle birlikte, aile hekimliğinin amaçları, görevleri, işleyişi, kurumsallaşması ve aile hekimliği politikaları gibi konularda önemli bir adımı temsil etmiş ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin gelişimine yönelik çalışmaların başlatılmasına öncülük etmiştir.²⁵

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin öncelikli hale getirilmesi, sağlık hizmeti sunum sisteminin geliştirilmesi ve toplumun sağlık ihtiyaçlarının karşılanması açısından önemli adımlardır. Ancak, bu hedeflere ulaşmaya çalışırken birçok zorlukla karşılaşmış ve çeşitli eksiklikler belirlenmiştir. Bu nedenle, Türkiye'nin sağlık hizmeti sunum sisteminin daha da güçlendirilmesi ve birinci basamak sağlık hizmetlerini etkinliğinin artırılması için daha çok çaba gösterilmesi gerekmektedir. Böylece, hem ülkemizde sağlık hizmetlerinin kalitesi artacak hem de toplumun genel sağlık durumu iyileşecektir.²⁴

Dünyada birinci basamak sağlık hizmetlerinin birinci basamak uzmanları tarafından yürütülmesi gerektiği yönündeki kararlar, Avrupa'da pek çok ülkenin sağlık hizmeti sunum sistemlerinde reformları beraberinde getirmiştir. Bu reformlar, birinci

basamak sağlık hizmetlerini aile hekimleri veya genel pratisyenler temelinde yeniden yapılandırmayı amaçlamıştır. Bu doğrultuda, aile hekimliği uzmanlarının yetiştirilmesi için üniversitelerde aile hekimliği anabilim dalları kurulmaya başlanmıştır.²⁶

Ülkemizde aile hekimliği, ilk kez 1983 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde yer almıştır. Uzmanlık eğitimi başlangıçta devlet bursuyla kısmen yurt dışında alınmış ve ülkeye dönüşte bu alanda öncü olmaları planlanan uzmanlar için tasarlanmıştır. İlk uzmanlık eğitimleri, tıp fakültesi mezunları için 1985 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir'deki Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlı dokuz Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde en az üç yıl süreyle başlatılmıştır.²⁶

Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan ilk asistanlar, aile hekimliği akademisyenlerinin yokluğu ve aile hekimliği asistanlarının görevlerine dair belirlenmiş bir müfredatın olmaması nedeniyle, rotasyon yaptıkları beş farklı branşta (İç Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Psikiyatri ve Acil Ağırıklı Genel Cerrahi) ilgili branşın asistanlarına uygulanan eğitimi almışlardır.^{27,28}

Asistanlık sürelerini tamamlayarak aile hekimliği uzmanı olanların çalışma yerleri belirlenmemiş ve birçoğu ana-çocuk sağlığı aile planlaması (AÇSAP) merkezlerine atanmıştır. Bazıları yüksek lisans ya da doktora yaparak farklı tıp alanlarına geçerken, bir kısmı da devlet memurluğundan ayrılarak özel sektörde (hastaneler ve ilaç firmalarında) çalışmaya başlamışlardır.^{26,28}

Ülkemizdeki ilk aile hekimliği anabilim dalı 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Hikmet Pekcan'ın öncülüğünde kurulmuş ancak bu girişim kâğıt üzerinde kalmıştır. Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK), 16 Temmuz 1993 tarihinde tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dallarının kurulması yönünde bir karar almıştır. İlk aile hekimliği anabilim dalı, 17 Eylül 1993 tarihinde Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde kurulmuş ve üniversitelerde aile hekimliği uzmanlık eğitimine başlanmıştır. Aynı yıl "Birinci Ulusal Aile Hekimliği Kongresi" İstanbul'da gerçekleştirilmiştir. Doçentlik alanı numarasının Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) tarafından 1993 yılında üniversiteler arası kurula başvurularak açtırılmasını takiben, ilk doçentlik jürisi kurulmuş ve aile hekimliği uzmanlık dalının akademisyenleri 1994 yılından itibaren üniversitelerde görev almaya başlamıştır.^{29,30}

TAHUD, 1990 yılında Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD) olarak kurulmuş ve 1998’de adını TAHUD olarak değiştirmiştir. Derneğin amacı, aile hekimliğinin tıp disiplini olarak gelişmesine katkı sağlamaktır. Bu kapsamda, uzmanlık öğrencileri ve mevcut aile hekimliği uzmanlarının hizmet içi eğitimlerine destek olmak için bilimsel etkinlikler düzenler. Üyelerine hukuki destek sağlar. Halen dokuz şubesi bulunan TAHUD, 1998’den bu yana Dünya Aile Hekimleri Birliği’nde (WONCA) Türkiye’yi temsil etmektedir.²⁶

Ülkemizde 116 aile hekimliği anabilim dalında toplam 1 Haziran 2024 tarihi itibarı ile 104 profesör, 126 doçent, 92 doktor öğretim üyesi bulunmaktadır.³¹

2.8. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliğinin Önemi ve Gelişimi

Dünyada birinci basamak sağlık hizmetlerinin gelişimi, Sağlıkta Dönüşüm Hareketi gibi küresel sağlık politikalarının etkisi altında gerçekleşmiştir. Bu hareketler, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması ve iyileştirilmesi amacıyla pek çok ülkede benimsenmiştir. Özellikle DSÖ’nün birinci basamak sağlık hizmetlerine verdiği önem ve bu hizmetlerin sağlık hizmeti sunum sisteminin temel taşı olarak görülmesi, uluslararası alanda birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi yönünde adımların atılmasını teşvik etmiştir.^{1,32}

Türkiye’de ise, aile hekimliği uygulamasının geliştirilmesiyle birlikte, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesi ve erişimi önemli ölçüde artmıştır. Aile hekimliği modeli, herkesin sürekli ve kapsamlı sağlık hizmetlerine erişimini sağlayarak, sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmayı ve toplumun sağlık durumunu iyileştirmeyi hedeflemiştir. Bu model, bireylerin sağlık sorunlarının erken teşhisi ve önlenmesi konusunda da önemli bir rol oynamıştır.³³

Ayrıca, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesiyle birlikte, sağlık eğitimi ve koruyucu sağlık hizmetlerine de daha fazla önem verilmiştir. Sağlık hizmetlerinin sadece hastalıkların tedavisi değil, aynı zamanda sağlığın korunması ve geliştirilmesi amacıyla da sunulması gerektiği vurgulanmıştır. Bu bağlamda, aile hekimliği uygulaması, bireylere yaşam tarzı değişiklikleri, rutin taramalar ve aşılar gibi koruyucu hizmetler konusunda rehberlik yapmaktadır. Bu yaklaşım, toplumun genel

sağlık durumunu iyileştirmek ve sağlık eşitsizliklerini azaltmak için önemli bir fırsat sunmaktadır.^{1,32}

Aile hekimlerinin görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır:¹⁴

- Bireylerin sağlık durumunu değerlendirerek koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini sağlar.
- Kayıtlı nüfusun tümünü kapsayacak şekilde sağlık hizmetlerini planlar ve uygular.
- Sağlıkla ilgili konularda bireylere rehberlik yapar ve sağlık hizmetlerini sunar.
- Bireylerle iletişim kurarak veya ev ziyaretleri düzenleyerek değerlendirme yapar.
- Yaş, cinsiyet ve hastalık durumlarına göre sağlık izlem ve taramalarını planlar ve gerçekleştirir.
- Periyodik sağlık muayenelerini takip eder ve uygular.
- Sağlık kurumunda tetkik hizmetlerini sunar veya bu hizmetlerin sunulmasını sağlar.
- Bireylerin sağlık kayıtlarını düzenli olarak günceller.
- Evde takip edilmesi gereken bireylerin sağlık hizmetlerini sağlar.
- Gerektiğinde hastaları üst basamak sağlık kurumlarına sevk eder ve geri bildirim alır.
- Gerekli durumlarda hastaları gözlem altında tutar ve tedavi eder.
- Entegre sağlık kurumlarında çalışıyorsa, hastaları gözlem amaçlı yatırır ve tedavi eder.
- Aile Sağlığı Merkezi'nin (ASM) yöneticisi olarak görev alır, ekibini denetler ve hizmet içi eğitim sağlar.
- Mevzuata uygun olarak reçete, sağlık raporu, sevk evrakı gibi belgeleri düzenler.

2.9. Birinci Basamakta Tıbbi Kayıtlar

Birinci basamak sağlık hizmetleri, bakımda süreklilik ilkesini temel alır ve bu nedenle tıbbi kayıtlar büyük önem taşır. Aile hekimliği disiplini, diğer disiplinlere

kıyasla dokümantasyonun daha fazla önem arz ettiği bir alan olarak öne çıkar. Aile hekimliğinin temel özelliklerinden biri olan süreklilik, düzenli kayıt tutulmasını ve hasta takibini zorunlu kılar. Bu nedenle, hasta kayıtlarının sistematik, akılcı ve sürdürülebilir olması gereklidir. Kayıtlar, sadece gelecekte ihtiyaç duyulabilecek bilgiler olarak değil, sürekli yararlanılabilecek şekilde düzenlenmelidir. Birçok hastalık, mevcut veriler ile geçmiş veriler birlikte değerlendirildiğinde anlam kazanmaktadır.³⁴

Hasta takibi, hekimlik becerilerinin bir yansımasıdır ve bu nedenle tercih edilen takip sistemlerinde bireysel farklılıklar olabilir. Aile hekimliğinde çeşitli takip sistemleri kullanılmış ve kullanılmaya devam etmektedir. Bu sistemler arasında hasta kartları, bireysel ve aile dosyaları, bilgisayar tabanlı takip sistemleri bulunmaktadır. Modern sağlık bilişim teknolojileri ile birlikte elektronik sağlık kayıtlarının kullanımı yaygınlaşmış ve bu sistemler, hasta bilgilerinin daha etkin bir şekilde depolanmasını ve erişilmesini sağlamıştır.³⁵

Elektronik sağlık kayıtları, hasta bilgilerinin dijital ortamda saklanmasına olanak tanır ve bu sayede verilerin erişilebilirliği, güvenliği ve paylaşılabilirliği artar. Bu sistemler, aynı zamanda hekimlerin karar verme süreçlerini destekler. Elektronik sağlık kayıtları, hastalık yönetimi, ilaç etkileşimleri ve tedavi protokolleri konusunda hekimlere yardımcı olur. Bu entegrasyon, hasta bakımının kalitesini artırırken, tıbbi hataları azaltır ve hasta güvenliğini sağlar.³⁶

2.10. Tıbbi Kayıtların Önemi

Tıbbi dokümanlar, bireylerin ve toplumun sağlığıyla ilgili tüm tıbbi bilgilerin kaydedilip saklanması ve bu bilgilerin gelecekte yapılacak tıbbi araştırmalara kaynak oluşturması açısından büyük önem taşır. Tıbbi dokümantasyonun temel amacı; kime, niçin, nerede, ne zaman ve nasıl bir hasta bakımının verildiğini belgelemektir.³⁷ Tıbbi kayıtlar ve özellikle hasta dosyaları, hastaya sunulan tıbbi bakım ve tedavi hizmetlerinin değerlendirilmesinde önemli bir kaynak oluşturur. Tıbbi dokümanlar sayesinde hekimler ve hekim dışı sağlık profesyonelleri arasında iletişim sağlanarak hasta ile ilgili bilgiler paylaşılabilir. Bu kayıtlar aynı zamanda sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde de kullanılır. Sağlık eğitimleri, hasta, hekim ve sağlık kuruluşlarının yasal haklarının korunması, tıbbi araştırmalar,

epidemiyolojik çalışmalar, maliyet ve finansal yönetim açısından tıbbi kayıtlar büyük bir öneme sahiptir.^{37,38}

Tıbbi kayıtların önemi şu şekilde özetlenebilir:

- Yasal bir belge niteliği taşır.
- Tutulan kayıtlar hastaları ve sağlık çalışanlarını koruma altına alır.
- Sadece gerekli bilgilerin toplanmasına olanak tanır.
- Bilgilerin unutulmasını önler.
- Birden fazla kişinin aynı anda bilgiye erişimini sağlar.
- Bilgi toplama süreçlerini hızlandırır.
- Olası hataları en aza indirir.
- Tıbbi bilgilerin birleştirilmesi veya ayrıştırılmasıyla daha güvenilir sonuçlara ulaşılmasını sağlar.
- Hastanın daha net bir şekilde değerlendirilmesine yardımcı olur.
- Sağlık profesyonellerinin niteliğinin değerlendirilmesine yardımcı olur.
- Kurumsallaşma sürecini hızlandırır ve yönlendirir.
- Dokümantasyon mesleğinin profesyonelleşmesini teşvik eder.

2.10.1. Tıbbi Dokümanların Hasta Açısından Önemi

Sağlık çalışanlarının, hastalardan aldıkları anamnez bulgularını, uyguladıkları tanı ve tedavi yöntemlerini ve laboratuvar sonuçlarını hafızalarında tutmaları zordur. Aynı şekilde, hastaların veya yakınlarının hastalıkla ilgili tüm bilgileri hatırlamaları da mümkün değildir. Bu nedenle, hastalara ait tıbbi bilgilerin kaydedildiği tıbbi dokümanlar, doğru ve eksiksiz bir kaynak sağlar. Tıbbi dokümanlar, hastanın tüm tıbbi geçmişini göstererek, ileride yapılacak işlemlerde zaman kazandırır ve gereksiz harcamaların önüne geçer. Ayrıca, doğru ve zamanında kayıt altına alınan tıbbi dokümanlar, hastaların sağlık çalışanlarına olan güvenini artırır ve psikolojik rahatlama sağlar.³⁹

2.10.2. Tıbbi Dokümanların Sağlık Kuruluşları Açısından Önemi

Sağlık kuruluşlarında yüksek güven gerektiren tanı, teşhis ve tedavi süreçlerinin etkin yönetimi, tıbbi belgelendirme sistemi sayesinde sağlanır. Bu sistem, kaynakların

verimli kullanılmasını ve stratejik planlamaların daha sağlıklı yapılmasını mümkün kılar. Sağlık yönetiminde kalite standartlarının yükseltilmesi, bilgi güvenliği ve eğitim süreçlerinin gelişimiyle sağlanır.⁴⁰ Tıbbi kayıtların sağlık kuruluşları için önemi şunlardır:

- Gereksiz tetkik ve tedavilerin önlenmesi
- Geçmiş hastalık ve ölüm nedenlerinin incelenmesi
- Tedavi süreçlerinin başarısının değerlendirilmesi
- Ekonomik planlama ve sağlıklı finansal politikalar oluşturulması

2.10.3. Tıbbi Dokümanların Sağlık Çalışanları Açısından Önemi

Sağlık çalışanlarının, aynı gün içerisinde birçok hastayla ilgilenmeleri nedeniyle, her hastanın teşhis ve tedavi bilgilerini hatırlamaları mümkün değildir. Tıbbi dokümanlar, sağlık çalışanlarının hastalara ait bilgileri zamanında ve doğru bir şekilde paylaşmasını sağlar. Bu, ekip çalışmasını ve sağlık hizmetlerinin verimliliğini artırır.⁴¹ Ayrıca, tıbbi sekreterler, tıbbi evrakların düzenlenmesi, hasta kayıt ve çıkış işlemleri gibi birçok görevi üstlenerek sağlık kuruluşlarında önemli bir rol oynar.⁴²

2.10.4. Tıbbi Dokümanların Adli Tıp ve Hukusal Açıdan Önemi

Tıbbi dokümanlar, hastalar, sağlık kuruluşları ve çalışanları için adli ve hukuki açıdan önemli bir savunma aracıdır. Hasta veya yakınları, sunulan sağlık hizmetlerinden memnun olmadıklarında hukuki işlem başlatabilirler. Bu durumlarda tıbbi dokümanlar delil niteliği taşır ve sağlık kuruluşlarının kendilerini savunmalarını sağlar. Ayrıca, trafik kazaları, ölüm, yaralanma gibi birçok hukuki konuda tıbbi dokümanlar başvuru kaynağıdır.³⁷

2.10.5. Tıbbi Dokümanların Tıbbi Araştırmalar ve Eğitim Yönünden Önemi

Tıbbi dokümanlar, tıp eğitiminde ve bilimsel araştırmalarda önemli bir rol oynar. Sağlık kuruluşları, hastalara ait tıbbi bilgilerin eğitim ve araştırma için kullanılabilmesi için bu bilgileri düzgün ve sistemli bir şekilde saklamakla yükümlüdür. Tıbbi dokümanlar, bilimsel araştırmaların geçerliliği ve güvenilirliği açısından büyük önem taşır.⁴³

2.10.6. Tıbbi Dokümanların Halk Sağlığı Yönünden Önemi

Koruyucu sağlık hizmetlerinin etkin sunumu, tıbbi dokümanlar sayesinde mümkün olur. Her bölgenin kendi sağlık problemleri ve epidemiyolojik değişiklikleri tıbbi dokümanlar aracılığıyla takip edilerek, olası sağlık sorunlarına karşı tedbirler alınabilir. Bu tür istatistiksel bilgiler, toplum sağlığının korunması ve iyileştirilmesi açısından kritik öneme sahiptir.⁴⁴

İdeal kayıt; sistematik, mantıklı, güncel, kolay ulaşılabilir, kullanıcı dostu, mahrem ve sürekli olmalıdır.

Aile hekimliğinde kullanılan tıbbi kayıt formları: aile dosyası (aile kayıt formu, aile problem listesi, genogram), kişi problem listesi, periyodik muayene formları, progres (gelişme) notları (SOAP) ve akış çizelgeleri olarak detaylandırılabilir.

Birinci basamakta kayıtlar, edinilen bilgi kaynağına göre, problem ve hasta yönelimli tıbbi kayıtlar ve kaynak yönelimli tıbbi kayıtlar olmak üzere ikiye ayrılır.

Kaynağa yönelimli kayıt: Laboratuvar verileri, EKG raporları, konsültasyon raporları, hekim notları, hemşire notları ve görüntüleme tetkik sonuçlarını kapsamaktadır.

Problem ve hastaya yönelimli tıbbi kayıt ise semptomlar, sosyal durum, davranış, fizik muayene bulguları, laboratuvar bulguları, değerlendirmeyi kapsamaktadır. Problem yönelimli kayıta progres notu yazılırken kısaltması SOAP olan bir formatta düzenlenir. SOAP akronimindeki başlıklar şunlardır:

- Subjektif bulgular: Kaygı, istek, yakınma, semptom aile ve sosyal öykü, geçmiş öykü
- Objektif bulgular: Fizik muayene ve laboratuvar bulguları
- Assessment (Değerlendirme): Ön tanı, kesin tanı
- Plan (Tedavi): reçete, girişim, eğitim, ileri tetkik, konsültasyon, sevk

Kayıtların bu şekilde düzenlenmesi hasta takibinde hem aile hekimine hem de hastayı muayene eden diğer hekimlere kolaylık sağlayıp zaman kazandırmaktadır.

Aile Hekimlerinin Polikliniklerinde En Çok Karşılaştığı En Sık İlk 20 Durum/Kronik Hastalıklar:⁴⁵

- Esansiyel hipertansiyon
- Rutin infant veya çocuk muayenesi

- Akut üst solunum yolu enfeksiyonları, farenjit hariç
- Artropatiler ve ilişkili bozukluklar
- Malign neoplaziler
- Diabetes mellitus
- Spinal bozukluklar
- Romatizma, sırt hariç
- Genel tıbbi muayene
- İzlem muayenesi
- Spesifik prosedür ve hastalık sonrası bakım
- Normal gebelik
- Jinekolojik muayene
- Otitis media ve otitis eksterna, bozukluklar hariç
- Astım
- Lipid metabolizma bozukluğu
- Kronik sinüzit
- Kalp hastalığı, iskemik hariç
- Akut farenjit
- Alerjik rinit

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Çukurova Üniversitesi Çarkıpare E-ASM 056 Nolu birimi 01.12.2021 tarihinde resmi olarak açılmış ve hizmet vermeye başlamıştır.

Kesitsel ve tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışma, tıbbi kayıtlara dayalı retrospektif bir çalışma olarak planlanmıştır.

Araştırmanın evrenini 01.01.2022-31.12.2022 tarihleri arasındaki tüm başvurular oluşturmaktadır. Çalışmamızda örneklem seçimi yapılmamış olup, tez çalışmasının başladığı tarihten retrospektif olarak 01.01.2022-31.12.2022 tarihleri arasındaki tüm kayıtlar incelemeye alınmıştır.

Araştırmanın yapılması için, Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Akademik Kurulu ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır.

Etik kurul onayı 01.09.2023 tarihinde, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Toplantı no:136, Karar no: 40).

Çalışmaya, Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Çarkıpare Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne bağlı 056 no'lu birime, 01.01.2022-31.12.2022 tarihleri arasındaki tüm başvuru kayıtları incelenerek; yaş, cinsiyet gibi demografik özelliklerinin yanında başvuru nedenleri, aldıkları tanılar, kayıt tipleri, sevk ve/veya yapılan konsültasyonlar, yazılan reçeteler incelendi ve kaydedildi. Araştırma verileri, 11.09.2023-25.09.2023 tarihleri arasında HIZIR BİLİŞİM V.2020.6.3.0 veri tabanındaki elektronik kayıtlar üzerinden retrospektif olarak toplandı. Microsoft Excel 2023 programına elektronik ortamda aktarıldı. Verilerin doğru aktarımının kontrolü sağlandı. Bu aşamada farklı elektronik dosyalar halinde bulunan sosyodemografik veriler ve muayene kayıtları manuel olarak birleştirilerek tek elektronik dosya haline getirildi. Hizmet alan kişilerin sosyodemografik verilerinin, yakınmalarının, muayene notlarının, tanılarının, aylara göre işlem sayılarının bulunduğu elektronik dosyalardaki hiçbir başvuru dışlanmadı.

Çalışmaya toplam 4223 hastanın 11,318 başvurusu dahil edildi. Değerlendirme aşamasında 6015 muayenede başvuru nedeninin olmadığı tespit edildi. Başvuru nedenleri ve tanılarının olduğu kayıtlar tek tek değerlendirilip, başvuru nedenleri 10

başlık altında gruplandırılarak, tanılar 12 başlık altında gruplandırılarak standartize edildi. Ana tanı ve ek tanı başlıkları altında bulunan ICD-10'a göre kodlanmış tanı kodları tanılar başlığı altında beraber değerlendirildi. 8057 adet reçete incelenerek toplamda 166,484 ilaç 12 alt başlık altında gruplandırıldı. Yapılan 90 adet sevk incelenerek en çok sevk edilen ilk 10 klinik ve sevk sayısı gruplandırıldı. Aile hekimlerinin karşılaştığı tanıların sıklığına dikkat çekmek amacıyla birden fazla başvurudaki mükerrer tanılar dışlanmadı.

3.1. İstatistiksel Analiz

Jamovi (Version 2.3.26.0) programı istatistiksel analizlerin yapılmasında kullanıldı (The jamovi project (2024). *jamovi* (Version 2.5) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>). Sayısal değişkenlerin Shapiro-Wilks testi, histogram ve q-q plot analizleriyle normal dağılıma uygunluğu değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistiklerde kategorik değişkenler frekans ve yüzde ile, sayısal değişkenler ortalama, ortanca, standart sapma, çeyrekler arası aralık (IKR), minimum ve maksimum değerleri ile raporlandı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare testi ve Fischer's Exact testi kullanıldı. Kategorik değişkenlerin alt grup analizlerinde Bonferroni düzeltmesi yapıldı ve bu alt grup analizlerinde $p < 0,016$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Diğer analizler için $p = 0,05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Çalışmaya Alınan Hastaların ve Başvuruların Tanımlayıcı Özellikleri

Çalışmaya toplam 4223 hastanın 11,318 başvurusu dahil edildi. Hastaların 2401'i (% 56,9) kadın ve 1822'si (% 43,1) erkekti. Hastaların 1677'si (% 39,7) kesin kayıtlı, 1042'si (% 24,7) ilişkisi kesilmiş, 1504'ü (% 35,6) misafir hastaydı (Tablo 1).

Tablo 1. Çalışmaya alınan hastaların cinsiyetleri ve tipleri

Hastalar		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	1822	43,1
	Kadın	2401	56,9
Hasta tipi	Misafir	1504	35,6
	İlişkisi kesilmiş	1042	24,7
	Kesin	1677	39,7

Erkek hastaların yaş ortalaması $32,7 \pm 22,8$ (1-94) yıl, kadın hastaların yaş ortalaması $35,2 \pm 19,5$ (1-101) yıl idi. Tüm hastaların yaş ortalaması $34,3 \pm 20,9$ (1-101) yıl olarak tespit edildi. Kadın hastaların yaş ortanca değeri 35 yıl, erkek hastaların yaş ortanca değeri 31 yıldır. Gruplar arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,001$).

Yapılan başvurular yaş ve cinsiyetlerine göre ayrıldı. Buna göre, 18 yaş altı ve 18-65 yaş gruplarındaki kadın hastaların sayısı, erkek hastaların sayısından daha fazlaydı. Grupların arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,001$) (Tablo 2).

Tablo 2. Başvurularda yaş gruplarının cinsiyete göre dağılımı

Yaş grupları	Cinsiyet		$p^{\dagger}$
	Erkek, n (%)	Kadın, n (%)	
<18 yaş	1457 (49,8)	1470 (50,2)	<0,001
18-65	2429 (32,6)	5028 (67,4)	
65 yaş üzeri	475 (50,9)	459 (49,1)	

$\dagger$ Pearson ki-kare testi

Kesin kayıtlı, misafir ve ilişkisi kesilmiş hasta grupları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p = 0,067$) (Tablo 3).

Tablo 3. Hasta tiplerinin cinsiyete göre dağılımı

Hasta tipi	Cinsiyet		p [†]
	Erkek, n (%)	Kadın, n (%)	
Kesin	754 (45)	923 (55)	0,067
Misafir	615 (40,9)	889 (59,1)	
İlişği Kesilmiş	453 (43,5)	589 (56,5)	

[†]Pearson ki-kare testi

Erkek ve kadın hastaların muayene sayısı ortanca değeri iki olup en fazla muayene olan erkek hasta 18 kez, en fazla muayene olan kadın hasta 25 kez Eğitim Aile Sağlığı Merkezimize (E-ASM) başvurmuştu.

Hastaların başvuru nedenleri incelendiğinde 6015 başvuruda herhangi bir muayene notu olmadığı için istatistik 5303 başvuru üzerinden yapıldı ve en sık başvuru nedeni laboratuvar testi yapılması içindi (n=1262, % 23,8), ikinci sırada üst solunum yolu enfeksiyonları (ÜSYE) (n=1094, % 20,6), üçüncü sırada ise genel tıbbi muayene nedeni ile başvuru yapılmıştı (n=690, % 13) (Tablo 4).

Tablo 4. Hastaların eğitim-aile sağlığı merkezi'ne (E-ASM) başvuru nedenleri

Başvuru nedeni	Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Laboratuvar testi	1262	23,8
ÜSYE	1094	20,6
Genel tıbbi muayene	690	13,0
GİS	366	6,9
Resmi evrak talebi	292	5,5
Dermatoloji	206	3,9
Ateş	196	3,7
Kas-iskelet	169	3,2
Endokrinoloji	151	2,9
KVS	82	1,5
Diğer	795	15
Toplam	5303	100,0

ÜSYE: Üst solunum yolu enfeksiyonu, GİS: Gastrointestinal sistem, KVS: Kardiyovasküler sistem

Hastaların cinsiyetlerine göre başvuru nedenleri erkek ve kadınlarda benzerdi (Tablo 5).

Tablo 5. Eğitim aile sağığı merkezi'ne başvuru nedenlerinin cinsiyete göre dağılımı

Başvuru nedeni	Erkek		Kadın	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Laboratuvar testi	312	16,2	950	28,2
ÜSYE	473	24,5	621	18,4
Genel tıbbi muayene	268	13,9	422	12,5
GİS	163	8,4	203	6,0
Resmi evrak talebi	171	8,9	121	3,6
Dermatoloji	96	5,0	110	3,3
Endokrinoloji	42	2,2	109	3,3
Ateş	101	5,2	95	2,8
Kas-iskelet	75	3,9	94	2,8
KVS	38	1,9	44	1,3
Diğer	191	9,9	604	17,8
Toplam	1930	100,0	3373	100,0

ÜSYE: Üst solunum yolu enfeksiyonu, GİS: Gastrointestinal sistem, KVS: Kardiyovasküler sistem

Toplam 11318 başvuru da en sık konulan tanı üst solunum yolu enfeksiyonu idi (n=2954, % 26,1), ikinci sırada genel tıbbi muayene (n=1686, % 14,9) ve üçüncü sırada laboratuvar testi (n=1057, % 9,3) yer alıyordu (Tablo 6).

Tablo 6. Eğitim aile sağığı merkezi'ne başvuran hastaların en sık tanıları

Tanı	Sayı (n)	Yüzde (%)
ÜSYE	2954	26,1
Genel tıbbi muayene	1686	14,9
Laboratuvar testi	1057	9,3
Dermatoloji	938	8,3
GİS	903	8,0
KVS	526	4,6
Kas-iskelet	480	4,2
Anemi	478	4,2
Endokrin	410	3,6
Respiratuar	257	2,3
Vitamin eksikliği	257	2,3
Resmi evrak talebi	195	1,7
Diğer	1177	10,5
Toplam	11318	100,0

ÜSYE: Üst solunum yolu enfeksiyonu, GİS: Gastrointestinal sistem, KVS: Kardiyovasküler sistem

Üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı, dermatolojik hastalık tanısı, kardiyovasküler sistem hastalığı tanısı ve anemi tanısı kadınlarda, erkeklere oranla daha sıklıkla (sırasıyla; $p=0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$). Respiratuvar hastalık tanısı ve resmi evrak talebi erkeklerde, kadınlara oranla daha sıklıkla (sırasıyla; $p<0,001$, $p<0,001$). Gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı (Tablo 7).

Tablo 7. Tanıların cinsiyete göre dağılımı

Tanı	Cinsiyet		$p^{\dagger}$
	Erkek, n (%)	Kadın, n (%)	
ÜS YE	1334 (45,2)	1620 (54,8)	0,001
Genel tıbbi muayene	663 (39,3)	1023 (60,7)	0,469
Laboratuvar testi	258 (24,4)	799 (75,6)	<0,001
Dermatoloji	450 (48)	488 (52)	<0,001
GİS	379 (42)	524 (58)	0,027
KVS	246 (38,1)	280 (53,2)	<0,001
Kas-iskelet	178 (37,1)	302 (62,9)	0,505
Anemi	57 (11,9)	421 (88,1)	<0,001
Endokrin	142 (34,6)	268 (65,4)	0,099
Respiratuvar	137 (53,3)	120 (46,7)	<0,001
Vitamin eksikliği	76 (29,6)	181 (70,4)	0,003
Resmi evrak talebi	124 (63,6)	71 (36,4)	<0,001

$\dagger$ Pearson ki-kare testi, ÜS YE: Üst solunum yolu enfeksiyonu, GİS: Gastrointestinal sistem, KVS: Kardiyovasküler sistem

Üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı alanlar arasında <18 yaş olanların sıklığı diğer yaş gruplarına göre daha fazlaydı ($p<0,001$), 18-65 yaş arasında laboratuvar muayenesi, dermatolojik hastalık ve gastrointestinal sistem hastalığı tanısı diğer yaş gruplarına göre daha fazlaydı (sırasıyla; $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$). Gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 8).

Tablo 8. Tanıların yaş gruplarına göre dağılımı

Tanı	Yaş grubu			$p^{\dagger}$
	<18 yaş, n (%)	18-65, n (%)	65 üzeri, n (%)	
ÜS YE	1520 (51,5)	1358 (46,0)	76 (2,6)	<0,001
Genel tıbbi muayene	439 (26,0)	1131 (67,1)	116 (6,9)	0,083
Laboratuvar testi	128 (12,1)	882 (83,4)	47 (4,4)	<0,001

Tablo 8'in devamı

Dermatoloji	201 (21,4)	693 (73,9)	44 (4,7)	<0,001
GİS	198 (21,9)	624 (69,1)	81 (9,0)	0,018
KVS	1 (0,2)	348 (66,2)	177 (33,7)	<0,001
Kas-iskelet	32 (6,7)	385 (80,2)	63 (13,1)	<0,001
Anemi	79 (16,5)	376 (78,7)	23 (4,8)	<0,001
Endokrinoloji	33 (8)	287 (70)	90 (22)	<0,001
Respiratuar	106 (41,2)	115 (44,7)	36 (14,0)	<0,001
Vitamin eksikliği	37 (14,4)	195 (75,9)	25 (9,7)	<0,001
Resmi evrak talebi	10 (5,1)	176 (90,3)	9 (16,1)	<0,001

†Pearson ki-kare testi, ÜSİYE: Üst solunum yolu enfeksiyonu, GİS: Gastrointestinal sistem, KVS: Kardiyovasküler sistem

Genel tıbbi muayene tanısı, kardiyovasküler sistem hastalığı tanısı ve resmi evrak talebi, kesin kayıtlı hastalarda, ilişkisi kesilmiş ve misafir hastalara kıyasla daha fazlaydı. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (sırasıyla; $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$) (Tablo 9).

Tablo 9. Tanıların hasta tipine göre dağılımı

Tanı	Hasta tipi			p [†]
	Kesin, n (%)	İlişkisi Kesilmiş, n (%)	Misafir, n (%)	
ÜSİYE	1398 (47,3)	1005 (34)	551 (18,7)	0,001
Genel tıbbi muayene	934 (55,4)	559 (33,2)	193 (11,4)	<0,001
Laboratuvar testi	551 (52,1)	324 (30,7)	182 (17,2)	0,381
Dermatoloji	501 (53,4)	257 (27,4)	180 (19,2)	0,013
GİS	431 (47,7)	282 (31,2)	190 (21)	0,061
KVS	236 (44,9)	156 (29,7)	134 (25,5)	<0,001
Kas-iskelet	233 (48,5)	133 (27,7)	114 (23,8)	0,004
Anemi	250 (52,3)	162 (33,9)	66 (13,8)	0,039
Endokrinoloji	210 (51,2)	117 (28,5)	83 (20,2)	0,296
Respiratuar	101 (39,3)	86 (33,5)	70 (27,2)	<0,001
Vitamin eksiklikleri	152 (59,1)	78 (30,4)	27 (10,5)	0,002
Resmi evrak talebi	135 (69,2)	48 (24,6)	12 (6,2)	<0,001

†Pearson ki-kare testi, ÜSİYE: Üst solunum yolu enfeksiyonu, GİS: Gastrointestinal sistem, KVS: Kardiyovasküler sistem

E-ASM'ye yapılan 11,318 başvuruda 8057 adet reçete yazıldığı saptandı (% 71,2) ve reçete yazılma oranı 65 yaş üzeri hasta grubunda diğer yaş gruplarından daha yüksekti. Grupların arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,001$) (Tablo 10).

Tablo 10. Hastaların yaş gruplarına göre reçete yazılma durumu

Yaş	Reçete yok, n (%)	Reçete var, n (%)	p [†]
<18 yaş	659 (22,5)	2268 (77,5)	<0,001
18-65 yaş	2468 (33,1)	4989 (66,9)	
65 üzeri	134 (14,3)	800 (85,7)	

†Pearson ki-kare testi

Erkek hastalara reçete yazılma oranı % 71,9 (n=3135), kadın hastalara reçete yazılma oranı % 70,7 (n=4922) idi. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,193$) (Tablo 11).

Tablo 11. Hastalara reçete yazılma durumunun cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Reçete yok, n (%)	Reçete var, n (%)	p [†]
Erkek	1226 (28,1)	3135 (71,9)	0,193
Kadın	2035 (29,3)	4922 (70,7)	

†Pearson ki-kare testi

Reçete edilen ilaçlar incelendiğinde en sık analjezik, antipiretik, nazal dekonjestan grubu ilaçlar (% 16,88) ve ikinci sıklıkla antihipertansif ilaçların (% 7,58) reçete edildiği belirlendi.

Medikal cihazlar grubuna; foley sonda, kan şekeri ölçüm cihazı, strip ve insülin kalem iğnesi gibi medikal aletler dahil edildi (Tablo 12).

Tablo 12. Eğitim aile sağlığı merkezi'nde en sık reçete edilen ilaçlar

Reçete Türü	Sayı (n)	Yüzde (%)
Analjezik+antipiretik+nazal dekonjestanlar	28,110	16,88
Antihipertansifler	12,614	7,58
Dermatolojik kremler	11,599	6,97
Antibiyotikler	11,373	6,83
Respiratuvar (İnhaler + Nebül)	9,153	5,50

Tablo 12'nin devamı

PPI + Antiasit	7,383	4,43
Antidiyabetikler	7,334	4,40
Nörolojik ilaçlar	6,786	4,08
Psikiyatrik ilaçlar	6,508	3,91
Göz damlaları	5,266	3,16
Demir preparatları	5,060	3,04
Medikal cihazlar	4,499	2,70
Diğer	50,799	30,52
Toplam	166,484	100

PPI: Proton pompa inhibitörü

Yazılan toplam yeşil reçete sayısı 45 (%0,02), kırmızı reçete sayısı sekiz (% 0,004) idi.

Çalışmamızda 41'i (% 45,6) erkek, 49'u (% 54,4) kadın olmak üzere toplam 90 hasta (%0,8) hastanelere sevk edildi (Tablo 13).

Tablo 13. E-ASM'ye başvuran hastaların sevk edilme durumları

Sevk edilen hasta		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	49	54,4
	Erkek	41	45,6
Toplam		90	0,8

Sevk edilen hastalar incelendiğinde, en sık iç hastalıkları polikliniğine (n=10, % 22,2), ikinci sıklıkla çocuk hastalıkları ve çocuk acil'e (n=25, % 16,7) ve erişkin acil servisine (n=11, % 12,2) sevk edildiği belirlendi (Tablo 14).

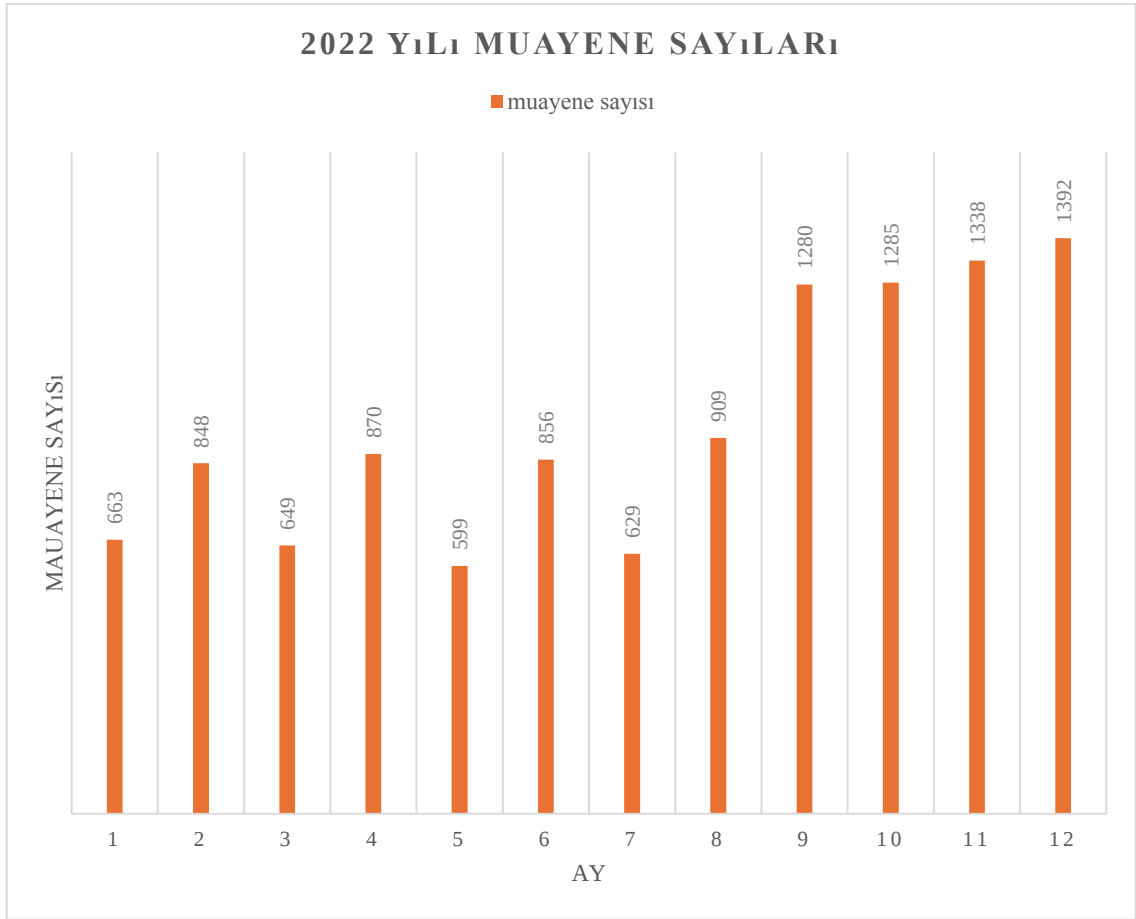
Tablo 14. Sevk edilen hastaların en sık sevk edildikleri ilk 10 poliklinik

Hastaların sevk edildikleri poliklinik	Sayı (n)	Yüzde (%)
İç hastalıkları	20	22,2
Çocuk hastalıkları & çocuk acil	15	16,7
Erişkin acil	11	12,2
Endokrinoloji	9	10,0
Dermatoloji	8	8,9
Genel cerrahi	4	4,4
Çocuk cerrahisi	3	3,3

Tablo 14'ün devamı

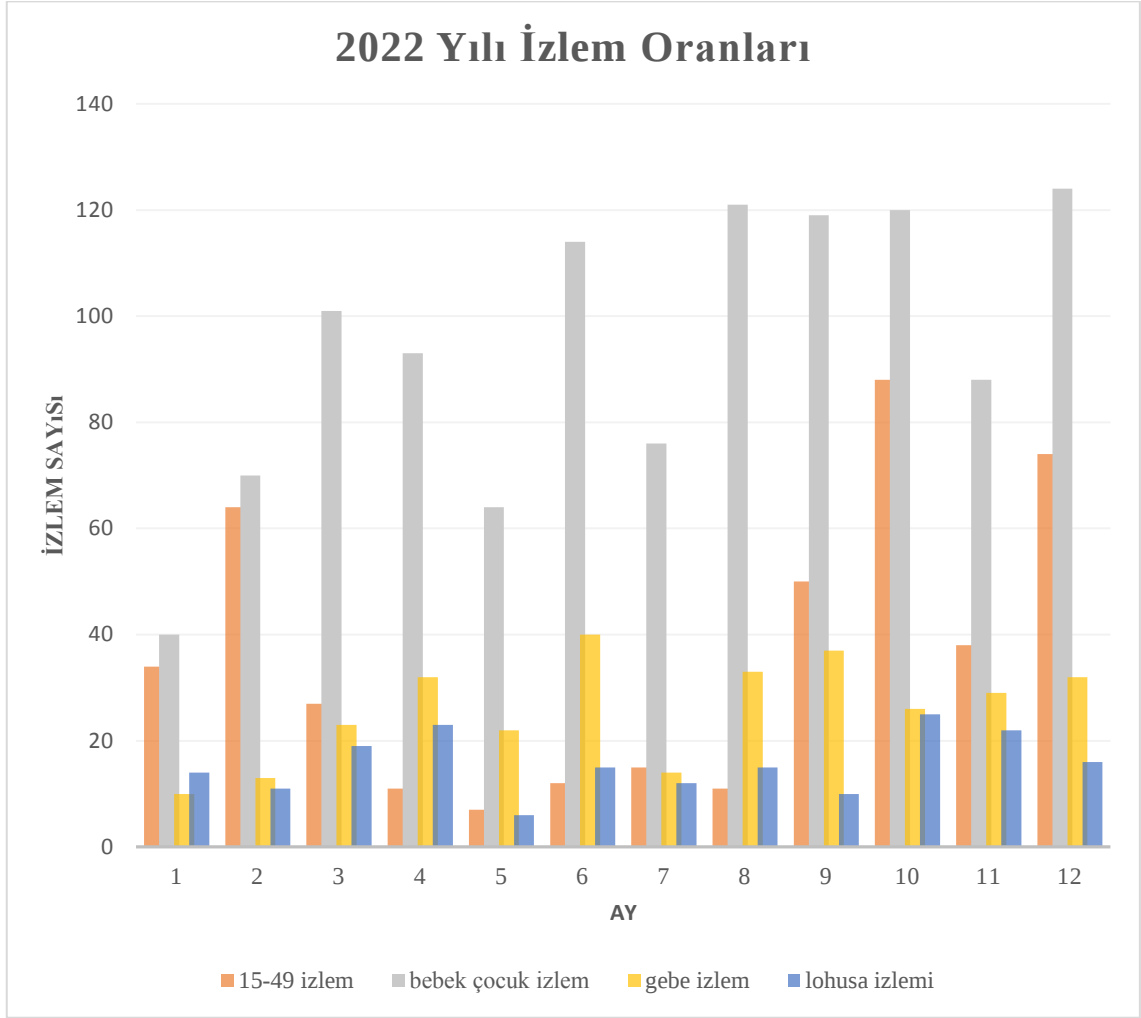
Kadın hastalıkları ve doğum	3	3,3
Kardiyoloji	3	3,3
Hematoloji	2	2,2
Diğer	12	13,5
Toplam	90	100,0

2022 yılında ay olarak yapılan muayene sayıları incelendiğinde en fazla aralık ayında (1392 başvuru) en az ise temmuz ayında (629 başvuru) yapıldığı belirlendi. 2022 yılında ay olarak E-ASM'de yapılan muayene sayıları Şekil 2'de gösterildi.



Şekil 2. E-ASM'de 2022 yılında yapılan muayenelerin aylara göre dağılımı

2022 yılında yapılan hasta izlemleri Şekil 3’de gösterildi.



Şekil 3. E-ASM’de 2022 yılında yapılan izlemlerin aylara göre dağılımı

5. TARTIŞMA

Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması ve toplum sağlığının iyileştirilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinliği ve kalitesi ile çok yakından ilişkilidir. Bu kapsamda, Çukurova Üniversitesi Çarkıpare Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne (E-ASM) bağlı Aile Hekimliği Birimi'nin (AHB) 2022 yılı çalışmalarının değerlendirilmesi ve böylece birinci basamak sağlık hizmetlerinin yönetimine ve politika oluşturmaya rehberlik edecek verilerin sunulması amaçlanmıştır. Bu bağlamda, incelenen dönemde en sık başvuru nedenleri, tanılar, konsültasyonlar/sevkler ve reçete edilen ilaçlar gibi konular analiz edilmiştir.

Çalışmamıza başvuran hastaların % 43,1'nin erkek, % 56,9'nun kadın olduğu tespit edilmiştir. İzmir'de yürütülen bir çalışmada % 31,8'i erkek, % 68,2'si kadın olarak belirlenmiştir.⁴⁶ Coylea ve ark. tarafından yapılan, ekip temelli birinci basamak uygulamalarına katılan hastaların özelliklerinin incelendiği bir çalışmada, aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların % 55,7'sinin kadın olduğu saptanmıştır.⁴⁷ Savageau ve ark. bir toplum sağlığı merkezine başvuran hastaların özelliklerini inceledikleri çalışmada, hastaların % 71'inin kadın olduğunu tespit etmişlerdir.⁴⁸ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde yapılan bir çalışmada, katılımcıların %35'i erkek, %65'i kadın olarak kaydedilmiştir.⁴⁹ Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2019 yılında yapmış olduğu sağlık araştırmasında, aile hekimlerine başvuranların daha büyük yüzdesinin kadınlar olduğu bildirilmiştir.⁵⁰ Kadınların birinci basamak sağlık hizmetlerini daha fazla kullanmaları, sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve kaynakların dağıtımında dikkate alınması gereken önemli bir bulgudur. Sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği ve kalitesi, cinsiyet farkı gözetilerek iyileştirilmelidir. Kadınlara yönelik sağlık programlarının ve bilgilendirme kampanyalarının artırılması, kadınların sağlık hizmetlerine erişimini daha da kolaylaştırabilir. Bizim çalışmamızda da E-ASM'ye başvuranlarda kadın cinsiyetin, erkek cinsiyetten daha fazla olması, kadınların birinci basamak sağlık hizmetlerini daha çok kullandıklarını düşündürmektedir. Bu durum, kadınların sağlık konusunda daha proaktif davrandıklarını ve sağlıklarını koruma konusunda daha fazla çaba gösterdiklerini ortaya koymaktadır. Kadınların sağlık hizmetlerine olan bu yüksek talebi, sağlık sistemimizin kadınların ihtiyaçlarını karşılamada yeterli olup olmadığını değerlendirmemiz gerektiğini de göstermektedir. Bu bağlamda, sağlık politikalarının

kadınların ihtiyaçlarına yönelik olarak geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin bu talebi karşılayacak şekilde düzenlenmesi büyük önem taşımaktadır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) birinci basamakta yapılan bir çalışmada, 982 kliniğin verileri incelenmiş ve hastaların en sık başvurduğu yaş aralığı 18-44 (% 40,9), ikinci sıklıkta ise 45-64 yaş (% 21,3) olarak tespit edilmiştir.⁵¹ Savageau ve arkadaşlarının çalışmasında da en sık başvuru 18-44 yaş aralığında (% 59) olmuştur.⁴⁸ Fortin ve arkadaşlarının çalışmasında ise en sık başvuru 45-64 yaş aralığında (% 43) bulunmuştur.⁵² Bizim çalışmamızda ise en sık başvuru 18-65 yaş aralığında (% 65) tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızın bulguları, Savageau ve arkadaşlarının çalışması ile benzerlik göstermektedir. Ancak, Fortin ve arkadaşlarının çalışması ile kıyaslandığında, bizim çalışmamızda en sık başvuru yapılan yaş aralığı daha geniş bir grubu (18-65 yaş) kapsamaktadır. Bu fark, bölgesel ve demografik farklılıklardan veya çalışmalarda kullanılan metodolojik farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir.

İzmir'deki üçüncü basamak bir hastanenin aile hekimliği polikliniğinde yapılan çalışmada yaş ortalaması 47,11±16,70 yıl olarak belirlenmiştir.⁴⁶ Kocaeli Üniversitesi Hereke Aile Hekimliği Polikliniği'nde başvuran 2691 hastanın yaş ortalaması ise 32,3±18,4 yıl olarak tespit edilmiştir.⁵³ Savageau ve ark 382 hasta ile yaptıkları çalışmada, yaş ortalamasını 40,4±14,8 yıl olarak tespit etmişlerdir.⁴⁸ Bizim çalışmamızda, E-ASM'ye başvuran hastaların yaş ortalaması 34,3±20,9 yıl olarak tespit edilmiştir. Çalışmalar arasındaki bu farklılıklar, aile hekimliği polikliniklerinin konumları, hizmet verdikleri popülasyonların demografik özellikleri ve sağlık hizmetlerine erişim kolaylığı gibi faktörlerle ilişkili olabilir. Özellikle büyük şehirlerde bulunan üçüncü basamak hastaneler, daha çeşitli ve geniş bir hasta profiline sahip olabilirken, üniversite hastaneleri ve yerel aile hekimliği poliklinikleri, belirli yaş gruplarındaki hastaların daha sık başvurduğu sağlık kuruluşları olabilir. Bu veriler, sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve kaynakların etkin dağıtımında dikkate alınması gereken önemli ipuçları sunmaktadır.

Düzce Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran hastaların yılda ortalama 1.7 kez başvuru yaptığı tespit edilmiştir.⁵⁴ Afyon Umurlu Aile Hekimliği Merkezi'nde yapılan bir çalışmada ise hastaların yıllık başvuru ortalaması 1.3 olarak bulunmuştur.⁵⁵ Bu veriler, farklı bölgelerdeki sağlık hizmetlerine olan başvuru sıklığında belirgin farklılıklar olduğunu göstermektedir. Özellikle üniversite

hastanelerinin ve yerel aile hekimliği merkezlerinin, bulundukları bölgenin demografik yapısı, sağlık bilinci ve sağlık hizmetlerine erişim kolaylığı gibi faktörlerle doğrudan ilişkili olduğu görölmektedir. Sağlık İstatistikleri Yıllığı'na göre ise Türkiye genelinde 2022 yılında birinci basamak sağlık hizmetlerine ortalama başvuru sayısının 4.0 olduğu tespit edilmiştir.⁵⁶ Çalışmamızda başvuru sayıları incelendiğinde, her iki cinsiyet için başvuru sayısının ortanca değerinin iki olduğu belirlenmiştir. Bu durum, Adana ilindeki hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerine düzenli olarak başvurduğunu, ancak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının sayısının fazla olmasının E-ASM'ye başvuru sayılarının düşük olmasına neden olabileceğini düşündürmektedir. Bu bulgular, sağlık hizmetlerinin kullanımı ve başvuru sıklığı konusunda bölgesel farklılıkların önemini vurgulamaktadır. Sağlık hizmetlerinin etkinliği ve erişilebilirliği, bölgenin demografik yapısı, sağlık hizmetlerinin dağılımı ve hastaların hizmete olan erişim kolaylığı gibi faktörlerden etkilenmektedir. Bu nedenle, sağlık politikalarının ve planlamalarının, bölgesel ihtiyaçlar ve özellikler göz önünde bulundurularak yapılması büyük önem taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinin kullanımına ilişkin bu tür verilerin analiz edilmesi, sağlık sisteminin iyileştirilmesi ve daha verimli hale getirilmesi için yol gösterici olabilir.

Küçükerdem ve ark.⁴⁶ yapmış olduğu çalışmada, aile hekimliğine başvuran hastaların en sık talepleri muayene olmak (% 62), ikinci sıklıkta genel sağlık taraması yaptırmak (% 19,1) ve üçüncü sıklıkta ise tetkik yaptırmaya isteğidir (% 8,9). Fidancı'nın yapmış olduğu çalışmada, 2016-2019 yılları arasında aile hekimliği polikliniğine başvuru nedenleri incelenmiş ve en sık tetkik için başvurulduğu gözlemlenmiştir.⁵⁷ Hereke'de 2001 yılında yapılan başka bir çalışmada, en sık başvuru nedeni ise % 37,1 ile ilaç yazdırmak olmuştur.⁵³ Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) aile hekimliği polikliniğine en sık başvuru nedenleri genel tıbbi muayene (% 10), üst solunum yolu enfeksiyonu (% 4,8), öksürük (% 4), genel takip vizitleri (% 2,6) ve ilaç değişiklikleri nedeniyle reçete yazdırma (% 2,5) bulunmaktadır.⁵⁸ Çalışmamızda en sık başvuru nedeni olarak belirlenen laboratuvar tetkik istemi (% 23,8), hem kadın hem de erkeklerde yaygın bir talep oluşturmaktadır. İkinci sırada ÜSYE (% 20,6) bulunmaktadır. Üçüncü sırayı genel tıbbi muayene (% 13) almaktadır. Literatürdeki benzer çalışmalarla kıyaslandığında, başvuru nedenleri arasında önemli bir uyum olduğu gözlemlenmektedir. Ancak, aile hekimliği merkezlerinin konumlarına, özellikle

üniversiteye yakınlıklarına bağlı olarak, kırsal kesimlerdeki aile hekimliklerinde yapılan çalışmalara göre farklılık gözlemlenmektedir. Özel hastanelerde yapılan başvurular sonrası ortaya çıkan faturaların laboratuvar tetkik istemini birinci sıraya taşımasının yanı sıra kronik hastalıkları olan ve düzenli ilaç kullanan hastaların laboratuvar takiplerini aile hekimliği polikliniklerinde yaptırmaları da olasıdır. Bu durum, laboratuvar tetkiklerinin sıklıkla aile hekimleri tarafından istenmesine ve bu nedenle bu başvuru sebebinin birinci sırada yer almasına katkıda bulunmuş olabilir.

Maç ve ark. yaklaşık 31000 hasta ile yapmış olduğu çalışmada; hastalara konulan en sık tanımlar incelendiğinde ilk sırada akut ÜSİYE (% 25) olduğu tespit edilmiştir.⁵⁹ Umurlu Aile Hekimliği Merkezi'ne 2618 kez başvuruda bulunulmuş olup en sık konulan tanımlarda birinci sırada % 19,1 ile ÜSİYE tespit edilmiştir.⁵⁵ Ünal ve ark. yapmış olduğu başka bir çalışmada, ilk başvurular sonrasında konulan tanımlar arasında % 19 ile ÜSİYE yine ilk sırada yer almaktadır.⁶⁰ Bu sonuçlar, çalışmamızın bulgularının literatür ile uyumlu olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda kronik hastalıklara ait tanımların genel olarak az sayıda bildirilmiş olması dikkat çekicidir. Bunun olası nedenlerinden biri, çalışmanın yürütüldüğü yerleşim yerindeki yoğun genç nüfus olabilir. Ayrıca, aile hekimliği ve acil tıp hizmetlerinde, boğaz ağrısı, hapsirık, burun akıntısı gibi semptomlar kesin ÜSİYE tanısı olmasa da sıklıkla bu şekilde kodlanmış olabilir. Bu nedenle, ÜSİYE tanısının ülkemizde genel olarak yaygın olduğu düşünülmektedir.

Yılmaz ve arkadaşları tarafından 2012 yılında yapılan bir çalışmada, Aile Hekimliği Merkezi'ne başvuran hastalara konulan tanımlar değerlendirilmiş ve en sık (% 30.8) akut nazofarenjit-nezle tanısı konmuştur. Bu tanımlarda kadın hastaların oranının erkek hastaların oranından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.⁵⁴ Saatçi ve ark. yapmış olduğu bir çalışmada, respiratuvar semptomları olan erkek hastaların oranı kadınların oranından daha yüksek tespit edilmiştir.⁶¹ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde yapılan bir çalışmada, kadınlarda aneminin daha fazla görüldüğü çalışmamızla uyumludur.⁶² Respiratuvar semptomlar açısından, toplumda erkeklerin daha fazla tütün ve tütün mamulleri kullandığı düşünüldüğünde, erkek hastaların daha sık tıbbi yardım arayabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, erkek hastaların (askerlik başvuruları, iş başvuruları ve ehliyet yenileme) resmi evrak talepleri, idari işler gibi nedenlerden dolayı daha sık başvuruda bulundukları tespit edilmiştir.

Maç ve ark yapmış olduğu çalışmada, aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda 0-14 yaş arasındaki hastalarda en sık ilk üç tanı sırasıyla, akut ÜS YE, rutin muayene ve akut tonsillit olmuştur. 15-64 yaş arasındaki hastalarda en sık ilk üç tanı sırasıyla, akut ÜS YE, genel muayene ve miyaljidir. 65 yaş ve üstündeki hastalarda en sık ilk üç tanı sırasıyla, hipertansiyon, miyalji ve diyabetis mellitus olarak bildirilmiştir.⁵⁹ Düzce Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada, 60 yaş altındaki hastalarda en sık görülen tanı akut nazofarenjit-nezle olarak belirtilmiştir. 60 yaş üstü hastalarda ise en sık tanı hipertansiyon olarak belirtilmiştir.⁵⁴ Bir başka çalışmada ise 35 yaş altındaki hastalarda en sık konulan tanı ÜS YE olarak belirtilmiştir. Genel olarak bizim çalışmamızın bulguları literatürdeki çalışmalar ile uyumlu bulunmuştur. Sonuçlarımıza göre özellikle 65 yaş üzeri bireylerde ÜS YE tanısının azalması, yaşlı nüfus için sağlık hizmetlerinin daha çok kronik hastalıklar ve yaşlanma ile ilişkili durumlar üzerinde odaklandığını gösteriyor olabilir. Genç yetişkinlerde dermatolojik ve gastrointestinal sistem hastalıklarının daha sık görülmesi, bu yaş grubunun beslenme alışkanlıkları, stres düzeyleri ve çevresel faktörlere maruziyeti ile ilişkilendirilebilir. Farklı çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmesi, güneş ışınlarına maruziyet ve beslenme alışkanlıkları ile ilişkili olabilir.

Hastaların tanıları, hastaların kayıt tiplerine göre incelendiğinde, incelenen tüm tanı tiplerinde kesin kayıtlı olanların, ilişkisi kesilmiş ve misafir hastalara kıyasla daha fazla olduğu saptanmıştır. İkinci sırada ilişkisi kesinleşmiş olanlar ve en az sıklıkta ise misafir hastalar başvurmuştur. Bu durum elbette beklenen bir bulgu olmuştur. Tanılar tek tek incelendiğinde anlamlı farklılıklar da görülmüştür. Örneğin resmi evrak talebi için başvuran hastalarda kesin kayıtlı olanların oranı, misafir ve ilişkisi kesilmiş olanlardan istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmuştur. Vitamin eksiklikleri, laboratuvar testi için muayeneler de benzer oranlarda gözlenmiştir. Bununla birlikte respiratuvar sistem hastalıkları, kardiyovasküler sistem hastalıkları, gastrointestinal sistem hastalıkları gibi tanıları olan hastaların başvuru tipleri oranları her durumda misafir olanlar en az sıklıkta olmasına rağmen bu tanımlarla başvuran misafir hasta oranı diğer tanımlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun nedenleri arasında E-ASM'nin bulunduğu bölgenin yeni gelişmekte olan bir bölge olması ve nüfusunun sürekli artması gösterilebilir. Yeni taşınanlar kayıtlarını henüz taşımamış olabilirler.

Yaş gruplarına göre reçete yazılma durumları incelendiğinde incelenen her yaş grubunda reçete yazılma oranı reçete yazılmayanlardan fazladır. Ankara’da 2016 yılında yapılan bir çalışmada, hastaların % 85,3’ünün aile hekiminden reçete beklentisi olduğu ve doktorların, hastaların % 82,7’sine reçete yazdığı bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda hastaların reçete beklenti düzeyi incelenmemiş olsa da tüm yaş gruplarına yüksek oranda reçete yazılmıştır.⁶³ Bu durum, Türkiye’deki tıbbi kültür ve alışkanlıkların bir yansıması olabilir. Doktorlar, hastaların taleplerine cevap vermek ve iyileşmelerine yardımcı olmak için sıklıkla reçete yazmış olabilirler. Ayrıca ülkemizde yıllık 300 milyon hasta muayenesinin yapıldığı sağlık hizmetleri sunum sisteminde, doktorların iş yükü ve hastaların beklentileri, reçete yazılmasını daha yaygın hale getirebilir. Özellikle zaman sıkıntısı olan ortamlarda, doktorlar hızlı bir şekilde tedaviyi tamamlamak için reçete yazarak hem hastaların beklentisini karşılamayı hem de işleri hızlandırmayı tercih etmiş olabilirler.⁶⁴

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) 2014 yılı verilerine göre, aile hekimleri tarafından düzenlenen reçetelerde her reçete başına yaklaşık 3,1 kalem ilaç ve hasta başına ortalama altı reçete yazıldığı belirlenmiştir. Bu verilere göre, ASM’lerde yazılan reçetelerin yaklaşık % 23,2’sinin 65 yaş üstü bireylere reçete edildiği ve en sık tanının “esansiyel hipertansiyon” olduğu görülmektedir. ASM’lerde yazılan reçetelerde en sık yazılan ilacın sistemik diklofenak olduğu ve ilk 21 ilaç arasında beşinin non-steroid antiinflamatuvar (NSAİ) ilaçlar olduğu ifade edilmektedir.⁶⁵ Bizim çalışmamızda reçete başına düşen ilaç kalemi sayısı incelenmemiştir. Reçete ettiğimiz ilaçlar arasında analjezik, antipiretik ve nazal dekonjestanlar grubunun (% 16,88) en sık reçete edilenler olduğu görülmektedir. Antihipertansif ilaç grubunun (% 7,58) da önemli bir yer tutması şaşırtıcı değildir çünkü hipertansiyon, prevalansı yüksek kronik bir sağlık sorunu olup tedavisi düzenli ilaç kullanımı gerektirir. Medikal cihazlar grubuna dahil edilen foley sonda, kan şekeri ölçüm cihazı, strip ve insülin kalem iğnesi gibi araçların da reçete edilmesi, hastaların sağlık durumlarının izlenmesinde ve belirli koşulların yönetilmesinde önemli olduğunu düşündürmektedir. Çalışmamız, Türkiye’deki sağlık hizmetleri ve ilaç kullanımı hakkında önemli veriler sunarken hangi tedavilerin daha fazla talep gördüğünü ve hangi alanlarda iyileştirme gerektiğini anlama konusunda da yol gösterici olabilir.

Ryan ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, Kanada’da beş yıl boyunca yapılan bir araştırmada hastaların sevk edilme durumlarını inceleyerek kadınların erkeklere kıyasla daha sık sevk edildiği sonucuna ulaşılmıştır.⁶⁶ Ontario’da yapılan 6972 birinci basamak hastaların bulunduğu çalışmada sevk/yönlendirme işlemi daha çok üreme çağındaki kadınlarda erkeklere göre (% 60) daha yüksek olduğu görülmüştür.⁶⁷ Bizim çalışmamızda da kadınların erkeklere göre daha fazla sevk edildiği sonucuna ulaşılmıştır. Kadınların erkeklere göre daha sık sevk edilme eğilimi, birçok faktörün etkileşimiyle ilişkilendirilebilir. Örneğin, kadınlar genellikle çocuk bakımı ve aile içi sağlık konularında daha fazla sorumluluk alırken, erkeklerin sağlık sorunlarına daha az dikkat etme eğilimi gösterebilirler. Ayrıca, sağlık hizmetlerine erişimde cinsiyet eşitsizlikleri, kadınların daha fazla sevk edilmesine yol açabilir. Bununla birlikte, kendi çalışmamızda sadece küçük bir yüzde oranında hastanın sevk edilmesi, muhtemelen araştırılmamış veya belgelenmemiş başka faktörlerin etkisi altında olabilir. Bu faktörler arasında hastaların yaşam tarzları, sağlık alışkanlıkları, ekonomik durumları ve coğrafi konumları gibi değişkenler yer alabilir. Daha fazla araştırma, kadın ve erkek hastalar arasındaki sevk edilme farklarının nedenlerini daha iyi anlamamıza yardımcı olabilir.

Topallı ve ark. Çalışmasında, hastaların % 3,5’i hekim kararı ile özel uzmanlık dallarına sevk edilmiştir. Bunlar arasında en sık sevk edilen branşın Kulak-Burun-Boğaz (KBB) olduğu belirtilmektedir. KBB’yi üroloji ve göz izlemektedir.⁵³ Başka bir çalışmada, sevk oranı % 2,4 olarak belirtilmiştir.⁶⁸ Umurlu Aile Hekimliği’ndeki çalışmada sevk oranı % 5,2 olarak bildirilmiş olup en sık sevk edilen birimler sırasıyla acil tıp ve pediatri olarak bulunmuştur. Sağlık Bakanlığı’nın 2022 yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı’na göre, aile hekimliği biriminin sevk hızının % 0,3 olduğu rapor edilmiştir.⁵⁶ Çalışmamızdaki sevk yüzdesinin, Sağlık Bakanlığı verileri ve literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir. Hastaların sevk edildiği uzmanlık dallarının, aile sağlığı merkezinin bulunduğu lokasyon, bölgenin demografik yapısı ve sanayi bölgelerine yakınlığı gibi faktörlere bağlı olarak değişebileceği düşünülmektedir. Özellikle belirli bir bölgede yoğun olarak bulunan endüstriyel tesisler veya benzeri faktörler, belirli uzmanlık dallarına daha fazla talep yaratabilir ve dolayısıyla sevk oranlarını etkileyebilir. Bu nedenle, aile hekimlerinin sevk kararlarında hem hastanın sağlık durumu hem de bölgenin özellikleri dikkate alınmalıdır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçları aşağıda maddeler halinde özetledik;

1. Cinsiyet Dağılımı:

- Toplamda 4223 hastanın başvurusu incelendi.
- Kadın hastaların sayısı (% 56,9) erkek hastalardan daha fazlaydı.
- Hastaların yaş ortalaması 34,3 yıl olarak belirlendi.
- Kadın hastaların yaş ortalaması erkek hastalardan anlamlı olarak daha yüksekti.

2. Başvuru Nedenleri:

- En sık başvuru nedeni laboratuvar testlerinin yapılması, ikinci sırada üst solunum yolu enfeksiyonları, üçüncü sırada ise genel tıbbi muayene idi.
- Cinsiyete göre başvuru nedenleri arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

3. Tanılar ve Cinsiyet Dağılımı:

- En sık konulan tanı üst solunum yolu enfeksiyonuydu.
- Üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı alan hastalar arasında kadınların oranı erkeklerden daha fazla tespit edildi.
- Diğer tanılarda (dermatolojik hastalık, kardiyovasküler sistem hastalığı, anemi, respiratuar hastalık ve resmi evrak talebi), cinsiyetle anlamlı ilişki vardı.

4. Muayene ve Reçete Verme:

- Hastaların muayene sayısı ortanca değeri iki, en fazla muayene sayısı 25 idi.
- E-ASM'ye yapılan başvuruların yaklaşık % 71,2'sine reçete yazılmıştı.
- Reçete edilen ilaçlar arasında en sık analjezik, antipiretik ve nazal dekonjestanlar grubu yer almıştı.
- Cinsiyet ve reçete yazılma arasında anlamlı ilişki bulunamadı.

5. Hastane Sevki:

- Toplamda 90 hasta sevk edilmişti.
- En sık sevk edilen bölümler iç hastalıkları polikliniği, çocuk hastalıkları ve çocuk acil servisi ile erişkin acil servisi.

6.2. Öneriler

1. Sağlık politikaları, tüm bireylerin eşit sağlık hizmeti alabilmesini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir. Özellikle kırsal ve dezavantajlı bölgelerde yaşayan bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini artırmak için mobil sağlık ekipleri ve tele sağlık hizmetleri geliştirilmelidir.
2. Kronik hastalıkların yönetimi ve takibi için daha etkin bir izleme sistemi oluşturulmalıdır. Bu kapsamda, düzenli kontrol ve takip programları, hastaların kronik hastalıkları ile ilgili eğitim ve bilinçlendirme çalışmaları yapılmalıdır. Özellikle diyabet, hipertansiyon ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) gibi yaygın kronik hastalıkların yönetimi üzerine odaklanılmalıdır.
3. Yaşlı hastalara yönelik özel programlar ve hizmetler sunulmalıdır. Bu hizmetler arasında geriatri klinikleri, evde sağlık hizmetleri ve yaşlı bakım merkezleri yer alabilir. Ayrıca, yaşlı hastaların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak için ulaşım desteği sağlanmalıdır.
4. Üniversite öğrencileri veya yalnız yaşayan bireylere sağlıklı beslenme ve sağlıklı yaşam tarzı konusunda daha çok danışmanlık hizmeti verilmelidir.
5. Toplumun önemli bir kısmını oluşturan ve yeni nesillerin yetişmesinde hayati önemi olan kadınların sağlık algıları ile ilişkili faktörler incelenmeli, bu konuda daha çok araştırma yapılmalı, kadın sağlığına yönelik hizmetler geliştirilmeli, kadın sağlığına yönelik özel programlar oluşturulmalıdır.
6. Birinci basamaktaki başvuru nedenleri arasında kronik hastalık nedeniyle kullanılan raporlu ilaçları yazdırma ve laboratuvar tetkiki yaptırma talebi önemli bir yer tutmaktadır. Aile hekimi, bu durumu periyodik sağlık muayeneleri, izlemler ve kişiye yönelik koruyucu hizmetler açısından fırsat olarak değerlendirmelidir. Bununla birlikte bu taleplerle gelen hastaların birçoğunun birinci basamak hizmetini yeterince tanımadığı gözlenmektedir. Birinci basamağın önemi, aile hekimliğinin ilkeleri, aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları konularında toplum eğitimi (kamu spotları, yazılı, görsel ve sosyal medya kullanımı, vs) yapılmalıdır.
7. Laboratuvar hizmetlerinin optimize edilmesi, test sonuçlarının hızlandırılması ve testlerin doğru şekilde yönetilmesi için teknolojik altyapının

güçlendirilmesi önemlidir. Ayrıca, gereksiz testlerin önüne geçmek için klinik kılavuzlar ve sürekli mesleki gelişim etkinlikleri düzenlenmelidir.

8. Toplumda sık görülen enfeksiyonların yaygınlığını azaltmak için toplum sağlığına yönelik bilgilendirme kampanyaları ve önleyici tedbirler artırılmalı; aşı kampanyaları, hijyen eğitimleri ve enfeksiyon kontrol programları ile ÜSYE'nin yayılımı önlenabilir hale getirilmelidir. Ayrıca, sağlık çalışanlarının bu tür enfeksiyonların tanı ve tedavisinde güncel bilgilere ulaşılması sağlanmalı, hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir.
9. Güncellenen sağlık politikaları kapsamında sağlık raporları aile hekimliğinde iş yükünü arttırmıştır. Bu durum hekimlerin tükenmişliğini artırabilir ve hasta-hekim ilişkisine zarar verebilir. Bazı raporlar üst merkezlerce verilmeli, birinci basamak polikliniklerinde raporların getirdiği iş yükünün hafifletilmesi sağlanmalıdır.
10. Hasta yoğunluğunun fazla olduğu polikliniklerde sağlık profesyonellerinin iletişimde aksaklıklar olabilmektedir. Bilişim sistemi ekranlarının dijital korelasyonu sağlanmalı, hekim veya aile sağlığı elemanının sisteme kaydettiği anormal bulgular her iki sistemde de görülebilmeli ve uyarı ekranları oluşturulmalıdır.
11. Günümüzde her ne kadar aile hekimleri bilişim sistemleri ile hastanelerde kullanılan sistemlerin entegrasyonu sağlanmaya çalışılsa da yeterli hızda olmadığı için muayene esnasında zaman kaybına yol açmaktadır. Bu konuda alt yapı güçlendirme çalışmaları yapılarak tüm sağlık kurumlarının aynı bilişim sistemini kullanması ya da kullanılan farklı bilişim sistemlerinin birbirini tanıması sağlanmalıdır.
12. Hasta merkezli yaklaşımın kabul edildiği aile hekimliğinde tanılarla birlikte başvuru nedenleri de tekrarlayan aralıklarla değerlendirilmelidir. Serbest metin şeklinde yazılan muayene notlarının, başka bir hekimin de anlayabileceği formatta yazılıp tıbbi bilgilerin aktarılması daha kolay hale getirilmelidir. Bunun için gerekirse hekimin kayıt tutmasını kolaylaştıracak uygun elektronik ara yüzler tasarlanmalıdır.
13. Aile hekimliğinin toplum yönelimli olması ilkesi gereğince; yerel yönetimler, üniversiteler ve sivil toplum kuruluşları ile iş birlikleri geliştirerek sağlık

projeleri ve programları oluşturulup ulusal ve uluslararası sağlık kuruluşları ile ortak çalışmalar yaparak bilgi ve deneyim paylaşımı arttırılmalıdır.

6.3. Çalışmanın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıkları

Birinci basamak polikliniklerinde hasta profilini ve elektronik kayıtların kalitesini inceleyen az sayıda çalışma olması nedeniyle araştırmamızın değerli olduğunu düşünülebilir. Örneklem seçimi olmadan bir yıllık zaman dilimindeki tüm başvuru ve hasta kayıtlarını değerlendirmemiz E-ASM'deki uygulamaların geniş profilden görülmesini sağlamıştır. Çalışmamızın bulguları E-ASM'mizin kayıtlarındaki eksiklikleri gidermesi ve hizmet kalitesini artırması açısından önemlidir.

Nicel bir araştırma olarak tanımladığımız çalışmamızda, sağıkta elektronik bilişim sistemleri, aile hekimliğı uygulamalarında karşılaştığımız sorunlar, hasta ve hekim eğitim ile ilgili düzenlemeler gibi konularda önemli nitel veriler de elde etmemiz araştırmamızın diğér güçlü yönlerini oluşturabilir.

Çalışmamızın kesitsel nitelikte olması ve araştırmamızda materyal olarak kullandığımız elektronik kayıtlarımızdaki eksiklikler en önemli kısıtlılıklarımız olabilir. Kayıtlarda 6015 başvuru nedenine dair herhangi bir not olmaması incelenen başvuru nedeni sayısını büyük oranda azaltmış ve tanımlarla karşılaştırılmasını zorlaştırmıştır. Sigara kullanımı ve medeni durum kayıtlarda tek tek incelenmek zorunda kalındığı için araştırmada incelemeye dahil edilememiştir. Ayrıca çalışmamızın yapıldığı dönemde E-ASM birimimizin yeni açılması ve yeni kayıt alıyor olması, yerleşim bölgesi olarak yeni gelişen bir yerde bulunması, sonuçların topluma genellenmesini zorlaştırmıştır.

Çalışmanın yapıldığı tarih aralığında Covid-19 pandemisinin devam ediyor olması, başvuru sayısını ve başvuruların sosyodemografik özelliklerini etkilemiş olabilir bu durum kısıtlılıklarımızdan bir diğéridir.

7. KAYNAKLAR

1. **WHO.** WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution. Constitution of the World Health Organization (who int), **2022**.
2. **Lucas K, Lloyd B.** Health promotion: evidence and experience: Sage, **2005**.
3. **Sari N.** Sağlık arama davranışı ve medya, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, **2016**.
4. **Charter O.** Ottawa Charter for health promotion. First international conference on health promotion, **1986**:17-21.
5. **TDK.** Türk Dil Kurumu. D. Türk Tarih Kurumu Basımevi, **1954**.
6. **Bolsoy N, Sevil Ü.** Sağlık-hastalık ve kültür etkileşimi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2010**; 9(3):78-87.
7. **Oskay Ü.** Medikal Sosyolojide Bazı Kavramsal Açıklamalar. *Sosyoloji Dergisi*, **2006**; 4:89-140.
8. **Kızılçelik S.** Türkiye'nin sağlık sistemi: bir medikal sosyoloji denemesi, Saray Kitabevleri, **1996**.
9. **Ward H, Mertens TE, Thomas C.** Health seeking behaviour and the control of sexually transmitted disease. *Health Policy and planning*, **1997**; 12(1):19-28.
10. **Aslan D, Boztaş G, Kiliç E, Öztürk İ, Erkan K, Günbey L, Akın L, et al.** Bir spor merkezine kayıtlı olan kadınların sağlık-hastalık kavramları ile ilgili görüşleri ve sağlık arama davranışlarını etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2004**; 13(2):30-38.
11. **Akman M.** Sağlık arama davranışı. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, **2015**; 19(2):53-54.
12. **Whitehead M, Dahlgren G.** What can be done about inequalities in health? *The lancet*, **1991**; 338(8774):1059-1063.
13. **Önder R.** Sağlık arama davranışı ve etki eden etkenler, Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Aydın, **2014**.

14. **Sağlık Bakanlığı.** Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (TC Resmi Gazete 25.01. 2013, Sayı: 28539), **2013**.
15. **Word L.** Declaration of Alma-Ata international conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. *Soc Int Dev*, **2004**; 47(2):159-61.
16. **Resmi Gazete.** Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. Resmi Gazete, Kanun, **1961**:10705(224).
17. **Sağlık Bakanlığı.** Kamu Sağlık Tesisleri Ruhsatlandırma Yönetmeliği, Birinci Bölüm, Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar. Resmi Gazete, **2024**.
18. **Başer DA, Kahveci R, Meltem K, Kasim İ, Şencan İ, Özkara A.** Etkin sağlık sistemleri için güçlü birinci basamak. *Ankara Medical Journal*, **2015**; 15(1).
19. **WHO.** World Organization of Family Doctors. Integrating mental health into primary care: a global perspective Geneva: World Health Organization and World Organization of Family Doctors, **2008**.
20. **Sağlık Bakanlığı.** Rehberi DİHİ, El Kitabı AY. TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Yayın, **2017**.
21. **WONCA.** Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. WONCA, World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. **2023**.
22. **Ak M.** Akademik Bir Disiplin Olarak Aile Hekimliği. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, **2010**; 17(4):403-405.
23. **Günes ED, Yaman H.** Transition to family practice in Turkey. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, **2008**; 28(2):106-112.
24. **Akdeniz M, Urgan M, Yaman H.** Türkiye’de bir Tıp Disiplini olarak Aile Hekimliği’nin Gelişimi. *GeroFam*, **2010**; 1(1).
25. **WHO.** Making medical practice and education more relevant to people’s needs: the contribution of the family doctor. World Health Organization, **1995**.
26. **TAHUD.** <https://www.tahud.org.tr/>. **2010**.

27. **Yaman H.** Training in family medicine: the current state in Turkey. *Education For Primary Care*, **2002**; 13(3):394-397.
28. **Yaman H, Ozen M.** Satisfaction with family medicine training in Turkey: survey of residents. *Croatian medical journal*, **2002**; 43(1):54-57.
29. **Uğurlu M, Üstü Y.** Türkiye’de aile hekimliği uzmanlık eğitimi süreci ve geliştirilmesi gereken noktalar. *Ankara Medical Journal*, **2018**; 18(1):123-128.
30. **Ungan M, Ceyhan A.** Bir tıp disiplini olarak aile hekimliği. *RNA Aile Hek Derg*, **2006**; 1(1):1-6.
31. **Sağlık Bakanlığı.** Anabilim Dalı İsmine Göre Öğretim Elemanı Sayıları Raporu. **2024**.
32. **Sağlık Bakanlığı.** Aile doktorları için kurs notları. Basım Ankara: Ata Ofset **2004**:11-209.
33. **Akman M.** Türkiye’de birinci basamağın gücü. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, **2014**; 18(2):70-78.
34. **Etgü A, Güçlü A.** Hastanelerin tıbbi kayıtlardan doğan sorumlulukları. *Selçuk Üniversitesi Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi*, **2022**; 13:127-136.
35. **Sağlık Bakanlığı.** Aile Hekimliği Kurs Notları. 1. Baskı Ankara: Ata Ofset Tanıtım ve Matbaacılık **2004**:7-223.
36. **Shortliffe EH, Blois MS.** The computer meets medicine and biology: emergence of a discipline. *Biomedical informatics: Computer applications in health care and biomedicine*, **2006**; 3-45.
37. **MEB.** Sağlık Hizmetleri Sekreterliği Dosya oluşturma I Ankara. (megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/modul_pdf/346SBI031.pdf).
38. **Terlemez B, Şahin D, Dilek F.** Namık kemal üniversitesi sağlık uygulama ve araştırma merkezindeki tıbbi sekreterler ve idari personelin bilgi ve arşiv sistemleri hakkındaki düşünceleri. *Ejovoc (Electronic Journal of Vocational Colleges)*, **2014**; 4(3).
39. **Sürer E.** Tıbbi Kayıtların Tutulması ve Saklanması. Ege Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi, Yayınlanmış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2015**.

40. **Doğan Yalçın N.** Sağlık kuruluşlarında kalite ve akreditasyon açısından tıbbi kayıt sistemine yaklaşımlar, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, **2014**.
41. **Işık O, Akbolat M.** Bilgi teknolojileri ve hastane bilgi sistemleri kullanımı: Sağlık çalışanları üzerine bir araştırma. *Bilgi Dünyası*, **2010**; 11(2):365-389.
42. **Al A, NY YE.** Tıbbi Dokümantasyon ve Tıbbi Sekreterlik Mesleğinin Gelişimi ve Eğitimi. *SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, **2013**; 34-37.
43. **Sunay YM.** Tıbbi kayıtların düzenlenmesi ve saklanmasıda görülen eksiklikler ve hukuki sonuçları. *Türkiye Klinikleri, Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi*, **2006**; 2(50):20-7.
44. **Karakaya İ, Mercanlioğlu İ.** Tıbbi Dokümantasyonun Sağlık Kuruluşları Açısından Önemi: Kamu ve Özel Hastane Çalışanlarının Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutumları. *Social Sciences Studies Journal (SSS Journal)*, **2022**; 5(34):2426-2436.
45. **Rakel RE, Rakel DP.** Textbook of Family Medicine: Elsevier Health Sciences, **2015**.
46. **Küçükerdem HS, Arslan M, Koç EM, Can H.** Retrospective evaluation of family medicine outpatient clinic profile at a tertiary hospital in İzmir. *JAREM Journal of Academic Research in Medicine*, **2017**; 7(3):112.
47. **Coyle N, Strumpf E, Fiset-Laniel J, Tousignant P, Roy Y.** Characteristics of physicians and patients who join team-based primary care practices: evidence from Quebec's Family Medicine Groups. *Health Policy*, **2014**; 116(2):264-72.
48. **Savageau JA, McLoughlin M, Ursan A, Bai Y, Collins M, Cashman SB.** Characteristics of frequent attenders at a community health center. *J Am Board Fam Med*, **2006**; 19(3):265-75.
49. **Turfaner Ertürk N, Süt N, Sipahioğlu F.** A three years profile of patients referring to family medicine outpatient clinics. *Cerrahpaşa J Med*, **2004**; 35(3):115-21.
50. **TUİK.** Türkiye Sağlık Araştırması 2019. Haziran; **2020**.
51. **Rudavsky R, Mehrotra A.** Sociodemographic characteristics of communities served by retail clinics. *J Am Board Fam Med*, **2010**; 23(1):42-8.
52. **Fortin M, Bravo G, Hudon C, Vanasse A, Lapointe L.** Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *The Annals of Family Medicine*, **2005**; 3(3):223-228.

53. **Topallı R, Topsever P, Filiz TM, Ciğerli Ö, Görpelioğlu S.** Hereke aile hekimliği merkezi 2001 yılı başvuru nedenleri ve yapılan sevklerin değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, **2003**; 7(1):18-22.
54. **Yılmaz M, Mayda A, Yüksel C, Bolu F, Seval O, Bayındır K, et al.** Bir aile hekimliği merkezi'ne başvuran hastalara konulan tanılar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **2013**; 2(3):7-13.
55. **Şensoy N, Başak O, Gemalmaz A.** Umurlu aile hekimliği merkezi'nde aile hekimliği uygulaması ve hasta profili: aile hekimliği alan eğitimi gereksinimini ne ölçüde karşılıyor? *Kocatepe Tıp Dergisi*, **2009**; 10(1):49-56.
56. **Sağlık Bakanlığı.** T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2022. **2024.**
57. **Fidancı İ.** Geriatrik yaş grubunun aile hekimliği polikliniğine başvuru sayıları ve nedenlerinin değerlendirilmesi: Retrospektif 5 yıl. *The Journal of Turkish Family Physician*, **2020**; 11(2):49-55.
58. **Sloane PD.** Essentials of Family Medicine: Lippincott, Williams & Wilkins, **2008.**
59. **Maç ÇE, Öztürk GZ.** Bir eğitim ve araştırma hastanesinin aile hekimliği poliklinikleri ile eğitim aile sağlığı merkezi polikliniklerine başvuran hastaların kayıtlarının karşılaştırılması. *Ankara Medical Journal*, **2018**; 18(1):14-21.
60. **Ünalın P, Uzuner A, Çifçili S, Akman M, Kaya Apaydın Ç.** Marmara üniversitesi tıp fakültesi aile hekimliği polikliniğinin sağlık hizmeti sunduğu aileler. *Marmara Medical Journal*, **2015**; 22(2):90-96.
61. **Saatçi E, İnan M, Akpınar E.** A family practice model in Adana. *Türk Aile Hek Derg*, **2006**; 10(1):20-24.
62. **Ertürk N, Süt N, Sipahioğlu F.** Cerrahpaşa tıp fakültesi aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların 3 yıllık profili. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, **2014**; 35(3).
63. **Şen F.** Aile hekimliğinde reçete yazma kararını etkileyen faktörler: Hastaların beklentisi ve doktorların algılaması, Düzce örneği, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, **2016.**
64. **Beştemir A, Aydın H.** Yıllık 300 milyon hasta muayenesi; Türkiye'de 2. ve 3. basamak kamu sağlık tesisleri acil servis ve poliklinik hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, **2022**; 12(3):496-502.

65. **Ankara Çalıştay Raporu.** Yaşlılarda ilaç kullanımında güncel sorunlar ve çözüm önerileri çalıştayı, Palyatif Bakım: Aile Hekimliği Açısından Genel Bir Bakış, 26-27 Mayıs **2015**.
66. **Ryan BL, Shadd J, Maddocks H, Stewart M, Thind A, Terry AL.** Methods to Describe Referral Patterns in a Canadian Primary Care Electronic Medical Record Database: Modelling Multilevel Count Data. *J Innov Health Inform*, **2017**; 24(4):888.
67. **Chan BT, Austin PC.** Patient, Physician, and Community Factors Affecting Referrals to Specialists in Ontario, Canada: A Population-Based, Multi-Level Modelling Approach. *Medical Care*, **2003**; 41(4):500-511.
68. **Tanır F.** Aile hekimliği uygulamalarının Doğankent sağlık, eğitim ve araştırma bölgesindeki durumu. *Turkish Journal of Public Health*, **2014**; 12(2):91-99.