



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**DERMATOLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN
BİRİNCİ BASAMAKTA YÖNETİLEBİLİRLİĞİNİN
İNCELENMESİ**

AYŞE CANBOLAT
UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2023-SAKARYA

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**DERMATOLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN
BİRİNCİ BASAMAKTA YÖNETİLEBİLİRLİĞİNİN
İNCELENMESİ**

AYŞE CANBOLAT
UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2023-SAKARYA

ONAY

Kurum : Sakarya Üniversitesi/Tıp Fakültesi

Program türü : Uzmanlık Tezi

Anabilim Dalı : Aile Hekimliği

Tez Sahibi : Ayşe Canbolat

Sınav Tarihi : **Saat:**

Tez Başlığı :Dermatoloji polikliniğine başvuran hastaların birinci basamakta yönetilebilirliğinin incelenmesi

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak oy birliği / oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

	Ünvan, Adı-Soyadı (Kurum adı)	İmza	Kabul/Ret*
Danışman (Üye)			
Üye			
Üye			

* Ret kararının gerekçesi onay sayfasının arkasında belirtilmelidir.

ONAY

“Bu tez .../.../2023 tarihinde yukarıdaki jüri tarafından oy birliği / oy çokluğu ile kabul edilmiştir.”

.../.../2023

Tıp Fakültesi Dekanı

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışının olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışının olmadığını beyan ederim.

Bu alışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakóltesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 05/10/2022 tarihinde onay alınarak hazırlanmıştır.

16/06/2023

Dr. Ayşe Canbolat

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda aldığım uzmanlık eğitimim boyunca bilgi, fikir ve tecrübelerinden faydalandığım değerli hocamız Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Aydın'a

Tez hazırlama sürecimde bilgi ve tecrübesinin yanı sıra sabırlı ve özverili yaklaşımıyla bana destek olan Uzm. Dr. Muhammet Raşit Aydın'a ve çalışmamın uygulanmasına olanak sağlayan ve bilgi birikimini benden esirgemeyen Doç. Dr. Bahar Sevimli Dikicier'e

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım hiçbir konuda desteğini esirgemeyen Uzm. Dr. Erkut Etçioğlu'na

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, zor zamanlarımda bana destek olan kıymetli çalışma arkadaşlarıma

Hayatım boyunca iyi ve başarılı bir insan olmam için çabalayan, haklarını asla ödeyemeyeceğim, sevgi, saygı, güven ve desteklerini her zaman hissettiğim, sevgili babam Rıza Samast'a ve annem Zehra Samast'a; varlıklarından güç aldığım mutluluk kaynaklarım ablam Gamze Samast'ya ve kardeşim Mine Samast'a; tez hazırlama sürecimde değerli görüş ve katkılarını sunan, hiçbir konuda desteğini esirgemeyen abim Dr. Mesut Samast'ya

Koşulsuz sevgi ve fedakarlığı ile her daim yanımda olan en büyük desteğim ve en kıymetli varlığım canım eşim Kemal Canbolat'a

Tüm kalbimle teşekkür ederim.

Dr. Ayşe Canbolat

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ.....	vi
TABLO LİSTESİ.....	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	3
2.1.1. Koruyucu sağlık hizmetleri.....	3
2.1.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri.....	3
2.1.3. Rehabilit edici sağlık hizmetleri.....	4
2.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	4
2.2.1. Sağlıkta dönüşüm programı ve aile hekimliği uygulaması	4
2.2.2. Sağlıkta dönüşüm programı ve etkili, kademeli sevk zinciri	5
2.3. Aile Hekimliği.....	5
2.3.1. Aile hekimliği tarihçesi.....	5
2.3.2. Aile hekimliği tanımı	6
2.3.3. Aile hekimliğinin dayandığı ilkeler (çekirdek yeterlilikler)	6
2.4. Birinci Basamakta Dermatoloji	9
2.5. Sık Görülen Dermatolojik Hastalıklar.....	9
2.5.1. Akne	9

2.5.2.	Derinin bakteriyel hastalıkları.....	10
2.5.3.	Derinin yüzeyel mantar hastalıkları	11
2.5.4.	Papülloskuamöz ve ekzamatöz dermatozlar	12
3.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	15
3.1.	Araştırmanın Tipi	15
3.2.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı	15
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	15
3.4.	Veri Toplama Aracı ve Yönetimi	15
3.5.	Verilerin Analizi.....	16
3.6.	Araştırmanın Kısıtlılıkları	16
3.7.	Araştırmanın Etik Yönü	16
4.	BULGULAR.....	17
5.	TARTIŞMA VE SONUÇ	30
6.	KAYNAKLAR	37
7.	EKLER	40
7.1.	EK-1: Etik Kurul Kararı	40
7.2.	EK-2: Anket Formu.....	41
	ÖZGEÇMİŞ	43

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

KOH: Potasyum Hidroksit

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

WONCA: Dünya Aile Hekimleri Organizasyonu



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. WONCA Ağacı.....	8
-----------------------------	---



TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı.....	17
Tablo 4.2. Katılımcıların Kronik Hastalık Durumlarının Dağılımı.....	18
Tablo 4.3. Katılımcıların İlk Başvuruyu Yaptıkları Kurumların Dağılımı	19
Tablo 4.4. Katılımcıların Geliş Şikayetlerine Dair Bazı Özelliklerin Dağılımı	19
Tablo 4.5. Katılımcıların Aile Hekimini Tanıma ve Şikayeti İçin Aile Hekimine Başvurma Durumlarının Dağılımı.....	20
Tablo 4.6. Aile Hekimine Başvurmayanların Nedenlerinin Dağılımı.....	21
Tablo 4.7. Aile Hekimine Başvuran Katılımcıların Aile Hekiminden Aldıkları Ön Tanı ve Yönlendirmelerin Dağılımı	22
Tablo 4.8. Dermatoloji Polikliniğinde Koyulan Ön Tanıların Dağılımı	22
Tablo 4.9. Dermatoloji Polikliniğinde İşlem Gören Katılımcılara Ait Bazı Özelliklerin Dağılımı	24
Tablo 4.10. Dermatoloji Uzmanlarının Hastanın Yönetimi Hakkındaki Görüşlerinin Dağılımı	25
Tablo 4.11. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Şikayetleri İçin İlk Başvurdukları Kurumun Dağılımı	26
Tablo 4.12. Katılımcıların Yaşına Göre Şikayetleri İçin İlk Başvurdukları Kurumun Dağılımı	27
Tablo 4.13. Katılımcıların Birinci Basamakta Yönetilme Durumuna Etki Eden Faktörlerin Dağılımı.....	28
Tablo 4.14. Katılımcıların Yaşına Göre Birinci Basamakta Yönetilme Durumunun Dağılımı	29

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Toplumun genelinde yaygın olarak karşılaşılan sağlık sorunları arasında dermatolojik hastalıklar yer almaktadır. Aile hekimliği hizmetlerine yapılan başvuruların incelenmesi sonucunda, başvuruların önemli bir bölümünün dermatolojik hastalıklarla ilgili olduğu görülmektedir. Hastaların etkin bir şekilde tedavi alması ve uygun basamakta tedavi edilmeleri, sağlık hizmetlerinin sunumunda verimliliği artırmaya yardımcı olacaktır. Bu amaç doğrultusunda, çalışmamızda dermatoloji polikliniği başvurularının ne ölçüde birinci basamak sağlık hizmetlerinde yönetilebileceğini belirlemeyi amaçlamaktayız.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmamız tek merkezli tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırma olup 1 Ekim 2022 - 31 Mart 2023 tarihleri arasında Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi Dermatoloji polikliniğine başvuran 18 yaş ve üzeri hastalara yüzyüze görüşme yolu ile 30 soruluk anket uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya 429 hasta dahil edilmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 22.0 programı kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR: Çalışmamızda değerlendirilen hastaların %39,6'sının birinci basamak düzeyinde tanı ve tedavi süreçlerinin yönetilebileceği tespit edilirken, hastaların %37,1'inin ise birinci basamak sağlık hizmetlerinde tanı alabilmesine rağmen sigorta tarafından karşılanmaması sebebiyle tedaviye başlanamadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların şikayet süresi, laboratuvara ihtiyaç duyulması, girişimsel işlem durumu ile birinci basamakta yönetilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Katılımcıların medeni durumu, aile hekimini tanıma durumu ile şikayetleri için ilk başvurdukları kurum arasında ve hastaların yaşına göre şikayetleri için ilk başvurdukları kurumlar değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).

SONUÇ: Dermatoloji polikliniklerine başvuran hastalara konulan teşhislerin çoğu, birinci basamak sağlık kuruluşlarında yönetilebilir olduğu tespit edilmiştir. Sevk sisteminin uygulanması, aile hekimi tarafından reçete edilen ilaçlarla ilgili olarak sigorta ödemelerine yönelik düzenleme yapılması, aile hekimlerinin yeteneklerinin geliştirilmesi ve toplumun farkındalık düzeyinin artırılmasıyla aile hekimliği uygulamasının etkinliği artırılabilir. Bu şekilde, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının amaçlarına yönelik kullanımları sağlanabilir.

Anahtar kelimeler: Aile hekimi, birinci basamak, dermatoloji

ABSTRACT

Investigation of the manageability of patients applying to the dermatology outpatient clinic in the primary care

INTRODUCTION AND OBJECTIVE: Dermatological diseases are among the commonly encountered health problems in the general population. Upon examination of the applications made to primary healthcare services, it is observed that a significant portion of the applications are related to dermatological diseases. Ensuring effective treatment for patients and treating them at the appropriate level will contribute to increasing the efficiency of healthcare services. In line with this objective, our study aims to determine the extent to which dermatology outpatient clinic referrals can be managed in primary healthcare services.

MATERIALS AND METHODS: Our study is a single-center descriptive cross-sectional research conducted through face-to-face interviews using a 30-item questionnaire applied to patients aged 18 and over who applied to the Dermatology outpatient clinic of Sakarya Training and Research Hospital between October 1, 2022, and March 31, 2023. A total of 429 patients were included in the study. SPSS 22.0 software was used for the statistical analysis of the data. A significance level of $p < 0.05$ was accepted.

RESULTS: In our study, it was determined that 39.6% of the evaluated patients could have their diagnosis and treatment processes managed at the primary healthcare level, while 37.1% of the patients could not initiate treatment due to the non-coverage of diagnosis in primary healthcare services by insurance. There was a statistically significant relationship between the complaint duration, the need for laboratory testing, interventional procedure status, and management at the primary healthcare level ($p < 0.05$). Statistically significant differences were observed between the marital status, familiarity with the family physician, and the institution where they initially applied for their complaints, as well as the institution where patients first applied for their complaints according to age ($p < 0.05$).

CONCLUSION: It was found that most of the diagnoses made for patients who applied to dermatology clinics can be managed in primary healthcare institutions. Implementing a referral system, making arrangements regarding insurance payments for medications prescribed by family physicians, improving the skills of family physicians, and increasing the awareness level of the community can enhance the effectiveness of primary healthcare practice. This way, the utilization of secondary and tertiary healthcare institutions can be aligned with their objectives.

Keywords: Dermatology, family medicine, primary healthcare

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık hizmetleri günümüzde, birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak olarak sınıflandırılmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık sisteminin merkezi bir noktasında yer almaktadır. Yapılan uluslararası araştırmalar, iyi eğitilmiş aile hekimlerinin hizmet verdiği etkili birinci basamak sağlık sisteminin, diğer pasif yapılanmalara göre hem klinik başarı hem de ekonomik anlamda daha etkin bir sağlık bakımı sunma potansiyeline sahip olduğunu ortaya koymaktadır (Başer ve ark, 2015).

Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan aile hekimliği sistemi, diğer gelişmiş ülkelerdeki basamaklı sağlık sistemlerine kıyasla tam olarak etkin bir şekilde işlememektedir. Bu durumun temel sebebi, yeterince işlevsel bir sevk zincirinin olmamasıdır. Aile hekimleri tarafından takip ve tedavi edilebilecek hastalar, ikinci ve üçüncü basamak hastanelere doğrudan başvurma olanağına sahiptirler. Bu uygulama, hastanelerdeki iş yükünün artmasına neden olmakta ve özellikle karmaşık hastalıkları olan bireyler için ayrılan zamanın azalmasına yol açmaktadır. Sonuç olarak, hastaların takip ve tedavileri daha zorlu bir hale gelmektedir. Ayrıca, hastanelere doğrudan başvurma teşvik edilmesi, gereksiz muayene ve tetkik maliyetlerinin artmasına yol açmaktadır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin ekonomik yükünü artırmakta ve kaynakların verimsiz bir şekilde kullanılmasına sebep olmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012).

Dermatolojik hastalıklar, toplumda sık rastlanan sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Bu hastalıkların ölüm oranları genellikle düşük olmasına rağmen, çoğu kronik seyirli olduğundan toplum sağlığı açısından ciddi bir sorun olarak görülmektedir. Toplum genelinde yaygın olarak görülen deri hastalıklarının önemli bir bölümü, birinci basamak sağlık kuruluşlarında etkili bir şekilde tedavi edilebilecek niteliktedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016).

Araştırmamızda, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi dermatoloji polikliniklerine başvuran hastaların birinci basamak sağlık kuruluşlarında tanı konulup tedavi edilebilme oranlarını ve başvurularını etkileyen faktörleri incelemeyi hedefledik. Bu şekilde, gereksiz ikinci ve üçüncü basamak başvuruların azaltılmasını ve birinci basamak sağlık sisteminde güçlendirilmesi gereken durumları tespit etmeyi amaçladık.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre sağlık tanımı; “bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halinin olmasıdır” (WHO, 2023).

Sağlık hizmetleri, hastalıkların tedavisi ve toplumun genel sağlık durumunun iyileştirilmesi için sağlık kurumları tarafından sunulan hizmetlerdir. Sağlık hizmetleri, genel olarak "koruyucu", "tedavi edici" ve "rehabilite edici" olarak adlandırılan üç grup olarak sınıflandırılmıştır. Ülkemizde sağlık hizmetleri, kademeli bir sistem ile sunulmaktadır ve sağlık hizmetinin uygun basamakta verilmesi, etkili ve verimli bir sağlık hizmeti sunumunun temel koşullarından birisidir (Altay, 2007).

2.1.1. Koruyucu sağlık hizmetleri

Toplumun sağlığının korunması, hastalıkların engellenmesi veya erken teşhis edilmesi için verilen sağlık hizmetlerine koruyucu sağlık hizmetleri denir. Bu hizmetler, çevre sağlığı, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, zararlı alışkanlıklardan korunma, bağışıklama, erken teşhis, ilaçla korunma, sağlıklı beslenme, sağlık eğitimi, aile planlaması gibi konuları ele alarak bireylerin sağlıklı bir hayat sürmelerine yardımcı olur. Bu hizmetler, Sağlık Bakanlığı'nın toplum sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezleri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, verem savaş dispanserleri gibi kurumlarında sunulur (Başol, 2015).

2.1.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri

Hastalık ortaya çıktıktan sonra kişilerin eski sağlığına tekrardan kavuşması için yapılan hizmetlerin tümünü kapsamaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri kendi içerisinde; birinci basamak tedavi hizmetleri (toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi vb.), ikinci basamak tedavi hizmetleri (özel hastane, devlet hastanesi) ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri (eğitim araştırma hastanesi, üniversite hastanesi) olmak üzere üç kademe toplanmaktadır (Akdur, 2005).

2.1.3. Rehabilitate edici sağlık hizmetleri

Bireylerin bedensel, ruhsal veya sosyal sebeplerle günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük çekmeleri durumunda, bağımsız bir hayat sürdürebilmeleri için gerekli olan hizmetlerdir (Başol, 2015).

Sosyal rehabilitasyon ve tıbbi rehabilitasyon olmak üzere iki ana başlık altında incelenen rehabilitasyon hizmetleri, kişilerin yaşam kalitelerini arttırmayı hedefler. Tıbbi rehabilitasyon hizmetleri, kişinin kaybettiği organının yerine protez uygulanması ya da fizik tedavi yöntemleriyle güçlenmesi yoluyla, günlük yaşam aktivitelerine devam edebilmesini sağlar. Sosyal rehabilitasyon hizmetleri ise, psikososyal yönden zarar görmüş kişilerin topluma kazandırılması veya bakımlarının sağlanması için sunulan sağlık hizmetidir (Akdur, 2005).

2.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı

Her birey, temel hakları arasında yer alan sağlıklı bir yaşam sürme hakkına sahiptir. Bu doğrultuda, DSÖ'nün 1978 yılında yayınladığı "Herkese Sağlık" hedefleri ve politikaları, ülkemizde de önemli etkiler yaratmıştır. En önemli yansımalarından biri ise 2003 yılında uygulamaya konulan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" olmuştur (Başol ve Işık, 2015).

Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık hizmetlerinin daha iyi organize edilmesi ve verimli bir şekilde sunulması için uygulanan bir programdır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin düşürülmesi ve finansal sürdürülebilirliğin sağlanması da amaçlanmıştır. Bu hedeflere yönelik birçok düzenleme yapılmış ve program günümüzde de devam etmektedir (Başol ve Işık, 2015; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003).

2.2.1. Sağlıkta dönüşüm programı ve aile hekimliği uygulaması

Sağlıkta dönüşüm programının öncelikli hedeflerinden biri olan aile hekimliği uygulaması, bireylerin ve ailelerin istedikleri doktoru seçerek kolayca ulaşabilecekleri bir sistem üzerinden hem koruyucu sağlık hizmetleri sunmayı hem de birinci basamak teşhis ve tedavi imkanlarını sağlamayı amaçlamaktadır. Bu yaklaşım, doktorların bireylerle daha yakın bir ilişki kurarak sağlık eğitimi,

hastalıkların önlenmesi ve sağlığın iyileştirilmesi konularında daha etkin bir rol oynamasını hedeflemektedir. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003)

2.2.2. Sağlıkta dönüşüm programı ve etkili, kademeli sevk zinciri

Kademeli sevk zinciri uygulamasının temel amacı, bireylerin sağlık şikayetleri ve hastalıklarıyla ilgili olarak en uygun sağlık hizmetini almalarını sağlamaktır ve bu amaç doğrultusunda aile hekimleri, hastaların yönlendirildiği ilk başvuru noktası olarak sevk zinciri uygulamasında ciddi bir rol oynamaktadır (Bulut ve Uğurluoğlu, 2018).

Birinci basamak sağlık hizmetleriyle yönetilebilecek birçok hasta, hastanelerde yer alması gereken daha ciddi vakalarla birlikte, hastanelerin yoğunluğuna neden olmaktadır. Bu sebeple, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve kademeli sevk zinciri sisteminin başarılı bir şekilde uygulanması, gereksiz hastane ziyaretlerinin azaltılmasına ve tedavi hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesine yardımcı olacaktır. Aynı zamanda, sağlık hizmetlerinin maliyetinin azaltılması ve gereksiz harcamaların önlenmesi de planlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003).

2.3. Aile Hekimliği

2.3.1. Aile hekimliği tarihçesi

Aile hekimine olan ihtiyaç, Francis Peabody tarafından ilk kez 1923 yılında dile getirilmiştir. Tıp alanında artan uzmanlaşmanın dezavantajlarından biri, bazı hastaların yeterli sağlık hizmeti alamamasıdır. Francis Peabody, bu durumu ortadan kaldırmak için kapsamlı ve kişisel sağlık hizmeti sunan bir uzmanlık alanının gerekli olduğunu vurgulamıştır (Akdeniz ve ark., 2010).

1952 yılında İngiltere'de Royal College of General Practitioners kurulması, aile hekimliği alanındaki ihtiyacın ilk resmi yansıması olarak kabul edilir. 1966 yılında Milis ve Willard Raporları'nın Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association) tarafından yayınlanması, ardından 1969 yılında Aile Hekimliği adında yeni bir uzmanlık dalının ABD'de tanınması ve Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu'nun (Board of Family Practice) kurulmasıyla birlikte, birincil bakım konusunda önemli adımlar

atılmıştır. 1972 yılında Dünya Aile Hekimleri Organizasyonu (WONCA) kurulmuştur. 1974 yılında Hollanda'da gerçekleştirilen "Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi" toplantısında, birincil bakım hekimliğinin diğer klinik uzmanlık alanlarından farklı bir uzmanlık dalı olduğu vurgulanarak yapılmış ve bu sayede idari kabul süreci tamamlanmış olan aile hekimliği uzmanlığı, tüm dünyada kabul edilmiş bir tanım kazanmıştır (Dikici ve ark., 2007).

2.3.2. Aile hekimliği tanımı

WONCA' nın tanımına göre 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. Aile Hekimleri, disiplinin ilkelerine göre eğitilmiş uzman hekimlerdir. Esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu kişisel doktorlardır. Bireylere kendi aile, toplum ve kültürleri bağlamında hizmet sunarlar; bunu yaparken her zaman hastalarının bağımsız kişiliklerine saygı duyarlar” (WONCA, 2002).

25.01.2013 tarihinde yayımlanan 28539 sayılı Resmi Gazete’de Aile Hekimi; bireylerin ve aile fertlerinin kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleri olarak tanımlanmıştır (T.C. Resmi Gazete, 25 Ocak 2013, Sayı: 28539).

2.3.3. Aile hekimliğinin dayandığı ilkeler (çekirdek yeterlilikler)

Aile hekimliği disiplinini tanımlayan altı çekirdek yeterlik ve bu yeterlilikler kapsamında 12 temel özellik bulunmaktadır. Bu çekirdek yeterlilikler WONCA ağacı ile gösterilmektedir (Şekil 2.1).

I. Birinci basamak yönetimi:

- Bireylerin sağlık sistemine ilk başvurdıkları noktayı oluşturma: Aile hekimliği, herhangi bir kişisel özellik, yaş veya cinsiyet ayrımı

yapmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir. Herkesin hizmet alabileceği sınırsız bir erişim imkanı sunar.

- Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlama: Aile hekimi, kişilerin sağlık bakımını koordine ederek, diğer birinci basamak sağlık çalışanlarıyla iş birliği yaparak ve gerektiğinde hastanın çıkarlarını koruyarak, diğer uzmanların sağladığı hizmetlere yönlendirerek yürütür.

II. Kişi merkezli bakım:

- Bireye, aile ve toplumun durumunu da göz önünde bulundurarak kişi merkezli bir yaklaşımla hizmet sunar.
- Aile hekimliği, doktor ve hasta arasında özel bir iletişim süreciyle yapılan birebir görüşmeleri içerir.
- Bu süreç, zaman içinde gelişen bir ilişki ile doktorun hastayla etkili bir şekilde iletişim kurmasını sağlar.
- Hastanın ihtiyaçlarına uygun olarak sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.
- Hastanın karar verme sürecine aktif katılımını teşvik ederek ortak bir karar alma süreci oluşturur.

III. Özgün problem çözme becerileri:

- Hastalıkların yaygınlığı ve sıklığına dayanan bir karar verme sürecini içerir.
- Henüz ayrıntılı bir şekilde tanımlanmamış ve acil müdahale gerektirebilecek rahatsızlıkların yönetimini üstlenir.

IV. Kapsamlı yaklaşım:

- Akut ve kronik sağlık sorunlarının yönetimini eş zamanlı olarak gerçekleştirir.
- Sağlık ve refah durumunu artırmak için uygun ve etkili müdahaleler yapar.

V. Toplum yönelimli olma:

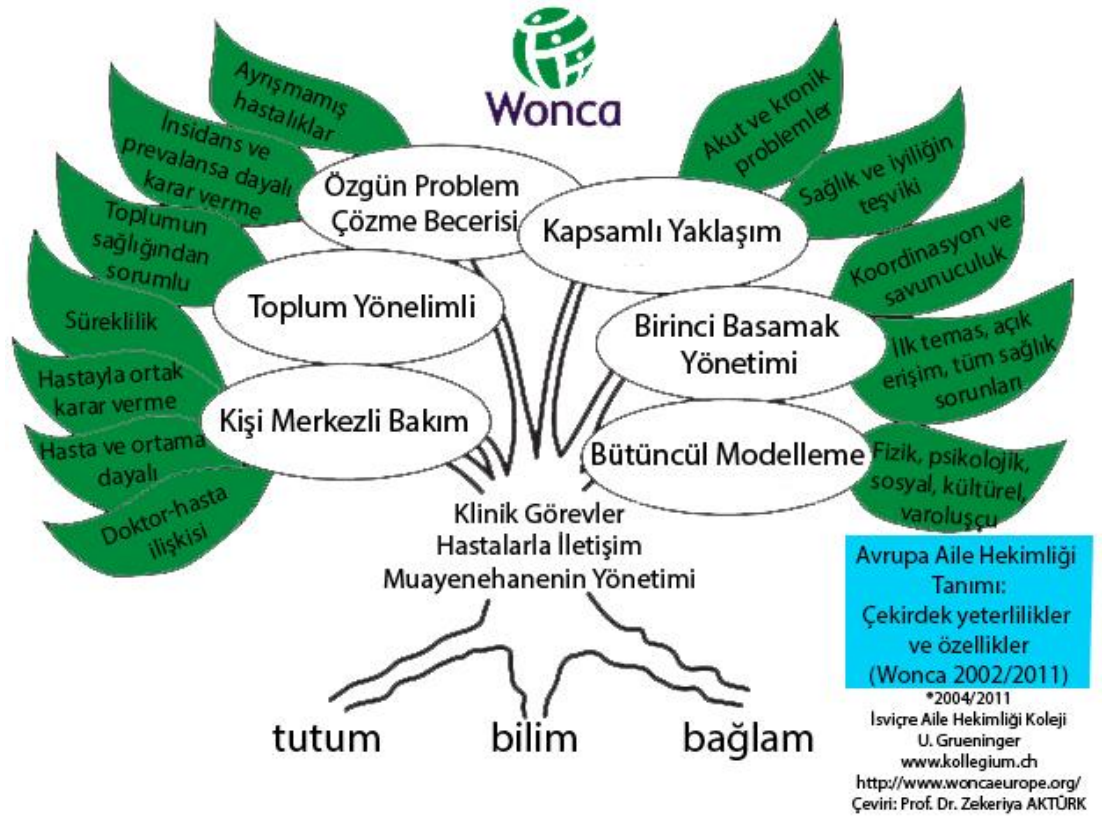
- Toplumun sağlığıyla ilgili olarak özel bir sorumluluk taşır.

VI. Bütüncül yaklaşım-modelleme:

- Sağlık sorunlarını, bütüncül bir yaklaşımla fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel ve manevi boyutlarıyla ele alır.

Aile hekiminin çekirdek yeterlilikleri uygularken başarılı olabilmesi için üç kişisel özelliğe sahip olması gerektiği düşünülmektedir.

- Bağlamsal: Bireyler, aileler, toplumlar ve kültürler arasındaki bağlantılı ilişkileri kullanma.
- Tutum: Doktorun mesleki yetkinliklerine, değerlerine ve etik ilkelere dayanma.
- Bilimsel:
- Tıbbi uygulamada eleştirel ve araştırmaya dayalı bir tutum sergileyerek, sürekli öğrenme ve kalite geliştirmeye odaklanarak bu yaklaşımı sürdürme (Çifci ve ark.,2020).



Şekil 2.1. WONCA Ağacı

2.4. Birinci Basamakta Dermatoloji

Dermatoloji, derinin sağlıklı bakımı ve hastalıklarının nedenleri, tanısı, tedavisi ve korunma yolları ile ilgilenen bir bilim dalıdır. Deri hastalıkları, düşük ölüm oranlarına sahip olmalarına rağmen toplumda yaygın olarak görülmeleri ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemeleri nedeniyle önem taşırlar. Sıklıkla ruhsal sorunlara neden olabilen bu hastalıklar, pek çok sistemik hastalığın erken teşhisine katkıda bulunabilecek belirtiler gösterebilir. Çok farklı etiyolojik nedenlerden kaynaklanan dermatolojik hastalıklar, sıklıkla ko-morbiditeler sergilerler ve genellikle kronik seyrederler. Bu hastalıkların tedavisi maliyetli olduğu gibi, hasta eğitimi hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde etkin bir rol oynar. Bu nedenlerle, dermatolojik hastalıklar genel toplum sağlığı açısından önemli bir yere sahiptir (Mevsim 2010; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016).

Deri hastalıkları tüm sağlık sorunları içerisinde en sık görülenler arasında yer alır ve poliklinik ziyaretlerinin yaklaşık %6'sını oluşturur. Aile hekimliği hizmetlerine yapılan başvurular incelendiğinde, başvuruların %13,5'inin deri hastalıkları nedeniyle yapıldığı belirlenmiştir. Hastaların etkin tedavi alması ve tedavinin uygun basamakta verilmesi sağlık hizmeti sunumunda verimliliğin artmasına katkı sağlayacaktır (Adışen ve ark., 2008; Yılmaz ve ark., 2012).

2.5. Sık Görülen Dermatolojik Hastalıklar

2.5.1. Akne

Akne, pilosebase ünitenin kronik bir hastalığı olup, komedon, püstül, papül, nodül ve skar ile karakterizedir. Genç nüfusun %85'inde görülen bir cilt sorunudur. Aknenin patofizyolojisi, sebum üretimindeki artış, anormal foliküler hücre dökülmesi, P. acnes bakterilerinin çoğalması ve inflamasyon gibi dört ana faktörün bir araya gelmesiyle oluşur. En sık görülen bölgeler yüz, omuzlar, sırtın üst kısmı, ense ve göğüs bölgesinin ön kısımlarıdır. Akne tedavisi için kullanılan yöntemler arasında topikal antimikrobiyaller, topikal retinoidler, sistemik antibiyotikler, hormonal tedavi ve oral izotretinoin gibi seçenekler yer alır. Akne tedavisinin etkinliği ve hastanın tedaviye uyumu, çeşitli genel stratejilerle artırılabilir. Örneğin, akne ve tedavisiyle

ilgili eğitim, diyet, cilt bakımı ve diğer yardımcı yöntemler bu stratejiler arasında yer alabilir (Güngör, 2012).

2.5.2. Derinin bakteriyel hastalıkları

İmpetigo

Yüzeyel bir enfeksiyon olan impetigo genellikle A grubu streptokokların, nadiren de *S.aureus*'un sebep olduğu bir durumdur. Genellikle bulaşıcıdır ve çoğunlukla çocuklarda görülür. Sıcak ve nemli havalarda, vücudun açık bölgelerinde, özellikle yüz, boyun ve ekstremitelerde küçük cilt travmaları sonucu ortaya çıkar. Lezyonlar küçük vezikül ve eritemle başlar ve çok kısa sürede püstüle dönüş ve rüptüre olur. Pürülan akıntının kuruması sonucu altın sarısı kabuklar oluşur. Ayırıcı tanıda, herpes enfeksiyonları ve suçiçeği de düşünülmelidir. Tanı, veziküllerden alınan materyalin mikroskopik incelenmesi ve kültürle yapılır (Apaydın, 2011).

Tedavide, kabukların kaldırılması, sabunlu su ya da antiseptik solüsyonlarla silinmesi, topikal krem ve merhemlerin kullanımı genellikle yeterlidir. Lezyonlarda kullanılan mupirosin veya fusidik asit gibi topikal tedavilerle genellikle başarı elde edilebilir ve skar bırakmadan iyileşebilir. Topikal tedavi, oral antibiyotiklere kıyasla etkili olduğu kanıtlanmıştır, ancak sınırlı vakalarda uygulanır. Enfeksiyon yaygınsa, tekrar ediyorsa, topikal tedaviye cevap vermiyorsa ve ciddi bir seyir gösteriyorsa, sistemik antibiyotik tedavisi gereklidir. Penisilin, tetrasiklin veya kinolon grubu antibiyotikler tercih edilir (Gül, 2016).

Folikülit

Kıl foliküllerinde meydana gelen bir piyogenik enfeksiyondur. Lezyon, kılın çıktığı bölgede küçük, kaşıntılı ve kırmızı bir püstülden oluşur. Sakal bölgesinde, saçlı deride, boyunda, koltuk altında, ön kolda, göğüs ön duvarı ve kalçalarda görülebilir. Nemli ve sıcak hava, kötü hijyen gibi faktörler enfeksiyonu kolaylaştırır. Genellikle *S. aureus* etkindir, ancak havuzlardan kaynaklananlarda *P. aeruginosa*, bağışıklık sistemi zayıf olanlarda *Candida* etken olabilir. Tanı genellikle klinik belirtilerle konur; püstüler lezyonlardan gram boyama ve kültür yapılabilir. Tedavide, lezyonun temizlenmesi, serum fizyolojikle pansuman ve genellikle yeterli olan topikal antibiyotik veya antifungal içerikli pomatların kullanılması önerilir. Tekrarlayan ve

inatçı durumlarda, 10 gün süreyle sefalosporin ve tetrasiklinler gibi sistemik tedaviler de kullanılabilir (Apaydın, 2011).

2.5.3. Derinin yüzeyel mantar hastalıkları

Deri, kıl ve tırnakları etkileyen mantar enfeksiyonları olarak bilinen yüzeyel mantar hastalıkları; dermatofitozlar, deri kandidiyazisi ve tinea versikolor gibi enfeksiyonları içerir. En sık görülen dermatofit etkenleri *Microsporum* spp, *Trichophyton* spp ve *Epidermophyton* spp'dir. Tinea versikolor etkeni ise *Pityrosporum ovale* veya *orbiculare*'dir (Kutlubay ve ark.,2015).

Dermatofitozis

Keratinize dokuların yüzeyel mantar enfeksiyonları olan dermatofitozis, epidermis, saç ve tırnakları etkileyebilir. Dermatofitozis, enfeksiyonun tuttuğu bölgeye göre adlandırılır ve deride sık görülür. Mantar enfeksiyonlarının klinik semptomları, pek çok deri hastalığıyla benzerlik özellik taşıyabilir ve doğru teşhis, klinik görünüm ve etiyolojik tanı yöntemleriyle yapılır. Hifaların mikroskop altında görüntülenmesi ve dermatofit enfeksiyonunun teşhisinde potasyum hidroksit (KOH) yardımcı olabilir. Diğer tanı yöntemleri arasında mantar kültürü, deri veya tırnak biyopsisi yer alır (Hainer, 2003).

Tinea Corporis

Vücudun saçlı deri, sakal, el veya ayak dışındaki herhangi bir bölgesinde görülen mantar enfeksiyonlarına tinea corporis denir. Bu enfeksiyonlar genellikle tropikal bölgelerde daha yaygındır ve karakteristik olarak deriden hafif kabarık, keskin sınırlı, tek veya çok sayıda anüler lezyonlar şeklinde ortaya çıkar. Bu lezyonların ortası soluk, kenarları kırmızıdır ve genellikle deskuamasyon gösterirler. Lezyon kenarında püstüller veya foliküler papüller de gözlenebilir. Tanı klinik görünüme dayanarak konulabilir ve aktif lezyondan alınan materyal KOH ile incelenerek teyit edilebilir. Topikal antifungal kremler genellikle yeterli olmakla birlikte, nadiren sistemik tedavi gerekebilir (Hainer, 2003; Weinstein,2002).

Tinea Cruris

Kasıkta, pubik ve perianal bölgede görülen dermatofit enfeksiyonudur. Erkeklerde sıkça gelişir ve tinea pedis ile sık sık birlikte olur. Enfeksiyon için elverişli bir ortam oluşturabilecek faktörler arasında nem, sıcak hava ve dar giysiler gibi etkenlerin yanı sıra obezite gibi durumlar da bulunmaktadır. Hastalık tropikal iklimlerde daha yaygındır. Enfeksiyon genellikle kasık ya da perianal bölgeden başlar ve hızla uyluk ve genital bölgelere yayılır. Yanma ve kaşıntı, en yaygın görülen belirtiler arasında yer almaktadır. Genellikle her iki kasık bölgesi etkilidir ve yarım ay şeklinde kırmızı veya kahverengi plaklar şeklindedir. Lezyon kenarında püstüller veya veziküller görülebilir. Tedavi sürecinde, hastalar genellikle 2-4 hafta içerisinde topikal antifungal ilaçlara olumlu yanıt gösterirler. İlk birkaç gün düşük doz kortikosteroid ilave edilebilir. Tinea kruris, %20-25 oranında tekrar edebilir. Hastaların kasık bölgesini kuru tutmaları ve sıkı giysiler giymemeleri konusunda eğitilmeleri önemlidir (Gül, 2014; Hainer, 2003).

Tinea Pedis

Ayakların dermatofit enfeksiyonudur. Çocuklarda nadir görülürken, erkeklerde daha sık görülür. Ayakların nemli ve ıslak kalması, sıkı ayakkabı kullanımı tinea pedis oluşumuna yatkınlık oluşturur. Genellikle her iki ayakta görülmesine rağmen tek taraflı da olabilir. Tedavide antifungal kremler kullanılır, ancak nadiren refrakter enfeksiyonlarda sistemik tedavi gerekebilir (Ilkit ve ark.,2005; Richardson ve ark.,2003).

Tinea Unguium (Onikomikoz)

Tırnak yanlarında başlayarak yayılan enfeksiyon, tırnağın tamamını etkileyebilir ve sadece tırnak matriksi değil diğer bölgeleri de tutabilir. Tırnak mat ve sarımsı bir görüntü alır. Dermatofitlerin en zor tedavi edilen formu olarak bilinir ve uzun süreli sistemik antifungal tedavi gerektirir (Hainer, 2003).

2.5.4. Papülloskuamöz ve ekzamatöz dermatozlar

Psoriasis

Sınırları keskin bir hatla belirlenmiş eritemli-skuamlı plaklarla kendi gösteren psoriasis, kronik bir inflamatuvar hastalıktır ve normal popülasyonda %1-3 oranında

görülür. Tedavisi kesin olmamakla birlikte, yaşam boyu sürebilir ve ilaç kullanımı gerektirdiği için tedaviye uyum sorunu yaşanabilir. Psoriasis hastalarının takibi ve tedavisi oldukça önemlidir. Tedavi seçenekleri, hastalığın klinik tipi, şiddeti, süresi ve önceki tedavilere verilen yanıt gibi faktörlere göre değişebilir. Lezyonların yerleşimi, tipi ve yaygınlığı, hastalığın şiddeti üzerinde etkilidir. Hastanın bireysel özellikleri, aile geçmişi, tetikleyici faktörler, mevcut diğer hastalıklar, eklemlerde etkilenme durumu ve psikososyal durumu gibi etkenler, tedavi planlaması açısından önem taşır (Kutlubay ve ark.,2012).

Seboreik Dermatit

Genelde sebase bezlerin yoğun olarak bulunduğu bölgelerde ortaya çıkan inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Bu kronik ve tekrarlayan hastalık, toplumun %3-5'inde görülür ve erkek popülasyonunda daha sık görülür. Seboreik dermatit, özellikle kış aylarında sıklıkla artış gösterir. Saçlı deri, göz kapakları, kaşlar, burun dudak kıvrımları, kulak, meme altı, göbek, kasık ve kalça bölgesi gibi birçok bölgede görülebilir. Genç erişkinlerde ve adolesan dönemde daha sık görülürken, 50 yaşından sonra da sıklığı artar. Selenyum sülfid, ketokonazol, çinko pirition ve sikloproksolamin içeren topikal preparatlar, Seboreik dermatitin tedavisinde kullanılabilir. Ayrıca lokal steroidler ve antifungaller de faydalı olabilir. Eğer diğer tedavilere direnç gelişirse, dar bant UVB tedavisi uygulanabilir. Sistemik tedavi için ise antifungaller, kısa süreli sistemik kortikosteroidler ve oral isotretinoin gibi ilaçlar kullanılabilir (Doğruk Kaçar ve Özüguz, 2016; Stefanaki ve Katsambas, 2010).

İrritan Kontakt Dermatit

İrritan kontakt dermatit (ICD), kontakt dermatitin en yaygın şeklidir. Kutanöz yanıt, çeşitli çevresel ajanların toksik / fiziksel etkilerine bağlıdır. Genellikle kimyasal uyarıcılara cevaben ortaya çıkan yeterli inflamasyona bağlı olarak keratinositlerden proinflamatuvar sitokinlerin salınımından kaynaklanır. ICD, cilt bariyerinin bozulmasına, epidermal hücresel değişikliklere ve sitokin salınımına neden olur. Tahriş edici kontakt dermatit tanısı genellikle klinik olarak konulur ve alerjik kontakt dermatit yama testi ile dışlanır. Tedavisi, inflamasyonun belirtilerini ve semptomlarını azaltmayı ve epidermal bariyeri eski haline getirmeyi amaçlar.

Nemlendiriciler ve topikal kortikosteroidler tedavide kullanılabilir (Ale ve Maibach,2014; Litchman ve ark., 2023).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışmamız, dermatoloji polikliniğine başvuran hastaların başvuru sebeplerinin birinci basamakta yönetilebilirliğinin incelenmesi amacıyla yapılmış olan kesitsel tipte, tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışmamız, 1 Ekim 2022 - 31 Mart 2023 tarihleri arasında Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Dermatoloji polikliniğine başvuran hastaların üzerinde gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmamızın evrenini, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde dermatoloji polikliniğine başvuran hastaları oluşturmaktadır.

Araştırmamızda belirli bir örneklem tipi kullanılmamış olup, çalışmamız Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Dermatoloji polikliniğine başvuran 18 yaş ve üzeri 429 gönüllü hasta ile yapılmıştır.

3.4. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi

Araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu 30 sorudan oluşmaktadır. Üç uzman hekim tarafından denetlenen ve uygun şekilde revize edilen anket SEAH aile hekimliği polikliniğinde pilot olarak uygulandı. Anketin anlaşılabilirlik ve uygulanabilirlik konularındaki problemleri çözüldükten sonra son haline getirildi. Yüz yüze görüşme tekniği uygulanarak veriler toplandı.

Anket formu dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm demografik verileri içermektedir. İkinci bölüm dermatoloji polikliniğine başvuran hastaların başvuru şikâyetlerini, bu şikâyetlerin sürelerini ve başvuru şekillerini sorgulamaktadır. Üçüncü bölümde dermatoloji polikliniğinden önce aile hekimliğine başvuran hastaların aile hekimliğindeki süreci ve yönetimi sorgulanmıştır. Dördüncü bölüm ise

dermatoloji polikliniğinde uygulanan tedavi ve istenen; laboratuvar testleri, görüntüleme işlemleri veya girişimsel işlemler gibi yönetim sürecini kapsayan konuları içermektedir. Muayene sonrasında dermatoloji uzmanına sorulan değerlendirme sorusu ile anket tamamlanmaktadır. (Ek-1)

3.5. Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 22.0 programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerin sunumunda nitel veriler için sayı ve yüzde kullanılmıştır. Nicel veriler için ortalama ve standart sapma, ortanca (minimum; maksimum) kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram ve olasılık grafikleri ve Shapiro-Wilkinson testi ile incelenmiştir. Kronik hastalık bilgisi kişilerden alınırken birden fazla hastalık kaydedilmiştir. Kronik hastalık yüzdeleri cevap veren toplam kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır. Bağımlı değişkenlerin analizinde nitel veriler için Pearson Ki-kare testi, nicel veriler için Student T-Testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmamızda herhangi bir örneklem seçilmediğinden araştırmanın sonuçları tüm Türkiye'yi temsil edemez. Araştırmamız kesitsel tipte tanımlayıcı bir araştırma olduğundan neden-sonuç ilişkisi kurma açısından güçlü bir metodolojiye sahip değildir. Anket araştırmaların sahip olduğu genel kısıtlılıklar içermektedir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 05/10/2022 tarihli 171388-261 numaralı etik kurul onayı alınarak gerçekleştirilmiştir (EK-1). Katılımcılar çalışmadan önce çalışmanın amacı, verilerin kullanımı ve vereceği yanıtlarının gizliliği hakkında bilgilendirilmiş, sözlü onamları alınmış ve katılımcı olmayı kabul eden hastalar çalışmaya dâhil edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmaya Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji polikliniğine başvuran 429 hasta katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $36,7 \pm 17,0$ 'dır. Yaş ortancası 32 (minimum:18 maksimum:79)'dir. Katılımcıların %64,6'sı kadındır. Katılımcıların %56,4'ü bekadır.

Araştırmaya katılan hastaların %31,0'ı lise düzeyinde, %30,5'i üniversite düzeyi veya üstünde eğitim görmüştür. Katılımcıların %63,6'sı çalışmamaktadır. Katılımcıların %28,4'ü ev hanımı, %25,9'u öğrencidir. Katılımcıların %84,8'i ekonomik durumunu "orta" olarak belirtmiştir. Katılımcıların %69,2'si ilçe merkezinde yaşadığını belirtmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1.'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

	Sayı (n)	%
Cinsiyet (n=429)		
Kadın	277	64,6
Erkek	152	35,4
Medeni Hali (n=429)		
Evli	187	43,6
Bekar	242	56,4
Eğitim Düzeyi (n=429)		
İlkokul ve altı	101	23,6
Ortaokul	64	14,9
Lise	133	31,0
Üniversite ve üzeri	131	30,5
Çalışma Durumu (n=429)		
Çalışan	156	36,4
Çalışmayan	273	63,6
Ekonomik Durumu (n=429)		
Düşük	53	12,4
Orta	364	84,8
Yüksek	12	2,8

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (devam)

İş Statüsü (n=429)	n	%
Ev hanımı	122	28,4
Öğrenci	111	25,9
İşçi	50	11,7
Memur	46	10,7
Emekli	33	7,7
Serbest meslek	26	6,1
Özel sektör	22	5,1
Çiftçi	12	2,8
İşsiz	7	1,6
İkamet Yeri (n=429)		
Köy	55	12,9
İlçe merkezi	297	69,2
İl merkezi	77	17,9

Katılımcıların %26,3'ünde en az bir tane kronik hastalık var iken %73,7'sinde herhangi bir kronik hastalık bulunmamaktadır. En sık görülen beş kronik hastalık sırasıyla; %43,4 ile Hipertansiyon, %28,3 ile Diyabetes Mellitus, %12,4 ile Kardiyovasküler hastalık, %12,4 ile Hiperlipidemi, %12,4 ile Hipotiroidi olmuştur. Tablo 4.2' de katılımcıların kronik hastalık durumlarının dağılımı sunulmuştur.

Tablo 4.2. Katılımcıların Kronik Hastalık Durumlarının Dağılımı

	n	%
Kronik Hastalık Durumu		
Yok	316	73,7
Var	113	26,3
Kronik Hastalık Türleri**		
Hipertansiyon	49	43,4
Diyabetes mellitus	32	28,3
Kardiyovasküler hastalık	14	12,4
Hiperlipidemi	14	12,4
Hipotiroidi	14	12,4
Astım	11	9,7
Diğer*	42	37,2

*Diğer: Serebrovasküler hastalık, Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, Malignite **Katılımcılar birden fazla işaretleme yapmıştır.

Katılımcıların şikayetleri için en sık başvurdukları yerler sırasıyla; %40,5 ile Aile Sağlığı Merkezi, %34,5 ile Devlet Hastanesi olmuştur. Tablo 4.3'te katılımcıların ilk başvuruyu yaptıkları kurumların dağılımı sunulmuştur.

Tablo 4.3. Katılımcıların İlk Başvuruyu Yaptıkları Kurumların Dağılımı

İlk Başvurduğu Yer (n=429)	n	%
Aile Sağlığı Merkezi	174	40,5
Devlet Hastanesi	148	34,5
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	96	22,4
Özel Hastane	11	2,6

Katılımcıların en sık belirttikleri üç başvuru şikayeti sırasıyla; %20,3 ile sivilce, %18,4 ile kaşıntı ve döküntü, %8,6 kırmızı kaşıntılı lezyon olmuştur. Katılımcıların %85,8'i bu şikayetle ilk başvurusu olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %55,7'sinin şikayeti bir ay ile bir yıl arasında devam eden şikayetidir. Katılımcıların %36,6'sının şikayeti bir yıldan uzun süredir devam eden şikayetidir. Tablo 4.4'te katılımcıların geliş şikayetlerine dair bazı özelliklerin dağılımı sunulmuştur.

Tablo 4.4. Katılımcıların Geliş Şikayetlerine Dair Bazı Özelliklerin Dağılımı

Başvuru Şikayeti (n=429)	n	%
Sivilce	87	20,3
Kaşıntı ve döküntü	79	18,4
Kırmızı kaşıntılı lezyon	36	8,4
Kepeklenme	31	7,2
Deride renk değişikliği	31	7,2
Deride kalınlaşma sertlik	28	6,5
Ayakta kaşıntı yara	20	4,7
Kahverengi ben	19	4,4
Saç dökülmesi	17	4,0
Tırnakta renk ve şekil değişikliği	16	3,7
Elde kaşıntı kızarıklık kuruluk	15	3,5
Kırmızı beyaz kaşıntılı lezyon	10	2,3

Tablo 4.4. Katılımcıların Geliş Şikayetlerine Dair Bazı Özelliklerin Dağılımı (devam)

Kaşıntı	9	2,1
Yüzde kızarıklık	7	1,6
Diğer	24	5,6
Şikayetin Süresi (n=429)		
Bir aydan kısa	33	7,7
Bir ay ile bir yıl arası	239	55,7
Bir yıldan uzun	157	36,6
Takipli Olma Durumu (n=429)		
İlk başvuru	368	85,8
Takipli	61	14,2

Sütun yüzdesi Diğer şikayetler: ağrılı şişlik, göğüs ucunda yara, ağrılı sarı-siyah şişlik, dudakta kuruluk, doğum lekesi, ağız içinde yara, yüzde sarı - kırmızı lezyon, ağrılı kırmızı lezyon, göz kapağında beyazlık, kasıkta akıntılı şişlik, kol ve bacakta batıklar, saçlı deride kızarıklık, su toplayan lezyonlar, yanakta şişlik, yüzde gözenekler

Katılımcıların %84,5'i aile hekimini tanıdığını belirtmiştir. Katılımcıların %32,6'sı bu şikayeti için aile hekimine başvurduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %79,9'u kendisi randevu alarak doğrudan başvurmuştur. Tablo 4.5'te katılımcıların aile hekimini tanıma ve şikayeti için aile hekimine başvurma durumlarının dağılımı sunulmuştur.

Tablo 4.5. Katılımcıların Aile Hekimini Tanıma ve Şikayeti İçin Aile Hekimine Başvurma Durumlarının Dağılımı

	n	%
Aile Hekimini Tanıma Durumu (n=429)		
Tanıyanlar	367	85,5
Tanımayanlar	62	14,5
Aile Hekimine Başvuru Durumu (n=429)		
Başvuranlar	140	32,6
Başvurmayanlar	289	67,4
Başvuru Şekli (n=429)		
Kendisi	343	79,9
Aile hekiminden yönlendirme	60	14,0
Başka branştan yönlendirme	26	6,1

Katılımcıların aile hekimine başvurmama nedeni olarak en sık belirttikleri üç neden sırasıyla; %39,4 ile “Branşı olmadığını düşündüm” ifadesi, %22,8 ile “Aile hekimi yetersiz olur” ifadesi, %14,9 ile “Aile hekimini genelde tercih etmiyorum” ifadesi olmuştur. Tablo 4.6’da aile hekimine başvurmayanların nedenlerinin dağılımı sunulmuştur.

Tablo 4.6. Aile Hekimine Başvurmayanların Nedenlerinin Dağılımı

	n	%
Aile Hekimine Başvurmama Nedenleri (n=429)		
Branşı olmadığını düşündüm	114	39,4
Aile hekimi yetersiz olur	66	22,8
Aile hekimini genelde tercih etmiyorum	43	14,9
Daha kapsamlı tedavi olmak için	17	5,9
Aile hekimine ulaşım imkanım zor	11	3,8
Başka bir branş/tanıdıklarım yönlendirdi	11	3,8
Daha önce gittiğimde fayda görmedim	9	3,1
Cildiyeiden rahat randevu buldum	7	2,4
Aile hekimine gitmek aklıma gelmedi	6	2,1
Diğer	5	1,8

Aile hekimlerine başvuranlara en sık koyulan ön tanı %18,4 ile skabiyez olmuştur. Aile hekimine başvuranların %72,9’u aile hekiminden tedavi almıştır. Tedavi alanların %90,2’si tedaviyi düzenli kullandığını belirtmiştir. Tedavi alanların %50,0’ı kısmen fayda gördüğünü, %39,2’si fayda görmediğini belirtmiştir.

Aile hekimleri hastaların %51,4’ünü sevk etmiştir. Sevk edilen hastaların altısı başka branşa sevk edilmiştir. Aile hekimleri hastaların %70,7’sine öneride bulunmuştur.

Tablo 4.7’de aile hekimine başvuran katılımcıların aile hekiminden aldıkları ön tanı ve yönlendirmelerin dağılımı sunulmuştur.

Tablo 4.7. Aile Hekimine Başvuran Katılımcıların Aile Hekiminden Aldıkları Ön Tanı ve Yönlendirmelerin Dağılımı

	n	%
Aile Hekimlerinin Ön Tanıları (n=76)		
Skabiyeز	14	18,4
Dermatofitoz	13	17,2
Akne	12	15,8
Dermatit	9	11,8
Diğer	28	36,8
Aile Hekiminin Tedavi Verme Durumu (n=140)		
Aile hekimi tedavi vermiş	102	72,9
Aile hekimi tedavi vermemiş	38	27,1
Tedaviyi Düzenli Kullanma Durumu (n=102)		
Düzenli kullananlar	92	90,2
Düzenli kullanmayanlar	10	9,8
Tedaviden Fayda Görme Durumu (n=102)		
Fayda görenler	11	10,8
Fayda görmeyenler	40	39,2
Kısmen fayda görenler	51	50,0
Aile Hekiminin Sevk Etme Durumu (n=140)		
Sevk etmiş	72	51,4
Sevk etmemiş	68	48,6
Aile Hekiminin Öneride Bulunma Durumu (n=140)		
Aile hekimi öneride bulunmuş	99	70,7
Aile hekimi öneride bulunmamış	41	29,3

Dermatoloji polikliniğinde en sık koyulan tanılar sırasıyla; %19,6 ile akne, %13,1 ile skabiyeز, %12,8 ile dermatofitoz olmuştur. Tablo 4.8’de dermatoloji polikliniğinde koyulan ön tanıların dağılımı sunulmuştur.

Tablo 4.8. Dermatoloji Polikliniğinde Koyulan Ön Tanıların Dağılımı

	n	%
Dermatoloji Polikliniğinde Koyulan Ön Tanılar (n=429)		
Akne	84	19,6
Skabiyeز	56	13,1

Tablo 4.8. Dermatoloji Polikliniğinde Koyulan Ön Tanıların Dağılımı (devam)

Dermatofitoz	55	12,8
Seboreik dermatit	35	8,2
Dermatit	31	7,2
Siğil	20	4,7
Kserosis kutis	15	3,5
Alopesi	15	3,5
Ürtiker	14	3,3
Vitiligo	13	3,0
Psöriazis	10	2,3
Nasır	9	2,1
Derinin bakteriyel enfeksiyonları	8	1,9
Seboreik keratoz	8	1,9
Skin tag	8	1,9
Rozasea	6	1,4
Diğer*	42	9,8

*Diğer tanıları: aktinik keratoz, vitamin mineral eksikliği, ksantelazma, pigmentasyon bozukluğu, skuamöz hücreli karsinom, yumuşak doku bozukluğu, hemanjiom, melazma, nevus, zona, ilaç erüpsiyonu, palmaplantar püstüloz, pitriazis lichenoides chronica, telenjektazi, hemajiom, melanom, metatarsal ülser, bazal hücreli karsinom, dermatitis herpetiformis, dermatofibrom, herpes, hidradenitis sürürativa, iktiyozis, liken planus, pigmente purpurik dermatoz, spontan ekimoz

Dermatoloji polikliniğinde işlem gören katılımcıların %94,6'sına tedavi verilmiş, %21,0'ında laboratuvar yöntemlerine ihtiyaç duyulmuş, %2,6'sına test yapılmış, %1,2 sinde görüntüleme yapılmış, %17,7'sine girişimsel işlem yapılmıştır. Tablo 4.9'da Dermatoloji polikliniğinde işlem gören katılımcılara ait bazı özelliklerin dağılımı sunulmuştur.

Tablo 4.9. Dermatoloji Polikliniğinde İşlem Gören Katılımcılara Ait Bazı Özelliklerin Dağılımı

	n	%
Laboratuvar Yöntemlerine İhtiyaç Duyulma Durumu		
İhtiyaç duyulanlar	90	21,0
İhtiyaç duyulmayanlar	339	79,0
Test Yapılma Durumu		
Yapılanlar	11	2,6
Yapılmayanlar	418	97,4
Görüntüleme Tetkiki Yapılma Durumu		
Yapılanlar	5	1,2
Yapılmayanlar	424	98,8
Girişimsel İşlem Durumu		
Yapılanlar	76	17,7
Yapılmayanlar	353	82,3
Tedavi Verilme Durumu		
Tedavi alanlar	406	94,6
Tedavi almayanlar	23	5,4

Dermatoloji uzmanının hastanın yönetimi hakkında belirttiği görüşler sırasıyla; %39,6 ile “Birinci basamakta tanı ve tedavi süreci yönetilebilir” ifadesi, %37,1 ile “Birinci basamakta tanı konabilir ancak tedavi başlanamaz”, %14,0 ile “Birinci basamakta tanı konulabilir ancak tedavi amaçlı işlem uygulanamaz”, %8,4 ile “Birinci basamakta (laboratuvar, test, görüntüleme, tanı amaçlı işlem vb. ihtiyacı nedeniyle) tanı konulamaz”, %0,9 ile de “Cildiye kliniğinde tanı ve tedavisi yapılamaz” ifadesi olmuştur.

Tablo 4.10’da hastaların birinci basamakta yönetimi hakkında dermatoloji uzmanlarının görüşleri sunulmuştur.

Tablo 4.10. Dermatoloji Uzmanlarının Hastanın Yönetimi Hakkındaki Görüşlerinin Dağılımı

	n	%
Dermatoloji Uzmanlarının Birinci Basamakta Yönetimi Hakkında Görüşleri		
Birinci basamakta tanı ve tedavi süreci yönetilebilir	170	39,6
Birinci basamakta tanı konabilir ancak tedavi başlanamaz	159	37,1
Birinci basamakta tanı konulabilir ancak tedavi amaçlı işlem uygulanamaz	60	14,0
Birinci basamakta (laboratuvar, test, görüntüleme, tanı amaçlı işlem vb. ihtiyacı nedeniyle) tanı konulamaz	36	8,4
Cildiye kliniğinde tanı ve tedavisi yapılamaz (hatalı poliklinik başvurusu)	4	0,9

Katılımcıların cinsiyet, öğrenim durumu, çalışma durumu, kronik hastalık durumu, ikamet yeri, ekonomik durumu, takipli olma durumu, şikayet süresi ile şikayetleri için ilk başvurdukları kurum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların medeni durumu, aile hekimini tanıma durumu ile şikayetleri için ilk başvurdukları kurum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre evlilerin bekarlara göre ilk başvurdukları kurumun ASM olma sıklığı daha fazladır. Aile hekimini tanıyanların tanımayanlara göre ilk başvurdukları kurumun ASM olma sıklığı daha fazladır.

Tablo 4.11’de hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre şikayetleri için ilk başvurdukları kurumun dağılımı sunulmuştur.

Tablo 4.11. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Şikayetleri İçin İlk Başvurdıkları Kurumun Dağılımı

			İlk Başvurulan Kurum		p*
			ASM n (%)	Hastane n (%)	
Cinsiyet		Kadın	105 (37,9)	172 (62,1)	0,131
		Erkek	69 (45,4)	83 (54,6)	
Medeni Durum		Evli	90 (48,1)	97 (51,9)	0,005
		Bekar	84 (34,7)	158 (65,3)	
Öğrenim Durumu		İlkokul	50 (49,5)	51 (50,5)	0,061
		Ortaokul	27 (42,2)	37 (57,8)	
		Lise	55 (41,4)	78 (58,6)	
		Lisans ve üzeri	42 (32,1)	89 (67,9)	
Çalışma Durumu		Çalışan	113 (41,4)	160 (58,6)	0,642
		Çalışmayan	61 (39,1)	95 (60,9)	
Kronik Hastalık Durumu	Hastalık	Kronik hastalığı olmayanlar	129 (40,8)	187 (59,2)	0,853
		Kronik hastalığı olanlar	45 (39,8)	68 (60,2)	
İkamet Yeri		Köy	18 (32,7)	37 (67,3)	0,080
		İlçe merkezi	131 (44,1)	166 (55,9)	
		İl merkezi	25 (32,5)	52 (67,5)	
Ekonomik Durum		Düşük	24 (45,3)	29 (54,7)	0,189
		Orta	148 (40,7)	216 (59,3)	
		Yüksek	2 (16,7)	10 (83,3)	
Takipli Durumu	Olma	İlk başvuru	150 (40,8)	218 (59,2)	0,835
		Takipli	24 (39,3)	37 (60,7)	
Aile Tanıma Durumu	Hekimini	Tanıyanlar	161 (43,9)	206 (56,1)	0,001
		Tanımayanlar	13 (21,0)	49 (79,0)	
Şikayet Süresi		1 aydan kısa	18 (54,5)	15 (45,5)	0,218
		1 ay-1 yıl arası	96 (40,2)	143 (59,8)	
		1 yıldan uzun	60 (38,2)	97 (61,8)	

*Pearson ki-kare analizi yapılmıştır.

Hastaların yaşına göre şikayetleri için ilk başvurdıkları kurum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). ASM'ye başvuran hastaların yaş

ortalaması hastaneye başvuranlara göre anlamlı olarak daha yüksektir. Tablo 4.12’de katılımcıların yaşına göre şikayetleri için ilk başvurdıkları kurumun dağılımı sunulmuştur.

Tablo 4.12. Katılımcıların Yaşına Göre Şikayetleri İçin İlk Başvurdıkları Kurumun Dağılımı

	Şikayetleri İçin İlk Başvurulan Yer		*p
	ASM	Hastane	
	Ortalama ± Standart Sapma	Ortalama ± Standart Sapma	
Yaş	40,1 ± 18,5	34,4 ± 15,6	0,001

*Student-t testi yapılmıştır

Katılımcıların ilk başvuru yeri, cinsiyeti, kronik hastalık durumu ile birinci basamakta yönetilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların şikayet süresi, laboratuvara ihtiyaç duyulması, girişimsel işlem durumu ile birinci basamakta yönetilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Girişimsel işlem yapılanların birinci basamakta yönetilebilir olma sıklığı yapılmayanlara göre anlamlı derecede daha düşüktür. Şikayet süresi arttıkça hastanın yönetilebilir olma sıklığının da azaldığı görülmüştür. Laboratuvara ihtiyaç duyulanların yönetilebilir olma sıklığının, laboratuvara ihtiyaç olmayanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür.

Tablo 4.13’te katılımcıların birinci basamakta yönetilme durumuna etki eden faktörlerin dağılımı sunulmuştur.

Tablo 4.13. Katılımcıların Birinci Basamakta Yönetilme Durumuna Etki Eden Faktörlerin Dağılımı

		Birinci Basamakta Yönetilme Durumu		* p
		Yönetilebilirdi	Yönetilemezdi	
		n (%)	n (%)	
İlk Başvuru Yeri	ASM	65 (37,4)	109 (62,6)	0,427
	Hastane	105 (41,2)	150 (58,8)	
Şikayet Süresi	1 aydan kısa	22 (66,7)	11 (33,3)	0,001
	1 ay-1 yıl arası	110 (46,0)	129 (54,0)	
	1 yıldan uzun	38 (24,2)	119 (75,8)	
Laboratuvara İhtiyaç Duyulma	İhtiyaç duyulanlar	20 (22,2)	70 (77,8)	0,001
	İhtiyaç duyulmayanlar	150 (44,2)	189 (55,8)	
Girişimsel İşlem durumu	Yapılanlar	1 (1,3)	75 (98,7)	0,001
	Yapılmayanlar	169 (47,9)	184 (52,1)	
Cinsiyet	Kadın	109 (39,4)	168 (60,6)	0,874
	Erkek	61 (40,1)	91 (59,9)	
Kronik Hastalık Durumu	Kronik hastalığı olmayanlar	121 (38,3)	195 (61,7)	0,344
	Kronik hastalığı olanlar	49 (43,4)	64 (56,6)	

Satır yüzdesi sunulmuştur. * Pearson ki-kare analizi yapılmıştır.

Hastaların yaşına göre birinci basamakta yönetilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.14’de katılımcıların yaşına göre birinci basamakta yönetilme durumunun dağılımı sunulmuştur.

Tablo 4.14. Katılımcıların Yaşına Göre Birinci Basamakta Yönetilme Durumunun Dağılımı

	Birinci Basamakta Yönetilme Durumu		*p
	Yönetilebilirdi	Yönetilemezdi	
	Ortalama ± Standart Sapma	Ortalama ± Standart Sapma	
Yaş	36,8 ± 14,5	36,6 ± 18,5	0,903

*Student-t testi yapılmıştır

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Türkiye'deki aile hekimliği sistemi, gelişmiş ülkelerdeki basamaklı sağlık sistemlerine kıyasla tam olarak işlev gösterememektedir. Bunun nedeni, etkili bir sevk zincirinin olmamasıdır. Normal şartlarda, birinci basamak sağlık hizmeti veren bir aile hekimi tarafından takip ve tedavi edilebilecek hastalar, doğrudan ikinci ve üçüncü basamak hastanelere başvurmalarını kolaylaştıran bir sistemle karşılaşmaktadır. Bu durum, hastanelerdeki iş yükünü artırmakta olup ikinci ve üçüncü basamak hastanelerdeki doktorların, özellikle komplike hastalıkları olan hastalara ayrılan zamanın azalmasına neden olmaktadır. Bu durum, hastaların takip ve tedavilerinin zorlaşmasına yol açmaktadır. Ayrıca, hastanelere doğrudan başvurmanın teşvik edilmesi, gereksiz muayene ve tetkik harcamalarının artmasına neden olmaktadır. Bu durum da sağlık hizmetlerinin maliyetini arttırmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012).

Dermatolojik hastalıklar, toplumda yaygın görülen sağlık sorunlarından biridir. Bu hastalıkların mortalite oranları genellikle düşük olsa da çoğu kronik seyirli olduğundan dolayı, bu durum halk sağlığı açısından önemli bir sorun olarak kabul edilmektedir. Toplumun genelinde görülen dermatolojik hastalıkların önemli bir kısmı birinci basamak sağlık kuruluşlarında tedavi edilebilecek hastalıklardır. Ancak, birinci basamak sağlık hizmeti sunucularının dermatolojik hastalıklar konusunda yeterli bilgi ve deneyim birikimine sahip olmaması, bu hastalıkların doğru teşhis edilmesi ve tedavi edilmesinde önemli bir engel olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durumun temel nedeni ise birinci basamak hekimlerinin dermatolojik hastalıklar konusunda yeterli eğitim alamamalarıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016).

Bu çalışmada; Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki dermatoloji polikliniklerine başvuruda bulunan 18 yaş ve üzerindeki hastaların birinci basamak sağlık kuruluşlarında takip ve tedavi edilebilirlik oranları değerlendirilmiştir. Böylece, toplumun genelindeki dermatolojik hastalıkların tedavi ve takip süreçleri ile ilgili olası sorunların belirlenmesi ve çözüm yollarının bulunması amaçlanmıştır.

Araştırmaya, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki dermatoloji polikliniklerine başvuran 429 hasta katılmıştır. Araştırma kapsamında değerlendirilen hastaların %39,6'sının birinci basamak düzeyinde tanı ve tedavi süreçlerinin yönetilebileceği tespit edilmiştir. Katılımcıların şikayet süresi, laboratuvara ihtiyaç duyulması, girişimsel işlem durumu ile birinci basamakta yönetilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Katılımcıların medeni durumu, aile hekimini tanıma durumu ile şikayetleri için ilk başvurdıkları kurum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen hastaların yaşına göre şikayetleri için ilk başvurdıkları kurum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Araştırmanın sonuçlarına göre, değerlendirilen hastaların %39,6'sının birinci basamak sağlık hizmetlerinde tanı ve tedavi süreçlerinin yönetilebileceği belirlenmiştir. Bu oran, Ankara'da bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinde yapılan araştırmada benzer sonuçlar elde edilmiş olup, dermatoloji polikliniğine başvuran hastaların birinci basamakta yönetilebilirlik oranının %45,2 olduğu tespit edilmiştir (Yıldız ve ark, 2016). Benzer başka bir çalışmada, baş ağrısı şikayeti ile nöroloji polikliniğine başvuran hastaların aile hekimlerince takip ve tedavi edilebilirliği değerlendirildiğinde bu oran %69,1 olarak bulunmuştur. (Doğan ve ark, 2020). Bu çalışmalar doğrultusunda hastaların birinci basamak sağlık kuruluşlarında tanı alıp tedavi edilebilecek durumda olmalarına rağmen, 3. basamak sağlık kuruluşlarına başvurmayı tercih ettiklerini göstermektedir. Hastaların doğrudan 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarına başvurması hastanelerin yükünün artmasında önemli bir sebep olduğunu görmekteyiz. Özellikle erken tanı ve tedavi gerektiren hastalıklar açısından bu durum risk oluşturmaktadır. Çünkü hastanelere yapılan başvuruların artmasıyla birlikte tanı süreleri de uzamaktadır (Hsieh ve ark., 2012). Hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerine yönlendirilmesi ve bu kuruluşlarda tanı ve tedavi süreçlerinin etkin bir şekilde yönetilmesi sağlanmalıdır. Bu, hastaların doğru sağlık kuruluşuna başvurmasını teşvik edecek, hastanelerin yükünü azaltacak, hastane yükünün azalmasına bağlı riskli gruptaki hastaların erken teşhis ve tedavi imkanlarını artıracaktır. Çok katımlı benzer çalışmalara ihtiyaç duyulmakta ve sevk sistemin getirilmesi için gerekli çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu düşünmekteyiz.

Araştırmaya katılan hastaların %37,1'i birinci basamak sağlık hizmetlerinde tanı alabilmesine rağmen tedaviye başlanamadığı saptanmıştır. Bunun en önemli neden sebeplerinden biri, dermatoloji polikliniğinde sıkça görülen akne, dermatit ve seboreik dermatit gibi durumların tedavisinde kullanılan ilaçların birinci basamak hekimleri tarafından reçete edildiğinde sigorta tarafından karşılanmamasıdır. Bu durum, hastaların birinci basamakta gerekli tedaviye erişebilmelerine engel olmaktadır. Araştırmada incelenen hastaların dermatoloji polikliniğinde konulan tanılar gözlemlendiğinde en sık teşhis edilen hastalıkların akne, skabiyez, dermatofitoz, seboreik dermatit ve dermatit olduğu belirlenmiştir. Öncesinde aile hekimine başvuran hastalara aile hekimliğinde konulan tanılar ise sırasıyla skabiyez, dermatofitoz, akne ve dermatit şeklindedir. Bu verilerin değerlendirilmesi ile, aile hekimliği ve dermatoloji polikliniği arasında tanılarının büyük ölçüde örtüştüğü gösterilmiştir. Bu da, aile hekimlerinin doğru tanı koyma oranının yüksek olduğunu ve hastaların aile hekimlerine bilgi eksikliği nedeniyle başvurmak istememelerinin anlamsız olduğunu göstermektedir. Yıldız ve ark. yaptığı çalışmada, dermatoloji polikliniğine başvuran hastaların en sık teşhis edilen beş tıbbi tanısının dermatit, kserozis kutis, akne vulgaris, pruritus ve boynuzlaşma/nasırlaşma olduğu bulunmuştur. (Yıldız ve ark., 2016). Bu sonuçlar, araştırmamızın benzer literatür ile uyumlu olduğunu göstermektedir. Bu verilerin ışığında, hastaların doğru tanı ve tedavi süreçlerine ulaşabilmeleri için birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve aile hekimlerinin dermatolojik hastalıklar konusunda daha fazla bilgi ve yetkinlik kazanmaları önemlidir. Ayrıca, sigorta kapsamında dermatolojik ilaçlara erişimin sağlanması da hastaların birinci basamakta uygun tedaviye erişimini kolaylaştıracaktır.

Araştırmada yer alan hastaların %14,0'ı birinci basamak düzeyinde tanı alabilecekken, gereken tedavi işlemleri gerçekleştirilememiştir. Dermatoloji polikliniğinde yaygın olarak kullanılan kriyoterapi, fototerapi, lazer uygulamaları ve intralezyonel enjeksiyon gibi tedavi yöntemleri birinci basamakta sağlık hizmeti veren hekimler tarafından sınırlı şekilde uygulanabilmektedir. Bu durumda hastalar, birinci basamakta tanı alabilmelerine rağmen gerekli tedavi yöntemlerine sınırlı bir şekilde erişebilmektedir. Çalışmaya dahil edilen hastaların %8,4'üne birinci basamak düzeyinde tanı konulamamıştır. Bu durumun sebebi, birinci basamak sağlık hizmeti

sunan hekimlerin laboratuvar, test, görüntüleme gibi tanı amaçlı işlemleri karşılayamamasıdır. Ayrıca, girişimsel işlem gerektiren hastaların ve laboratuvar testlerine ihtiyaç duyan hastaların birinci basamakta yönetilebilir olma sıklığı, bu tür işlemlere veya testlere ihtiyaç duymayan hastalara kıyasla anlamlı derecede daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetleri genellikle tanı ve tedavi sürecinin başında önemli bir rol oynar. Ancak, girişimsel işlemler ve laboratuvar testleri gibi daha karmaşık ve özel tetkiklerin birinci basamakta sınırlı olarak gerçekleştirilebilmesi, hastaların daha ileri basamak sağlık hizmetlerine yönlendirilmelerini gerektirebilir. Bu sonuçlar, birinci basamak sağlık hizmetlerinin özellikle tedavi amaçlı işlemler ve özel tetkiklerin gerektiği durumlarda sınırlı olduğunu ve daha ileri sağlık hizmetlerine yönlendirilmenin gerekliliğini vurgulamaktadır. Hastaların tedavi süreçlerinde gereken yöntemlere tam anlamıyla erişebilmeleri ve uygun tedaviye zamanında ulaşabilmeleri önemlidir.

Çalışmaya katılan hastaların demografik özelliklerine, aile hekimini tanıma durumlarına ve şikayetlerine göre ilk başvurdıkları kurumların dağılımı incelendiğinde, medeni durumları, aile hekimini tanıma durumları ve şikayetleri için ilk başvurdıkları kurum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Urgan ve Çağlayan tarafından yapılan bir araştırmada da benzer olarak, ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanmak amacıyla birinci basamak sağlık kuruluşlarına en az bir kere başvuruda bulunan ve başvurmayan bireylerin yaşı, medeni durumu ve aile hekimini tanıma durumu gibi özellikleri değerlendirilmiştir ve bu faktörler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur (Urgan ve Çağlayan, 2017). Bu bulgular, çalışmanın sonuçlarının literatürle uyumlu olduğunu göstermektedir. Evli olan hastaların Aile Sağlığı Merkezlerini (ASM) daha sık tercih etmelerinin sebepleri, hem evlilik öncesi evlilik raporu için ASM'ye başvuru gerekliliği, hem de gebelik ve çocuk izlem takibi süreçlerinde sıklıkla ASM'ye başvurma ihtiyacı olması nedeniyle ASM'ye başvuru alışkanlığını arttırdığını düşünülmektedir.

Yaş gruplarına göre hastaların ilk başvurdıkları kurumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Aile Sağlığı Merkezlerine (ASM) başvuran hastaların yaş ortalaması, diğer hastanelere başvuranlara kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Çetinkaya ve ark. tarafından yapılan bir

araştırmada, yaş gruplarına göre aile hekimine başvuru oranının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiş ve 15-24 yaş ve 25-44 yaş aralığında aile hekimine başvuru oranının anlamlı derecede düşük olduğu, 1-6 yaş ve 65 yaş ve üzeri yaş gruplarında ise yüksek olduğu bildirilmiştir ($p<0,05$) (Çetinkaya ve ark., 2013). Kara ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada ise özellikle 45-65 yaş arası yetişkinler ve 65 yaş üstü hastaların çoğunlukla ilaç yazdırmak amacıyla başvurdukları tespit edilmiştir ($p<0,0001$) (Kara ve ark., 2016). Bu bağlamda, hastaların yaşları arttıkça kronik hastalıklarının ve kullanılan ilaçların sayısının artması, yaşlı hastaların evlerine daha yakın bir sağlık merkezine gitmeyi tercih etmeleri gibi faktörlerin, aile hekimine başvuru sıklığını artırdığı söylenebilir.

Çalışmaya dahil edilen hastaların şikayet süresi arttıkça hastanın birinci basamakta yönetilebilir olma sıklığının da azaldığı görülmüştür. Bu durumun birden çok etkene bağlı olabileceğini gözlemlemekteyiz. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde yönetilebilir olma sıklığının azalmasının bir nedeni, takip sürecinin yetersiz veya düzensiz olması olabilir. Hastaların düzenli olarak kontrollerini yapmamaları veya önerilen tedavi planına uymamaları, sağlık sorunlarının daha karmaşık bir hale gelmesine ve birinci basamakta yönetilebilir olma sıklığının azalmasına neden olabilir. Ayrıca, hastaların doğru tanı konulmaması veya yanlış tedavi yöntemlerinin uygulanması gibi faktörler de bu durumu etkileyebilir. Hastanın şikayet süresi uzadıkça, sağlık sorunu genellikle daha karmaşık bir nitelik kazanır. Bu durumda, birinci basamak sağlık hizmetlerindeki kaynaklar ve yetenekler yetersiz kalabilir ve daha kapsamlı tetkikler, uzman değerlendirmeleri veya daha ileri tedavi yöntemlerine ihtiyaç duyulabilir. Bu nedenle, hastaların şikayetlerinin mümkün olan en kısa sürede değerlendirilmesi ve tedaviye başlanması önemlidir.

Çalışmaya başvuran hastaların ilk başvurdukları kurum incelendiğinde ilkökul mezunlarının yaklaşık yarısı ASM'ye başvurduğu, öğrenim durumu lisans ve üzeri olan hastaların üçte birinin ASM'ye başvurduğu tespit edilmiş. Ayrıca, ASM'ye başvuran hastaların yaş ortalaması, diğer hastanelere başvuranlara kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Bu farklılıkların sebebi ilkökul mezunlarının yaş ortalamasının yüksek olması mı yoksa eğitim düzeylerinin düşük olması mı net bir şekilde belirlenememiştir. Sonuç olarak, eğitim düzeyi ile başvuru yapılan sağlık kurumu

arasında bir ilişki olduğunu gösteren bulgular elde edilmiştir. Ancak, bu ilişkinin detaylarını ve sebeplerini net bir şekilde belirlemek için ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların şikayetleri için sıklıkla başvurdukları yerler değerlendirildiğinde %40,5'i ASM, %59,5'i Devlet Hastanesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi veya Özel Hastaneler olmuştur. Çalışmamızda şikayetleri için dermatoloji polikliğine başvuran hastaların %32,6'sının daha öncesinde yine aynı şikayetle aile hekimine başvurduğu saptanmıştır. Aile hekimine başvurmayanların sebepleri incelendiğinde en sık belirttikleri nedenler; %39,4'sı "Branşı olmadığını düşündüm", %22,8'i "Aile hekimi yetersiz olur", %14,9'i "Aile hekimini genelde tercih etmiyorum", %5,9'u "daha kapsamlı hastanede tedavi olmak için" ifadelerini kullanmıştır. Literatür incelendiğinde bulgularımızı destekleyen araştırmalar mevcuttur. Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı verilerine göre hastane başvurularının üçte birinin birinci basamak olduğu çoğunluğun ikinci veya üçüncü basamak olduğu saptanmış (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021). Türkiye İstatistik Kurumu tarafından 2021 yılında yapılan Yaşam Memnuniyeti Anketi'nde sağlık kuruluşlarının hizmetlerinden memnuniyet oranları incelendiğinde Aile sağlığı merkezlerinden memnuniyet oranı %70,1 olarak bulunmuştur (Türkiye İstatistik Kurumu, 2021). Bu çelişkinin nedeni olarak; hastaların ASM'ler hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları, teknolojik yönden daha donanımlı hastanelerde uzmana muayene olmak istemeleri olduğu düşünülmektedir. Yıldız'ın yapmış olduğu çalışmada aile hekimine başvurmama nedenleri incelendiğinde ilk beş neden sırasıyla; hastanın ya da aile hekiminin yer değiştirmesi veya aile hekiminin izinde olması (% 15,6), hastaların aile hekiminin mesleki olarak yetersiz olduğunu düşünmesi (% 14,9), hastanın aile hekimine hiç gitmemesi (% 9,4), hastanın başka bir neden ile hastaneye gelmesi (% 9,0), hastanın ASM' nin teknik ya da teknolojik şartlarının yetersiz olduğunu düşünmesidir (% 7,6). Sonuç olarak, hastaların ASM'lere yönelik tercihlerinde bilgi eksikliği, uzmanlık beklentisi ve teknolojik imkanlar gibi faktörlerin etkili olduğunu söyleyebiliriz (Yıldız, 2016). Bu faktörlerin daha detaylı bir şekilde araştırılması ve anlaşılması, ASM'lere başvuru oranını artırmak ve hastaların uygun sağlık hizmetine erişimini sağlamak için önemlidir.

Sonuç olarak, ülkemiz aile hekimliği uygulaması, gelişmiş ülkelere kıyasla daha geç başlamış olup halen iyileştirmeler gerektirmektedir. Hastaların aile hekimliği hizmetine başvurmadan kaçınmasının başlıca sebepleri arasında zorunlu sevk olmaması, hastaların aile hekimliği sistemi hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları ve aile hekimlerinin yeterli olmadığına dair algıları yer almaktadır. Hastaların aile hekimliğini benimsemesi ve bu hizmete yönelmesi, uygun eğitim ve deneyime sahip aile hekimi uzmanlarının varlığıyla gerçekleşecektir. Bu da, sevk sisteminin etkinliği açısından da önem arz etmektedir. Aynı zamanda, aile hekimliğinin tanınırlığının artırılması, halkın bu hizmetten daha fazla faydalanmasını teşvik edecektir. Bununla birlikte, aile hekimlerinin sürekli eğitim almaları ve güncel bilgilerle donanmış olmaları da aile hekimliği uygulamasının kalitesini artırmaya yardımcı olacaktır.

6. KAYNAKLAR

- Adışen, E., Gürer, M.A., Keseroğlu, Ö. (2008). Dermatoloji hasta profili. *Türkderm*, 42(3), 82-86.
- Akdeniz, M., Urgan, M., Yaman, H. (2010). türkiye’de bir tıp disiplini olarak aile hekimliğinin gelişimi. *GeroFam*, 1(1), 29-40.
- Akdur, R. (2005). Türkiye’de sağlık hizmetleri ve avrupa topluluğu ülkeleri ile kıyaslanması.
- Ale, I.S., Maibach, H.I. (2014). Tahriş edici kontakt dermatit. *Rev Çevre Sağlığı*, 29:195.
- Altay, A. (2007). Sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni açılımlar ve türkiye açısından değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 64, 33-58.
- Apaydın, F.E. (2011). Deri ve yumuşak doku enfeksiyonları. *The Journal of Turkish Family Physician*, 2(1), 8-16.
- Başer, D.A., Kahveci, R., Koç, E.M., Kasım, İ., Şencan, İ., Özkara, A. (2015). Etkin sağlık sistemleri için güçlü birinci basamak. *Ankara Med J*, 15(1), 26-31.
- Başol, E. (2015). Gelişmekte olan ülkelere strateji: sağlık sisteminde sevk zinciri. *BJSS Balk J Soccal Scences / Balk Sos Bilim Dergisi*, 4(8), 128 - 140.
- Başol, E., Işık, A. (2015). Türkiye’de sağlık politikalarında güncel gelişmeler: sağlıkta dönüşüm programından günümüze bazı değerlendirme ve öneriler. *IAAOJ, Social Science*, 2(2), 1-26.
- Bulut, S., Uğurluoğlu, Ö. (2018). Aile hekimlerinin bakış açısı ile sevk zincirinin değerlendirilmesi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 22(3), 118-132.
- Çetinkaya, F., Baykan, Z., Naçar, M. (2013). Yetişkinlerin aile hekimliği uygulaması ile ilgili düşünceleri ve aile hekimlerine başvuru durumu. *TAF Prev Med Bull*, 12(1), 49-56.
- Çifci, A., Özkara, A., Tursun, S., Demirel, B., Kekilli, M. (2020). Bütüncül tıp birinci basamakta ve aile hekimliğinde güncel tanı ve tedavi. *Ankara Nobel Tıp Kitabevleri*, p:3-93.
- Dikici, M.F., Kartal, M., Alptekin, S., Çubukçu, M., Ayanoğlu, A.S., Yarış, F. (2017). Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplinin tarihçesi. *Türkiye Klinikleri J. Med. Sci.*, 27, 412-418.
- Doğan, E.H., (2020), Ankara Şehir Hastanesi Nöroloji Polikliniğine Baş Ağrısı Şikayeti İle İlk Kez Başvuran Hastaların Aile Hekimleri Tarafından Takip Ve Tedavi Edilebilirliğinin Değerlendirilmesi. *T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Şehir*

Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara (Danışman: Uzm. Dr. İrfan Şencan).

Gül, Ü. (2014), Derinin yüzeysel dermatofit enfeksiyonları, Ankara Med. J., 14(3), 107-113.

Gül, Ü. (2016). Derinin sık görülen bakteriyel enfeksiyonları. Ankara Med.. J., 16(1), 98-114.

Güngör, E.(2012). Akne. Turk J. Dermatol, 6, 138-49.

Hainer, B.L. (2003). Dermatophyte infections. Am Fam Physician, 67, 101-8.

Hsieh, V.C., Wu, T.N., Liu, S.H., Shieh, S.H. (2012). Referral-free health care and delay in diagnosis for lung cancer patients. Jpn. J. Clin. Oncol., 42(10), 934-939.

Ilkit, M., Tanır, F., Hazar, S., Gümüştay, T., & Akbaba, M. (2005). Epidemiology of tinea pedis and toenail tinea unguium in worshippers in the mosques in Adana, Turkey. The Journal of dermatology, 32(9), 698-704.

Kaçar, S.D., Özügüz, P. (2016). Seboreik Dermatitte Güncel Yaklaşım. Kocatepe Tıp Dergisi, 17(2), 72-76.

Kara, İ.H., Türker, Y., Hakan, L., Baltacı, D., Dikici, B. (2015). Düzce il merkezi'ndeki bir aile sağlığı merkezine başvuran hastaların demografik bilgileri ile başvurudaki semptomlarının incelenmesi: preliminier çalışma. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi, 17(3), 115-119.

Kutlubay, Z., Karakuş, Ö., Engin, B., Serdaroğlu, S. (2012). Psoriasis: Klinik tiplere göre tedavi yaklaşımı. Dermatoz, 3(1), 33-38.

Kutlubay, Z., Karakuş, Ö., Engin, B., Serdaroğlu, S. (2015). Yüzeysel mantar hastalıklarında tedavi. Dermatoz, 6(4), 1-8.

Litchman, G., Nair, P.A., Atwater, A.R., Bhutta, B.S. (2023). Contact dermatitis. National Library of Medicine.

Mevsim, V.(2010). Dermatolojik hastalıkların epidemiyolojisi, hastalık yükü ve birinci basamaktaki yeri. Türkiye Klinikleri J. Fam. Med. Special Topics, 1, 15-20.

Richardson, M.D., Warnock, D.W. (2003). Fungal infection diagnosis and management. 3th ed. Blackwell Publishing, 80-108.

Stefanaki, I., Katsambas, A. (2010). Therapeutic update on seborrheic dermatitis. Skin Therapy Lett, 15, 1-4.

T.C. Resmi Gazete, (2013). Aile hekimliği uygulama yönetmeliği. 25 Ocak 2013, Sayı: 28539.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2003). Sağlıkta dönüşüm programı. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2906/saglikta-donusum-programi.html>

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2012). Türkiye’ de sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu (2003-2011), Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2016), Sağlık sorunları ve hastalıkların yönetimi, Cilt I. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 1035.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2021). Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Ankara.

TÜİK, (2021). Yaşam Memnuniyeti Araştırması. Ankara.

Urgan, U., Çağlayan, Ç. (2017). Kocaeli üniversitesi tıp fakültesi hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların ruhsal hastalıklar için ilk başvuru yerlerinin ve birinci basamağı tercih etmeme nedenlerinin belirlenmesi. KOU Sag. Bil. Derg. 4(1), 5-10.

Weinstein, A., Berman, B. (2002). Topical treatment of common superficial tinea infections. Am Fam Physician, 65, 2095-2102.

Wonca, (2002). Aile hekimliği / genel pratisyenlik avrupa tanımı. Çeviren: Başak, O. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları.

Yıldız, N. (2016). Ankara’da üçüncü basamak bir eğitim ve araştırma hastanesinin kulak burun boğaz fizik tedavi ve rehabilitasyon ile dermatoloji polikliniklerine başvuran hastaların birinci basamakta takip ve tedavi edilebilirliğinin araştırılması. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara (Danışman: Uzm. Dr. İrfan Şencan).

Yılmaz, M., Mayda, A.S., Yüksel, C., Filiz, B.O.L.U., Seval, O., Bayındır, K., ... & Toçoğlu, H. (2012). Bir aile hekimliği merkezi’ne başvuran hastalara konulan tanılar. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2(3), 7-13.

7. EKLER

7.1. EK-1: Etik Kurul Kararı



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu

50^{yl}

Sayı : E-71522473-050.01.04-171388 - 261
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başvuru
Dosyası Hk.

05.10.2022

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir AYDIN

Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

İlgi : 01.09.2022 tarih ve 261 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "**Dermatoloji Polikliniğine Başvuran Hastaların Birinci Basamakta Yönetilebilirliğinin İncelenmesi**" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Ancak çalışma bitiş tarihinden itibaren en geç 3 ay içerisinde çalışma sonuç raporunun Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kuruluna gönderilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Ertuğrul GÜÇLÜ
Etik Kurulu Başkanı

Hasan KONAK
Etik Kurulu Sekr.

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı ile Aynıdır
05.10.2022

Doğrulama Kodu :BSF59V1YYE Pin Kodu :50292

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd/ekK-5783&eD=BSF59V1YYE&eS=171388>

Adres:Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Kocucuk Kampüsü, Kocucuk,
Adapazarı/Sakarya
Telefon No:264 295 6630 Faks No:264 295 6629
e-Posta:tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ:www.tip.sakarya.edu.tr

Bilgi için: Yücel Demir
Unvanı: Birim Evrak Sorumlusu



Telefon No: 2953129

7.2.EK-2: Anket Formu

Adı-Soyadı:

1-Yaş:

2-Cinsiyet: ☐ Kadın ☐ Erkek

3-Meslek: ☐ Ev Hanımı ☐ İşçi ☐ Memur ☐ Çiftçi ☐ Özel sektör
☐ Serbest meslek ☐ Öğrenci ☐ Emekli ☐ Çalışmıyor

4-Kronik bir hastalığınız var mı? Var ise yazınız:

5-Eğitim durumu: ☐ İlkokul ☐ Orta okul ☐ Lise
☐ Üniversite ☐ Yüksek lisans/Doktora ☐ Hiçbiri

6-Medeni hali: ☐ Evli ☐ Bekâr

7-İkamet yeri: ☐ Köy ☐ İlçe merkezi ☐ İl merkezi

8-Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz? ☐ Düşük ☐ Orta ☐ Yüksek

9-Herhangi bir sağlık probleminde ilk başvurduğunuz merkez sıklıkla neresi?

☐ Aile Sağlık Merkezi ☐ Devlet hastanesi ☐ Eğitim Araştırma Hastanesi ☐ Özel Hastane

10-Dermatoloji polikliniğine başvuru şikâyeti/Nedeni:

11-Bu şikâyetiniz kaç gündür var?

12- Cildiye'nin takipli hastası mısınız, yoksa ilk başvurunuz mu? ☐ İlk ☐ Takipli

13- Başvuru şekli: ☐ Kendisi ☐ Aile Hekimi ☐ Başka Branş

14-Aile hekiminizi tanıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

15- Aile hekiminiz uzman mı pratisyen mi? ☐ Biliyorum ☐ Bilmiyorum

16-Bu şikâyetleriniz için aile hekimine başvurduğunuz mu? ☐ Evet ☐ Hayır

17-Hayır ise neden aile hekimine başvurmadınız?

18-Aile hekiminiz hangi ~~önetimi~~/tanıyı koydu?

19-Aile hekiminiz tedavi verdi mi? ☐ Evet ☐ Hayır

20-Tedavi verditse ilaçlarınızı düzenli kullandınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır

21-Aile hekiminizin tedavi verdi ise fayda gördünüz mü? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kısmen

22-Aile hekiminiz öneride bulundu mu? ☐ Evet ☐ Hayır

23-Evet ise ne öneride bulundu?

24- Dermatoloji uzmanının ~~önetimi~~/tanısı nedir?

25- Dermatoloji uzmanı laboratuvar ihtiyacı duydu mu? ☐ Evet ☐ Hayır

26- Dermatoloji uzmanı tedavi verdi mi? Evet ise ne tedavi verdi? ☐ Evet ☐ Hayır

27- Dermatoloji uzmanı herhangi bir test yaptı mı? ☐ Evet ☐ Hayır

28- Dermatoloji uzmanı görüntüleme istedi mi? ☐ Evet ☐ Hayır

29- Dermatoloji uzmanı girişimsel işlem yaptı mı? ☐ Evet ☐ Hayır

30-Bu hastanın birinci basamakta yönetimi konusunda dermatoloji hekiminin görüşü:

☐ Birinci basamakta tanı ve tedavi süreci yönetilebilir

☐ Birinci basamakta tanı konabilir ancak tedavi başlanamaz

☐ Birinci basamakta tanı konulabilir ancak tedavi amaçlı işlem uygulanamaz

☐ Birinci basamakta (laboratuvar, test, görüntüleme, tanı amaçlı işlem vb. ihtiyacı nedeniyle) tanı konulamaz

☐ Cildiye kliniğinde tanı ve tedavisi yapılamaz (hatalı poliklinik başvurusu)

ÖZGEÇMİŞ

Adı	Ayşe	Soyadı	Canbolat
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
Uyruğu	T.C.	Tel	
E-posta			
Eğitim Düzeyi	Mezun Olduğu Kurumun Adı		Mezuniyet Yılı
Lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi		2018
İş Deneyimi			
Görevi	Kurum		Süre
Araştırma görevlisi	Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi		2020-2021
Araştırma görevlisi	Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi		2021-
Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	Zayıf	Orta