



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**KARDİYOLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN
BİRİNCİ BASAMAKTA YÖNETİLEBİLİRLİĞİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. ATİLLA KURU

UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2024-SAKARYA

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**KARDİYOLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN
BİRİNCİ BASAMAKTA YÖNETİLEBİLİRLİĞİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. ATILLA KURU

UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2024-SAKARYA

ONAY

Kurum : Sakarya Üniversitesi/Tıp Fakültesi

Program türü : Uzmanlık Tezi

Anabilim Dalı : Aile Hekimliği

Tez Sahibi : Atilla Kuru

Sınav Tarihi : **Saat:**

Tez Başlığı : Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların birinci basamakta yönetilebilirliğinin değerlendirilmesi

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

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

* Red kararının gerekçesi onay sayfasının arkasında belirtilmelidir.

ONAY

“Bu tez .../.../2024 tarihinde yukarıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

.../.../2024

Tıp Fakültesi Dekanlığı

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın 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 davranışımın olmadığını beyan ederim.

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 04/04/2022 tarihinde onay alınarak hazırlanmıştır.

19/02/2024

Dr. Atilla Kuru

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda çalıştığım süre boyunca bana her konuda yanımda olan ve eğitimime katkılar sağlayan hocamız Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Aydın'a,

Tezim süresince ve eğitim dönemim boyunca bana tecrübeleriyle yön gösteren, anabilim dalımızın değerli üyeleri Uzm. Dr. Muhammet Raşit Aydın ve Uzm. Dr. Erkut Etçioğlu'na,

burada olmama rağmen her zaman sevgiyle ve fedakarlıkla Selam Kuru
her zaman hep beni bir'e,
her zaman sağlığınıza güvenen uzmanların desteğinde hep
her zaman kıymetli olan Esra'ya

Asistanlık sürecim boyunca bana arkadaşlık eden, beni kırmayan, bir aile ortamında eğitim almamı sağlayan Sakarya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı kıymetli asistanlarına,

En içten dileklerimle teşekkür ederim.

Dr. Atilla Kuru

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	2
2.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Yönetimi.....	2
2.1.1. Koruyucu sağlık hizmetleri.....	3
2.1.2. İyileştirici sağlık hizmetleri.....	3
2.1.2.1. Birinci basamak sağlık hizmetleri.....	4
2.1.2.2. İkinci basamak sağlık hizmetleri	5
2.1.2.3. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri	5
2.1.3. Rehabilitasyon hizmetleri	5
2.2. Aile Hekimliğinin Tanımı.....	6
2.3. Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulaması.....	8
2.4. Sağlık Sisteminde Sevk Zinciri ve Önemi	10
2.5. Birinci Basamakta Kardiyoloji.....	11
2.5.1. Koroner arter hastalığı.....	12
2.5.2. Hipertansiyon	12
2.5.3. Dislipidemi.....	13
2.5.4. Obezite ve metabolik sendrom.....	13

3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1. Araştırmanın Tipi	16
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	16
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	16
3.4. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi.....	16
3.5. Verilerin Analizi.....	17
3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları	17
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	17
4. BULGULAR.....	18
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	30
6. KAYNAKLAR	35
7. EKLER.....	38
7.1. EK-1: Etik Kurul Kararı	38
7.2. Ek-2: Anket Formu.....	39
ÖZGEÇMİŞ	44

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

ACE: Anjiotensin Converting Enzyme

ASKVH: Aterosklerotik Kardiyovasküler Hastalıklar

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

EKG: Elektro Kardiyo Grafi

HDL: High Density Lipoprotein

INR: International Normalized Ratio

KAH: Koroner Arter Hastalığı

LDL: Low Density Lipoprotein

PROCAM: Prospective Cardiovascular Münster

RAS: Renin Anjiotensin Sistemi

SCORE: Systematic Coronary Risk Evaluation

SEAH: Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. Avrupa Aile Hekimliği Tanımı: Çekirdek yeterlilikler ve özellikler	6
Şekil 2.2. SCORE risk tablosu	14
Şekil 2.3. SCORE 2 C scalası risk tablosu	15



TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri dağılımı	18
Tablo 4.2. Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların aile sağlığı merkezi tercih özellikleri.....	19
Tablo 4.3. Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların başvuru nedenleri	20
Tablo 4.4. Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalara ait bazı veriler	21
Tablo 4.5. Kardiyoloji polikliniği öncesi aile hekimine başvuran hastaların aldığı hizmetin özellikleri ve memnuniyet durumları	22
Tablo 4.6. Kardiyoloji polikliniği öncesinde aile hekimine başvurmamayan hastaların başvurmama nedenleri	23
Tablo 4.7. Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların aile hekiminde alabileceği hizmetler hakkındaki bilgileri	23
Tablo 4.8. Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalara poliklinikte konulan tanılarının dağılımı	24
Tablo 4.9. Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların aldığı sağlık hizmetinin özellikleri ve birinci basamakta yönetilebilme durumları.....	24
Tablo 4.10. Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların bazı sosyodemografik özellikleri ile ilk başvurdukları sağlık kurumları arasındaki ilişki.....	26
Tablo 4.11. Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların kardiyolojik hastalık tanısı olma durumu ve aile sağlığı merkezinde verilen hizmetleri bilme durumları ile başvurularının birinci basamakta yönetilebilmesi arasındaki ilişki	27
Tablo 4.12. Kardiyoloji polikliniği öncesi aile hekimine başvuran ve aile hekimi tarafından kardiyoloji polikliniğine sevk edilen hastalarla aile hekimine başvurmamayan hastaların birinci basamakta yönetilebilme durumları arasındaki ilişki.....	28
Tablo 4.13. Kardiyoloji polikliniğine başvuru öncesi aile hekimine başvurmamayan hastaların birinci basamakta yönetilebilme durumuna göre aile hekimine başvurmama nedenleri	28

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Aile hekimliği kişinin ikametine yakın bir yerde bulunan, hastaların sağlık problemleri için ilk başvurusu gereken yerlerdir. Ülkemizde etkin bir sevk zinciri uygulanmaması sonucu üçüncü basamak hastanelerin iş yükleri artmaktadır. Amacımız kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların tanı, takip ve tedavilerinin ne oranda aile hekimince yapılabileceğini belirlemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Araştırmamız 01/05/2023-30/06/2023 tarih aralığında Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi kardiyoloji polikliniğinde bekleme alanında bulunan 458 hasta ile yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanan 24 sorudan oluşan anket formu verileri kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

BULGULAR: Araştırmamıza katılan hastaların %49,6'sının (227) sağlıklarıyla alakalı problemlerde başvurdukları öncelikli merkezin aile sağlığı merkezi olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılanların %78,8'i (361) aile hekimine başvurmadan kardiyoloji polikliniğine başvurmuştur. Hastaları muayene eden kardiyoloji uzmanlarının değerlendirmelerine göre hastaların %36,7'sinin (168) tanısı birinci basamak hekimince konulup yönetilebilirdi. Aile hekimliğinde kardiyolojik ilaçların yazılabildiğini ve bazı tahlil ve tetkiklerin istenebildiğini bilen katılımcıların bilmeyenlere kıyasla birinci basamakta yönetilebilirliği istatistiksel anlamda daha düşük ölçülmüştür ($p<0,001$).

SONUÇ: İlk muayenelerin birinci basamakta yapılması ve sevk sisteminin aktif bir şekilde uygulanması ile üçüncü basamaktaki hasta yoğunluğunun azalacağını düşünmekteyiz. Bunların gerçekleştirilmesinin ASM'lerin teknik ve donanım olarak güçlendirilmesi, ASM'de uzman sayılarının artırılması ve ASM'lerin topluma tanıtılması ile mümkün olabileceğini sonucuna varmaktayız.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, kardiyoloji, sevk zinciri

ABSTRACT

Evaluation of the manageability of patients applying to the cardiology outpatient clinic in primary care

INTRODUCTION AND AIM: Family medicine is a place close to a person's residence and is the first place patients should go to for health problems. As a result of not implementing an effective referral chain in our country, the workload of tertiary hospitals is increasing. Our aim is to determine to what extent the diagnosis, follow-up and treatment of patients applying to the cardiology outpatient clinic can be performed by the family physician.

MATERIALS AND METHODS: Our research was carried out using data from a survey form consisting of 24 questions applied by face-to-face interview with 458 patients in the waiting area of the cardiology outpatient clinic of Sakarya University Training and Research Hospital between 01/05/2023-30/06/2023.

RESULTS: It was found that the primary center to which 49.6% (227) of the patients participating in our research applied for health-related problems was the family health center. 78.8% (361) of the participants in the study applied to the cardiology outpatient clinic without consulting a family physician. According to the evaluations of the cardiologists who examined the patients, 36.7% (168) of the patients could be diagnosed and managed by the primary care physician. Participants who knew that cardiological medications could be prescribed and some tests and examinations could be requested in family medicine were found to have statistically lower manageability in primary care compared to those who did not know ($p<0.001$).

CONCLUSION: We think that the patient density in tertiary care will decrease by performing the first examinations in primary care and actively implementing the referral system. We conclude that these can be achieved by strengthening ASMs technically and equipped, increasing the number of experts in ASMs, and introducing ASMs to the society.

Keywords: Family practice, cardiology, referral chain

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Birinci basamak sağlık hizmetleri; koruyucu ve sağlığı geliştirici hizmetler ile tanı ve tedavi hizmetlerinin birlikte verildiği, kolay ulaşılabilir, uygun maliyetli ve etkin sağlık hizmetlerinin bütünüdür. Aile hekimliği sistemi birinci basamak sağlık hizmetlerinin en önemli ve temel yapıtaşını oluşturur (İlhan ve ark., 2022).

Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı'nda açıklanan 1978 Alma Ata Bildirgesi'nde sağlık problemlerinin %85-90'ının birinci basamakta çözülebileceği, laboratuvar tetkiklerinin de dahil edilmesiyle bu oranın %96'lara yükseleceği bildirilmiştir.

Ülkemizde son 20 yılda sağlık sektöründe önemli değişikliklere neden olan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın iki temel bileşeni vardır; "aile hekimliği" ve "etkin ve kademeli sevk zinciri". Aile hekimliği; kişinin ve ailelerin ikametlerine yakın ya da kolay ulaşılabilir bir yerde bulunan, hastaların sağlık problemleri için ilk başvurması gereken yerlerdir. Bu hekimler koruyucu hekimliğin yanında tanı ve tedavi edici hizmetleri de sağlarlar.

Ülkemizde etkin ve kademeli sevk zincirinin gereği gibi uygulanmaması sonucunda birinci basamak sağlık kuruluşlarında tanı ve tedavisi yapılabilecek olan hastalar kendi imkanlarıyla ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvurmakta ve bu durum hastanelerin iş yükünü ciddi miktarda arttırmaktadır. Bu sebeple ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde komplike hastalara ayrılabilen vakit azalmakta, hastaların sağlık hizmetlerine rahat ulaşabilmesi zorlaşmakta ve sağlık giderleri de önemli miktarda artmaktadır (Yıldız ve ark., 2016).

Zorunlu sevk uygulaması olmaması sebebiyle ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumlarında oluşan hasta yoğunluğu, verilen sağlık hizmetinin verimliliğinin düşmesine sebep olarak gösterilebilir. Bu çalışmadaki amacımız kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların tanı, takip ve tedavilerinin ne oranda aile hekimince yapılabileceğini ve hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanma oranlarını araştırmak olacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Yönetimi

Sağlık hizmetleri; kişilerin ve halkların sağlık seviyelerini yükseltmek ve korumak, tıbbi tedavi ve rehabilitasyon işlemlerini gerçekleştirmek için verilen hizmetlerdir (Öztek ve ark., 2015).

Temel sağlık hizmetlerinin etkinliğinde, verilen hizmetin kişilere ve toplumun yapısına uygunluğu, uygun maliyetli ya da devlet tarafından ücretsiz bir şekilde sunuluyor olması ve halkın tam katılım sağlıyor olması belirleyicidir. Etkin bir sağlık hizmeti, ülke ve toplum gelişimi açısından en önemli faktörlerden birisidir. Ayrıca bir ülkenin gelişmişlik düzeyini gösteren faktörlerden de bir tanesidir (Bağcı ve ark., 2020).

Sağlık hizmetlerinin yönetimine yeterince önem verilmesi ulusal sağlık sisteminin gelişimine doğrudan katkı sağlamaktadır. Uygun bir eğitim ile tam donanımlı ve eğitimli akademik personelin varlığı bu konuda büyük bir öneme sahiptir. Kişilerin ve toplumun sağlığının korunması sağlık giderlerini azaltarak ülke ekonomisine önemli katkılar sağlamakla birlikte sağlık yönetimi konusunda yetişen ve gelişen personellerin ilaç şirketleri, sağlık teknolojileri firmaları, sağlık yönetimi danışmalık firmaları vb. alanlarda markalaşmasıyla ülke ekonomisine de önemli katkılar sağladığı aşıkardır (Çimen, 2010).

Sağlık hizmetleri üç bölümde sunulur;

I-Koruyucu Sağlık Hizmetleri

II-İyileştirici Sağlık Hizmetleri

III-Rehabilitasyon Hizmetleri

2.1.1. Koruyucu sağlık hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri toplulukları hastalık nedenlerinden uzaklaştıran, mevcut sağlıklarını koruyarak yaşam standartlarını yükselten hizmetlerdir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin amacı sağlık problemlerinden uzak bir hayat için gereken bütün koşulları sağlamaktır. Bu kapsam anne-bebek sağlığına, iş yerlerindeki çalışma şartlarına, çevre temizliğine kadar uzanmaktadır (Batırel, 1993).

Koruyucu sağlık hizmetleri için toplum faydası bireyin çıkarlarından daha büyüktür. Bu durum devletin bu konudaki katkısının önemini de arttırmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamına göre bireyi koruyan sağlık hizmetleri ve toplumu koruyan sağlık hizmetleri olarak ikiye ayrılmaktadır (Akdur, 2006).

Bireyi koruyan koruyucu sağlık hizmetleri, bulaşıcı ve yayılma potansiyeli olan hastalıklara karşı bireyleri koruyarak tek tek kişiler üzerinden tüm toplumu korumayı hedefler. Kişi hastalansa da en kısa zamanda uygun tedavi ile en az hasarla ya da hasarsız bir şekilde iyileşmesini sağlar. Bu kapsamda aşılama, anne-bebek sağlığı, kişisel hijyen eğitimleri, zararlı alışkanlıklarla mücadele konuları yer almaktadır (Bağcı ve ark., 2020).

Toplumu koruyan sağlık hizmetleri ise toplumun yaşam standartını bozabilecek hastalık, hava kirliliği, radyasyon, gürültü vb. konularda yapılan koruyucu hizmetlerini ifade eder. Bu saydığımız hizmetler birinci basamak sağlık kuruluşlarınca verilmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına örnek olarak; Toplum Sağlığı Merkezleri, Aile Sağlığı Merkezleri, Verem Savaş Dispanserleri, İş Sağlığı ve Güvenliği Birimleri verilebilir. Toplumu koruyan sağlık hizmetlerini sağlık kuruluşlarından ziyade diğer sektör ve meslek grupları sağlamaktadır (Akdur, 2006).

2.1.2. İyileştirici sağlık hizmetleri

İyileştirici sağlık hizmetleri sağlıksız kişilerin sağlık durumlarını iyileştirmek ve hastalığa neden olan sebepleri ortadan kaldırmayı hedefleyen hizmetlerdir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin bir üst basamağıdır ve toplumsal sağlıktan çok kişilerin bireysel sağlıklarıyla alakalıdır. Bu hizmetlerin içine tanı ve tedavi hizmetleri, muayene,

ölümü ya da vücutta oluşabilecek hasarı engelleyen farmakoterapik tedaviler de dahildir (Bağcı ve ark., 2020).

Bu hizmetler koruyucu hekimliğe kıyasla daha yüksek maliyetli, daha fazla eleman ve malzeme gerektiren hizmetlerdir. Bu hizmetlere hastane yatışları, ayaktan başvurular ve evde sağlık hizmetleri şeklinde ulaşılabilir. İyileştirici hizmetleri birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları sağlamaktadır. Aile hekimliği sisteminde yer alan sevk zinciri de bu hizmetlerin sağlıklı ve etkin bir şekilde uygulanması açısından hayati önem taşır (Altay, 2007).

2.1.2.1. Birinci basamak sağlık hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri koruyucu ve engelleyici sağlık hizmetlerini barındıran, tanı koyan ve tedavi edebilen, ulaşımı kolay ve maliyetin ikinci planda olduğu sağlık hizmetleridir. İnsanların sağlık okuryazarlığını da içeren, hastalık taramalarının yapıldığı, bağışıklama hizmetlerinin uygulandığı, kronik hastalıkların izlemlerinin yapıldığı, kişilerin ulaşımını kolaylıkla sağlayabileceği kuruluşlardır (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/birincibasamak-sa%C4%9Fl%C4%B1k-hizmetleri.html>, Erişim tarihi: 14 Şubat 2024).

Birinci basamağa gereken değeri veren ülkelerde, diğer basamak sağlık hizmetlerine ağırlık veren ülkelere kıyasla sağlık düzey ve memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Birinci basamakta düzenli kontrollere gelen ve ilk olarak birinci basamağa başvuranların daha sağlıklı olduğu, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma oranlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yine birinci basamak hekimlerin daha fazla ve yüksek oranda bulunduğu ve yüksek ekonomik düzeye sahip bölgelerde sağlık alanında eşitsizliğin daha az olduğu, bebek ölüm yüzdelerinin ve hastanede yatarak tedavilerin daha az olduğu kanıtlanmıştır (Farmer ve ark., 1991; Jarman ve ark., 1999).

Birinci basamak hizmetler ilk temas noktası olması nedeniyle diğer basamakların da etkili ve etkin bir şekilde işleyebilmesi açısından büyük öneme sahiptir (Grumbach, 1999).

2.1.2.2. İkinci basamak sağlık hizmetleri

İkinci basamak sağlık hizmetleri, birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilemeyen hizmetleri sunabilen, yatarak ya da ayaktan tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini sunabilen entegre ilçe hastaneleri, semt poliklinikleri, devlet hastaneleri, özel tıp merkezleri, yan dal merkezleri ve bu amaçlarla hizmet sunan bütün merkezleri içerir (<https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=39362&mevzuatTur=KurumVeKurulusYonetmeligi&mevzuatTertip=5>, Erişim tarihi:13 Şubat 2024).

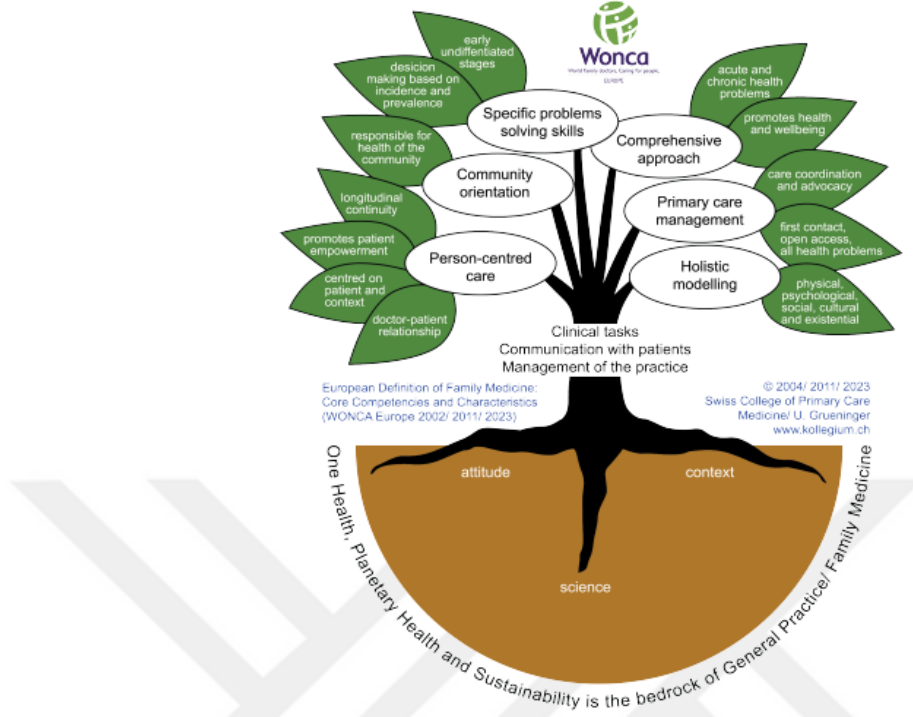
2.1.2.3. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri

Özel tedavi seçeneklerini ve ileri tetkik imkanlarını sunabilen, eğitim ve araştırma seçeneklerinin en üst düzeyde olduğu, belirli koşulları sağlayan üniversite hastaneleri, ruh ve sinir hastaneleri, özel sağlık tesisleri, eğitim ve araştırma hastanelerini içermektedir. Genellikle ileri araştırmalar gerektiren, özel ve özellikli vakalara hizmet vermektedir. Sağlık hizmetlerindeki en son basamağı oluşturmaktadır (Hanağası, 2021; Yaradılmış, 2019).

2.1.3. Rehabilitasyon hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri diğer basamaklardan farklı işlemektedir. Kazalar, depremler, doğal felaketler, bireyleri fiziki, ruhsal ve sosyal olarak engel durumuna sokan her türlü durum sonrası bu bireylerin kısıtlılıklarının kaldırılıp sosyal ortamlarına dönüşlerinin sağlanması ve özgüven ve morallerinin yeniden kazandırılmasını amaçlayan hizmetlerdir. Bu kapsamda bireyin olduğu haline alışmasının kolaylaştırılması, kendisinin ve yakınlarının yaşadığı üzüntülü süreçleri atlatması amaçlanır (Bağcı ve ark., 2020).

2.2. Aile Hekimliğinin Tanımı



Şekil 2.1. Avrupa Aile Hekimliği Tanımı: Çekirdek Yeterlilikler ve Özellikler (WONCA, 2002-2011-2023)

WONCA'ya göre aile hekimliği disiplininin temel özellikleri şunlardır:

a) Sağlık sisteminde hastaların ilk başvurdukları noktalardır; sağlık hizmetinden yararlanmak isteyenlere açık bir şekilde hizmet sağlar. Yaş, cinsiyet ya da herhangi bir ayırım yapmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.

b) Sağlık hizmeti için ayrılan kaynakların en etkili şekilde kullanımını sağlar; bunu kişiye uygulanan bakımı ve sağlık uygulamalarını koordine ederek, birinci basamakta birlikte çalıştığı diğer sağlık personelleriyle kişiye yeterli hizmeti sağlayarak ve gerekli koşullarda hastayı savunuculuk rolünü üstlenerek hastaya sağlık hizmeti vermiş diğer uzmanların uygulamalarını yöneterek yapar.

Aile hekimliği disiplini hastalarına kaliteli bir hizmet verme, hastalık izlemleri, hastaları bütüncül değerlendirme sorumluluklarını kabul ederek bu yönde olan uygulamalarını iyileştirmeyi ve arttırmayı amaçlar.

c) Bireye, bireyin bulunduğu topluma ve mensubu olduğu aileye yönelik kişi merkezli bir yaklaşımı esas alır.

d) Hastanın sağlığının güçlendirilmesini teşvik eder.

e) Hastayla doktoru arasında uzun zamanda gelişebilecek etkili ve benzersiz bir diyalog sürecine sahip olmalıdır.

f) Sağlık hizmetlerini hastanın yaşamı boyunca düzenli ve uzun süreli olacak şekilde, hasta olan kişinin gereksinimlerini de göz önüne alarak ona sağlamak.

g) Hastalıkların ve sorunların toplumdaki görülme sıklıklarını belirlemede özgün bir karar verme süreci olacaktır.

h) Bireylerin ani gelişen ve var olan hastalıklarını aynı anda yönetebilme becerisine sahiptir.

i) Henüz daha ayrışmamış fakat ciddi girişimler ve tedaviler gerektirebilecek hastalıkları yönetir.

j) Doğru ve uygun girişimlerle; hastaların mevcut sağlıklarını geliştirir, içinde yer aldıkları ekosistemin sağlığını ve kalitesini artırır.

k) Toplumun sağlığı hususunda özverili ve özel bir sorumluluk görevini benimser ve uygular.

l) Hastaların mevcut problemlerini ruhsal, fiziki, toplumsal, kültürel ve diğer her yönüyle değerlendirir.

WONCA 2023'e göre aile hekimliği disiplininin çekirdek yeterlilikleri şunlardır:

1- Birinci Basamak Yönetimi

2- Kişi Merkezli Yaklaşım

3- Kendine Özgü Problem Çözme Becerisi

4- Kapsamlı Yaklaşım

5- Toplum Meyilli Olmak

6- Bütüncül Yaklaşım

Kişi merkezli bir aile hekimliği uygulaması için şu üç ek özellik, çekirdek yeterliliklerin hayata geçebilmesi noktasında anahtar olarak görülmektedir:

a) Bağlamsal: Doktorların kendi bağlamlarını ve mesleklerini gerçekleştirdikleri ortamların anlaşılması, çalıştıkları ortamı ve çalışma koşullarını kültürel, toplumsal ve mali etkenlere göre düzenlemesi

b) Tutumsal: Doktorun işi ile ilgili yeteneklerine, yetilerine, değerlerine ve etiğe bağlı tutumları

c) Bilimsel: Sunduğu hizmete eleştirel ve akademik çalışmaları esas alan bir yaklaşım gösterme; ayrıca devamlı bir şekilde araştıran, öğrenen ve kendini geliştiren bir hekimlik anlayışına sahip olabilme (WONCA, 2023).

2.3 Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulaması

Türkiye’de sağlık sistemi kapsamında önleyici ve sağlığı yeniden kazandırmaya yönelik hizmetlerin halka ulaştırılabilmesi süreci cumhuriyetin ilanı sonrasında hız kazanmıştır. Cumhuriyetin ilanından sonra ülkemizde sağlık sisteminin ve sağlık sistemi kapsamında sunulacak olan hizmetlerin tanımlamaları ve organizasyonu yapılmaya başlanmıştır. Cumhuriyet sonrasında bir yandan tedaviyi her yere ulaştırabilmek amaçlanırken diğer yandan da önleyici sağlık hizmetlerinde büyük bir hareket başlamıştır. Bu kapsamda Dr. Refik Saydam memleketimize önemli katkılarda bulunmuştur. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930) kapsamında sağlık politikaları, sağlık sisteminde sunulacak hizmetlerin yönetimi ve organizasyonu, önleyici ve iyileştirici hekimlik uygulamalarının sunumu, bulaşıcı hastalıkların engellenmesi, tıp eğitimi verilen fakültelerin popülerliğinin arttırılmasına yönelik hususlar yer almaktadır. Bu bağlamda sağlık hizmetleri “geniş bölgede tek amaçlı/dikey örgütlenme” sistemiyle modellenmiştir. Popülasyonun fazla olduğu vilayetlerden ve bölgelerden başlanarak muayene ve tedavi haneleri kurulmuş, önleyici sağlık hizmeti sunabilecek tabipler desteklenmiştir. Bugün hala

uygulanmakta olan “Sağlıkta Dönüşüm Programının” temelleri alt yapısı aslında bu süreçlerde hazırlanmıştır.

Modern aile hekimliği ile Türkiye’de sağlık hizmetlerini bütün fertlere ve bölgelere eşit miktarda dağıtabilmek; birinci basamak sağlık hizmetlerini halkın da katılımını sağlayarak, yaşadıkları çevre ve iş yerlerinde, bütün yönleriyle sunmak ana hedeftir. Sağlık hizmetleri verilirken bu hizmetlerin devamlı eğitimle ve öğretimle yenilenmesi ve geliştirilmesi, tabibin ve yardımcı sağlık personellerinin bu hususlarda özendirilmesi, halkın ihtiyaçlarına göre önleyici hekimlik uygulamalarına önem verilmesi ve sevk sisteminin yerinde uygulanması önemli hususlardır. Bu hususlar ikinci ve üçüncü basamaktaki yoğunluğu azaltacak, üst basamakta değerlendirilmesi gereken hastalara ayrılabilen süreyi fazlalaştıracaktır. Modern aile hekimliği kapsayıcıdır, hastasına karşı güvene dayalı bir diyalog kurar, hastayı fiziksel, sosyal ve ruhsal açılardan değerlendirir. Kişi merkezli olmasının yanı sıra toplumu ve aileyi de düşünmesi modern aile hekiminin özelliklerindendir. Toplumun yaşı arttıkça birinci basamak sağlık hizmetlerinin de önemi artmakta ve toplum ihtiyaçları açısından aile hekimliği önemli bir noktaya gelmektedir (<https://sakaryaism.saglik.gov.tr/TR34647/turkiyedeailehekimligi.html>, Erişim tarihi: 12 Şubat 2024).

Türkiye’de 5258 sayılı aile hekimliği pilot uygulamasına yönelik kanunun Remi Gazete’de yayınlanması ile aile hekimliği pilot olarak 15.09.2005’te Düzce vilayetinde hayata geçirilmiştir. Uzmanlık ve yeterlilik hususunda gerekli eğitimlerin alınmasıyla ve Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nin 25.05.2010 tarihli 27591 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanmasıyla beraber 2010 senesinde Türkiye’nin bütün vilayetlerinde aile hekimliğinin uygulanmasına karar verilmiştir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimini bitirmiş veya bakanlığın yeterli gördüğü eğitimleri almış olan tabipler vesilesiyle aile hekimliği hizmeti şuan vatandaşlarımıza sağlanmaktadır (<http://ailehekimligi.gov.tr/ailehekimlii/turkiyedeki-ailehekimligi.html>, Erişim tarihi: 18 Ocak 2024).

Aile hekimliği uzmanlık yetisini kazanabilmek için tıpta uzmanlık sınavından yeterli puanı alarak 3 senelik asistanlık sürecini bitirmek gerekmektedir. Bu eğitimin içinde 18 aylık rotasyon süreci de yer almaktadır. Bu rotasyonlar kapsamında dahili tıp,

çocuk hastalıkları, dermatoloji, göğüs hastalıkları, kadın doğum, psikiyatri, kardiyoloji, seçmeli ve acil tıp bölümleri yer alır. Sonraki süreçte bakanlık tarafından gerekli eğitimleri alıp sahada aktif aile hekimliği hizmeti veren pratisyen hekimlerimize, Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı adında yine tıpta uzmanlık sınavına girip yeterli puanı alarak 6 senelik asistanlık sürecini bitirip uzmanlık unvanını alabilmeleri hakkı tanınmıştır. Bu eğitim programları hazırlanırken vatandaşların devamlı değişkenlik gösteren sağlık ihtiyaçları da önemsenmeli ve eğitim içeriğinin değişikliklere açık olması sağlanmalıdır (www.tuk.saglik.gov.tr/muf2/aile_hekimligi.doc, Erişim tarihi: 18 Ocak 2024; Görpelioğlu ve ark., 1995).

2.4. Sağlık Sisteminde Sevk Zinciri ve Önemi

Hasta sevk; sağlık kuruluşlarının herhangi bir basamağında görevli bir sağlık çalışanının elindeki imkan, beceri ve malzeme eksiklikleri gibi sebeplerle, hastanın kliniğini yönetebilmek ve hastanın iyiliği için, ilgili kişinin sorumluluğunu genelde kendisinden üst basamak veya kendisinden daha fazla imkana sahip olan bir sağlık kuruluşuna devretmesi işidir. Bu hizmet ile farklı sağlık personelleri arasında kurulan iletişim, insanların ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarından en etkili ve faydalı bir şekilde yararlanmasını sağlar. Hasta sevklerinde en önemli nokta, sevkın uygun ve gerektiği durumlarda, en doğru yere yapılabilmesi açısından, hastaların öncelikle birinci basamak hekimine muayene olmasını sağlamaktır. Bu ilk başvuru, hem kişi hem de sağlık sistemi için daha uygun maliyetlerle hastanın tedavi edilebilmesini sağlar. Öncelikle birinci basamağa başvurmak ayrıca uzman ve üst basamak sağlık hizmetlerine herkesten daha fazla ihtiyacı olan kimselerin bu hizmetlere kolay ve çabuk bir şekilde ulaşabilmesini ve kişilerin birinci basamak hizmetlerden de en etkili şekilde faydalanabilmesini sağlar. Sevk sisteminin kademeli ve etkin bir şekilde kullanılmadığı durumlarda birinci basamağa uğramadan uzman doktora başvuran hastalar uzman doktorun hasta yoğunluğunun artmasına sebep olurlar ve dolayısıyla ihtiyacı olan hastaların ilgili uzmanlıktan hizmet alabilmelerine de engel olmuş olurlar. Bu ise hem hastalar için hem de sağlık hizmetlerinin doğru uygulanabilmesi açısından problemlere neden olur (Macintyre ve ark., 2003; Rasoulynejad, 2004).

Aile hekimliğine geçiş yapmış olan ülkelerde yapılan bir araştırmada sevk sistemi ile birlikte ülkelerin sağlık harcamalarında %8 ile %80 arasında bir düşüş gözlenmiştir. Yine sevk zinciriyle birlikte üst basamaklarda yapılan poliklinik sayılarında ve acil servise başvurma oranlarında azalma gözlemlenmiştir (Laditka ve ark., 2001).

Ülkemizde 29 Eylül 2009 tarihli 2008 yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği ile birlikte 1 Kasım 2009 tarihinden itibaren Denizli, Isparta, Gümüşhane ve Bayburt vilayetlerinde zorunlu sevk zinciri pilot olarak hayata geçirilmiştir. Bunun yanında Sağlık Uygulama Tebliği'ne göre 1 Ocak 2009 tarihinden itibaren aile hekimliği uygulamasının bulunduğu bütün vilayetlerde de zorunlu sevk zinciri hayata geçirilmiştir (Bağcı ve Atasever, 2020).

2.5. Birinci Basamakta Kardiyoloji

Ateroklerotik kardiyovasküler hastalıklar (ASKVH) engellenebilir ölüm nedenleri arasında en önde gelen ve üzerine en çok tedbir alınması gereken nedenlerden bir tanesidir. Türkiye’de son yıllarda anne-çocuk sağlığı, bulaşıcı hastalıklardan korunma ve aşılama gibi konularda gösterilen çabalar sonucunda ölüm sebepleri artık bulaşıcı olmayan hastalıklar yönüne kaymaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölüm nedenlerinin de en başınca ASKVH gelmektedir. Ayrıca gelişmekte olan ülkeler sınıfında olan Türkiye gibi ülkelerde yaşam süreleri arttıkça ASKVH açısından riskte artmaktadır. ASKVH riskinden yüksek hastaların tespiti, potansiyel hastalıkların erken tespiti ile hastalıklardan korunmak ve bu riskli hastaları kayıt altına alarak takiplerini sağlamak aile hekimlerinin sorumluluğundadır. ASKVH’ın olumlu olan tarafı ise “önlenebilir” olmasıdır. ASKVH’dan korunabilmek için buna sebep olan risk faktörleri ve etmenler belirlenmiştir. Bu etkenler ve risk faktörleri arasında kilo fazlasının olması, yüksek tansiyon, şeker, obezite, sedanter yaşam, sigara, yüksek kolesterol ve dengesiz beslenme yer almaktadır. ASKVH’yi engelleyebilmek için bu etkenlerden korunabilmek gerekmektedir. Hastanın çeşitli etmenlerden dolayı ASKVH riski fazla olsa dahi düzenli ve dengeli beslenme, kararında fizik aktivite gibi basit tedbirlerle eskisine nazaran daha sağlıklı bir hayat yaşayabileceği aklımızda olmalıdır. Sağlıklı beslenme ve kararında fizik aktivite için uyarılarda bulunulan bireylerde bu konuda bilinçli olmayan bireylere oranla kardiyovasküler hastalıklar açısından daha düşük mortalite ve morbidite oranları

tespit edilmiştir. Hastalığın tedavi başarısını arttırabilmek adına hastalık riskinin erken tespiti son derece önemlidir. Değiştirilebilir risk faktörleri arasında olan kan basıncı yüksekliği, fazla kiloluluk, kandaki kolesterol ve şeker oranının yüksekliği, sigara kullanımı basitçe birinci basamak bir sağlık kuruluşunda tespit edilebilir ve erken müdahale ile ASKVH, inme gibi hayati olabilecek bu hastalıklar engellenebilir (Arnett ve ark., 2019; Şencan ve ark., 2015).

Birinci basamakta kardiyolojik anlamda en sık rastlanan hastalıklardan bazıları şunlardır:

2.5.1. Koroner arter hastalığı

Koroner arterlerden birinin ani olarak ya da yavaş bir süreç içinde biriken plaklar sonucu tıkanmasıyla meydana gelen hastalıklara koroner arter hastalığı denmektedir. Yüksek yaş, sigara, obezite, hiperlipidemi en önemli risk faktörleridir. Hastalık kendini sessiz ve ilerleyici iskemi, akut koroner sendrom ya da stabil göğüs ağrısı şeklinde gösterebilir. En yaygın semptomu göğüs ağrısıdır. Nefes darlığı, çarpıntı, mide bulantısı eşlik edebilir. Teşhis için EKG, laboratuvar testleri, miyokardiyal perfüzyon sintigrafisi, efor testi gibi yöntemler kullanılır. Tedavide yaşam tarzı değişiklikleri, bypass, anjiyografi, nitratlar, beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, antitrombositler ajanlar, statinler ve RAS blokerleri kullanılabilir (Arpacı ve ark., 2007; Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2020).

2.5.2. Hipertansiyon

Yüksek kan basıncının tespiti kardiyovasküler hastalıklar, böbrek yetmezliği, kalp yetmezliği, serebrovasküler hastalıklar gibi birçok hastalık için önemli bir risk faktörüdür. İstenilen aralık sistolik kan basıncı <140 mmHg, diyastolik kan basıncı <90 mmHg şeklindedir. Güncel veriler mevcut hipertansiyon hastalarında hedeflenen tansiyon aralığını 130-139/80-89 mmHg olarak belirler. Mevcut şeker hastalığı olanlarda bu değer <140/90 mmHg'dir. Diyetle tuz kısıtlaması yapmak büyük ölçüde tansiyonu düşürücü bir etki yapar ve ilaç kullanım miktarlarını da azaltır. Tuz kullanımında günlük 5 gramın üzerine çıkmamak ASKVH'dan korunmak için önerilir. İlaç tedavisinde diüretikler, beta blokerler, ACE inhibitörleri, kalsiyum

kanal blokerleri, alfa blokerler, anjiotensin reseptör blokerleri kullanılabilir (Kılıçkap ve ark., 2018; Quilez ve ark., 2012).

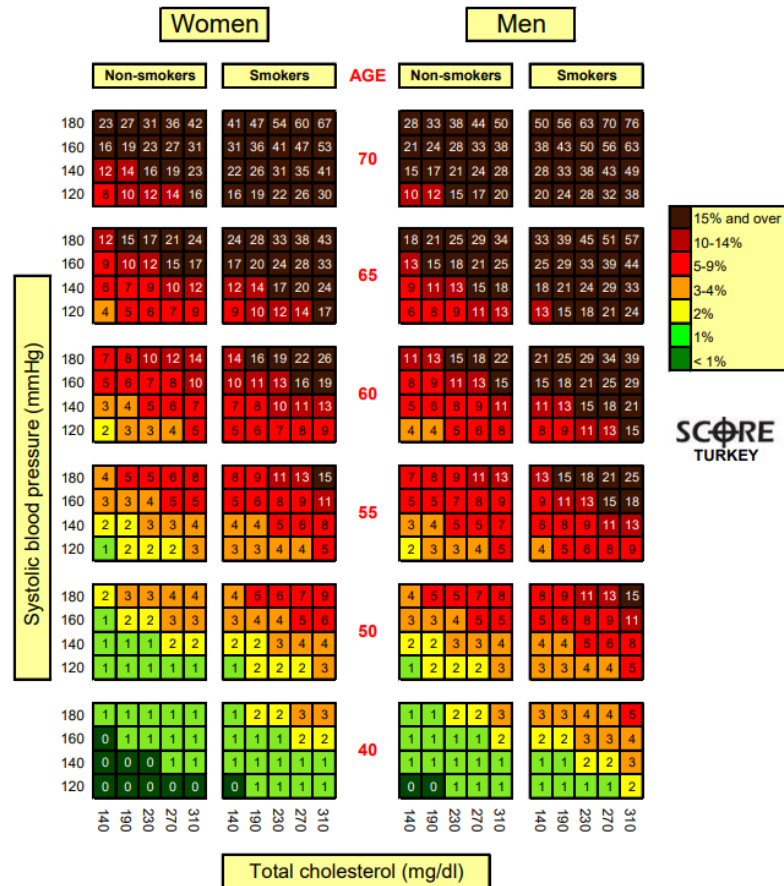
2.5.3. Dislipidemi

ASKVH için en önemli risk faktörü dislipidemilerdir. Bu sebeple dislipidemilerin tedavisi bireye özel planlanmalı ve uygulanmalıdır. LDL değerlerini düşürmek tedavideki en önemli hedeflerdendir. Ayrıca HDL düşüklüğü de ASKVH için risk faktörü oluşturur fakat HDL düzeylerini yükseltmek ASKVH'ı önlemede tek başına yeterli değildir. Dislipidemi tedavisinde hedeflerimiz bireysel anlamda değişmekle birlikte genel olarak HDL>40, LDL<115, trigliserit<150 şeklinde olmalıdır. Dislipidemi tedavisinde statinler, fibratlar ve safra asidi bağlayan reçineler kullanılabilir (Castapano ve ark., 2016; Piepoli ve ark., 2016).

2.5.4. Obezite ve metabolik sendrom

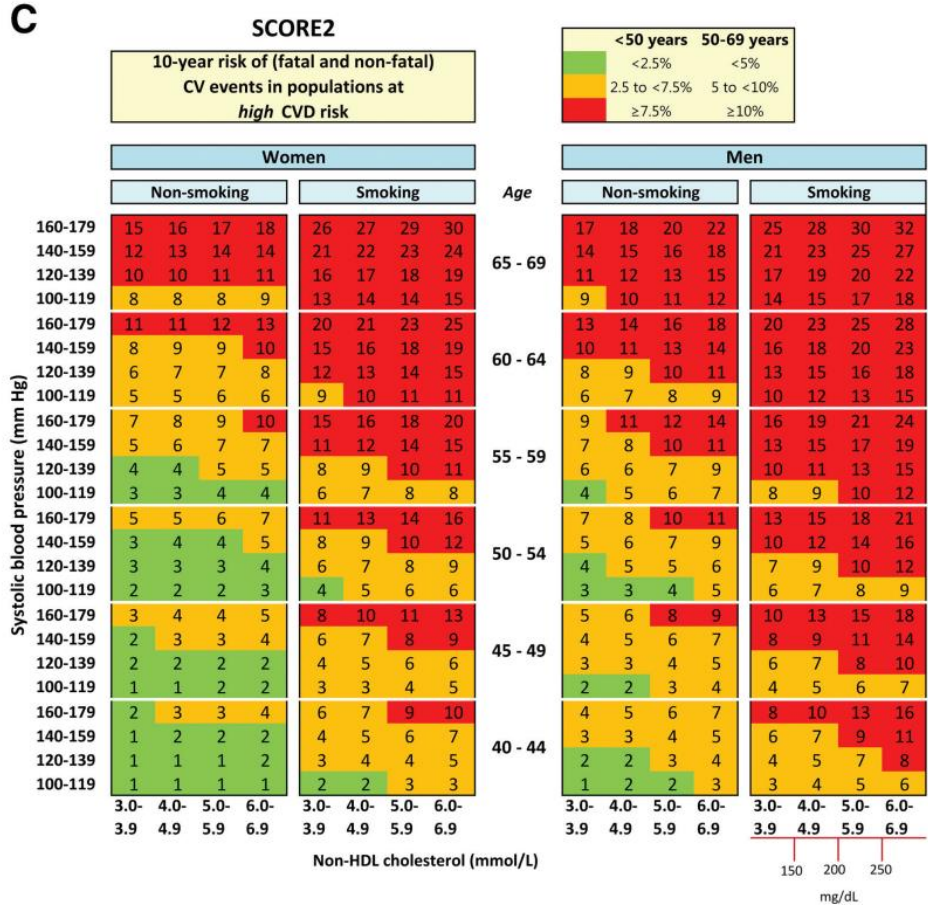
Fazla kilo ve obezite kalp damar hastalıklarında doğrudan artmış ölüm riski ile ilişkilidir. Obezite tanısı için beden kitle indeksinin 30'dan yüksek olması ve bel çevresinin erkeklerde 100 cm, kadınlarda 90 cm'den uzun olması gerekmektedir. Obez veya aşırı kilolu hastalara kan şekeri, kan lipid düzeyleri ve tansiyon üzerindeki olumlu etkilerinden dolayı mutlaka kilo vermeyi önermeliyiz. Kilo verebilmek içinse düzenli bir beslenme listesi ve haftada en az üç sefer ve en az 30 dakika olacak şekilde bir fizik aktivite gereklidir. Orta tempoda yürüyüş bu anlamda önerilebilecek faydalı aktivitelerden birisidir. Metabolik sendrom ise bel çevresinin erkeklerde 102 cm, kadınlarda 88 cm'den büyük olması, trigliseritin >150 olması, HDL'nin kadınlarda <50, erkeklerde <40 olması, kan basıncının 130/85'ten büyük olması ve açlık kan şekerinin >100 olması ile ortaya çıkan bir durumdur. Metabolik sendrom diyabet ve KAH için ciddi bir risk faktörüdür (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2019; Ural ve ark., 2018).

Kardiyovasküler hastalıklarda riskli kişilerin erken tespiti koruyucu hekimlik için önemli bir yer tutmaktadır. Bu kişilerin tespitinde SCORE, SCORE 2, PROCAM, Interheart vs. birçok risk analiz sistemi geliştirilmiştir. Türkiye’de birinci basamak sağlık kuruluşlarında pratik anlamda kullanılması basit olan SCORE risk tablosu tercih edilir. SCORE risk tablosunda kan basıncı, yaş, kan kolesterol düzeyleri, cinsiyet ve sigara içip içmeme durumu bilgileri kullanılarak 10 yıllık kardiyovasküler hastalık risk ihtimalini tespit eder. Bu ihtimal sadece kalp damar hastalıklarının ihtimalini değil bütün damar tıkanıklıklarına bağlı oluşabilecek ölüm oranlarını hesaplar. SCORE tablosuna göre bulunan risk oranı $<1\%$ ise az riskli, $1-4\%$ arasında ise orta riskli, $5-9\%$ arasında ise fazla riskli, $>10\%$ ise çok yüksek riskli olarak yorumlanmaktadır (Graham, 2006).



Şekil 2.2. SCORE risk tablosu (Türkiye Kardiyoloji Derneği, 2024)

SCORE 2 risk tablosu ise yine SCORE tablosundaki parametrelerle kullanılmaktadır. Farklı olarak SCORE 2 risk tablosu Avrupa ülkelerini 4 kategoriye ayırıp risk hesaplamasını buna göre yapmaktadır. Türkiye bu kategorilerde yüksek riskli ülkeler arasında olan C kategorisindedir. SCORE 2 risk tablosuna göre 50 yaş altı bireylerde <%2,5 ise düşük-orta riskli, %2,5-7,5 yüksek riskli, %7,5 ve üzeri ise çok yüksek riskli olarak yorumlanır (Graham, 2006).



Şekil 2.3. SCORE 2 C skalası risk tablosu (Avrupa Kalp Dergisi, 2021)

3-GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışmamız, kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların birinci basamakta yönetilebilirliğinin araştırılması amacıyla yapılan kesitsel tipte, tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmamız Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde kardiyoloji polikliniğindeki bekleme alanında bekleyen hastalar ile 01/05/2023-30/06/2023 tarih aralığında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmamızın evrenini, Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalar oluşturmaktadır.

Araştırmamızda belirli bir örneklem tipi kullanılmamış olup, çalışmamız Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde kardiyoloji polikliniğine başvuran 458 gönüllü hasta ile gerçekleştirilmiştir.

3.4. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi

Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan anket formu 24 sorudan oluşmaktadır. Üç uzman hekim tarafından denetlenen ve uygun bir 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 sosyodemografik verileri içermektedir. İkinci bölümde hastaların aile hekimliğine başvurma sıklıkları ve hastaların kardiyolojik açıdan özgeçmişleri ile birlikte başvuru şikayetleri sorgulanmıştır. Üçüncü bölümde kardiyoloji polikliniğinden önce aile hekimliğine başvuran hastaların aile hekimince yürütülen yönetim süreci ile aile hekimliğine başvurmayan hastaların başvurmama sebepleri sorgulanmıştır. Dördüncü bölüm ise kardiyoloji polikliniğindeki doktor tarafından istenen; görüntüleme yöntemleri,

laboratuvar tahlilleri ve sevk durumları gibi hastanın yönetim sürecini kapsayan konuları içermektedir. Muayene sonrasında kardiyoloji uzman hekimine sorulan hastanın değerlendirilmesine dair sorular ile anket tamamlanmaktadır (Ek-2: Anket formu).

3.5. Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel analizinde için SPSS v20,0 (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20,0; Armonk, NY, USA) paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı değişkenler için nitel değişkenlerde sayı (n) ve yüzde (%), nicel değişkenlerde ortalama $\pm$ standart sapma ve ortanca (1.çeyreklik-3.çeyreklik) değerleri kullanılmıştır. İki farklı nitel değişkenin birbiri ile ilişkisinin incelenmesinde ki-kare testleri kullanılmıştır. Dört gözlü (2x2) tablolarda en küçük beklenen değer <5 ise Fisher'in kesin testi, ≥ 5 ve ≤ 25 ise Yate's düzeltmeli ki-kare testi, >25 ise Pearson ki-kare testi kullanıldı. Rxc şeklindeki tablolarda beklenen değeri 5'in altında olan göz sayısı, tüm göz sayısının %20'sinden az olduğunda Pearson ki-kare testi kullanılırken, fazla olduğu durumlarda gruplarda birleştirmeye gidilmiş veya analiz yapılmamıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmamız Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi kardiyoloji polikliniklerinde belirli bir zaman aralığında yapıldığından dolayı çıkan sonuçlar tüm Türkiye'ye genellenemez. Anket çalışmalarının içerdiği genel kısıtlılıkları içerir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 07/11/2022 tarihli 305 numaralı onayı ile gerçekleştirilmiştir (Ek-1: Etik kurul formu). Katılımcılara araştırmanın amacı, verecekleri cevapların gizliliği ve bizim verileri işlememiz hakkında bilgilendirme yapıldıktan sonra gönüllü olmayı kabul eden katılımcılar örneklem kapsamına dahil edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmamıza Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi kardiyoloji polikliniğine başvuran 458 hasta katılmıştır. Araştırmaya katılan 458 katılımcıdan %44,8'i (205) erkek, %55,2'si (253) kadındı. Katılımcıların yaş ortalaması $51,00 \pm 15,65$ yıl, yaş ortancası 52,00 [40,00-63,00] yıldı.

Araştırmaya katılan katılımcılardan en küçüğü 18, en büyüğü 85 yaşındaydı. Katılımcıların %75,5'i (346) evli, %11,4'ü (52) bekardı. Araştırmaya katılan hastaların %43,2'si (198) belde-köy, %39,3'ü (180) ilçe merkezinde ikamet etmekteydi. Katılımcıların %44,1'i (202) üniversite mezunu veya daha yüksek eğitim düzeyine sahipken, %31,8'ü (146) ilk-ortaokul mezunuydu. Araştırmaya katılanların %65,7'si (301) ekonomik durumunu orta olarak değerlendirirken, %32,8'i (150) düşük olarak değerlendirmekteydi. Katılımcıların %69,4'ü (318) ise çalışmıyordu. Bu istatistiklere ait kalan veriler Tablo 4.1'de detaylıca gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri dağılımı

	Sayı (n=458)	(%)
Cinsiyet		
Erkek	205	44,8
Kadın	253	55,2
Medeni Durum		
Evli	346	75,5
Bekar	52	11,4
Dul	50	10,9
Boşanmış	10	2,2
İkamet Yeri		
İl merkezi	80	17,5
İlçe merkezi	180	39,3
Köy-Belde	198	43,2

Tablo 4.1. Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri dağılımı (devam)

	Sayı (n=458)	(%)
Eğitim		
Okur-yazar değil	25	5,5
İlk-ortaokul mezunu	146	31,8
Lise mezunu	85	18,6
Üniversite ve üzeri	202	44,1
Ekonomik Durum		
Düşük	150	32,8
Orta	301	65,7
Yüksek	7	1,5
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	140	30,6
Çalışmıyor	318	69,4

Araştırmaya katılanların %49,6'sının (227) herhangi bir sağlık probleminde ilk başvurduğu merkez aile sağlığı merkezi iken, %47,2'sinin (216) devlet hastanesi polikliniğidir. Katılımcıların aile sağlığı merkezine gitme sıklıkları incelendiğinde; %47,0'ı (215) yılda birkaç kez gittiğini , %38,4'ü (176) ise ayda bir kez gittiğini ifade etmektedir. Bu istatistiklere ait kalan veriler Tablo 4.2'de detaylıca gösterilmiştir.

Tablo 4.2. Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların aile sağlığı merkezi tercih özellikleri

	Sayı (n=458)	(%)
Herhangi Bir Sağlık Probleminde İlk Başvurulan Merkez		
Aile sağlığı merkezi	227	49,6
Devlet hastanesi	216	47,2
Özel hastane	15	3,2

Tablo 4.2. Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların aile sağlığı merkezi tercih özellikleri (devam)

	Sayı (n=458)	(%)
Aile Sağlığı Merkezine Gitme Sıklığı		
Hiç gitmeyenler	54	11,8
Haftada bir kez gidenler	13	2,8
Ayda bir kez gidenler	176	38,4
Yılda birkaç kez gidenler	215	47,0

Araştırmaya katılanlardan %17,7'si (81) kardiyoloji polikliniğe rutin kontrol için, %17,0'ı (78) göğüs ağrısı için, %13,5'i (62) ise kalp çarpıntısı için başvurmuştur. Bu istatistiklere ait kalan veriler Tablo 4.3'te detaylıca gösterilmiştir.

Tablo 4.3. Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların başvuru nedenleri

	Sayı (n=458)	(%)
Kardiyoloji Polikliniğine Başvuru Şikayeti/Nedeni		
Rutin kontrol	81	17,7
Göğüs ağrısı	78	17,0
Kalp çarpıntısı	62	13,5
INR düzeyi baktırma	54	11,8
İlaç raporu çıkartma	50	10,9
Nefes darlığı	48	10,5
İlaç yazdırma	27	5,9
Tansiyon	25	5,5
Çabuk yorulma	22	4,8
Ayaklarda şişlik	6	1,3
Diğer	5	1,1

Katılımcıların %67,2'sinin (308) kardiyoloji polikliniğine ilk başvurusu değildi. Araştırmaya katılanların %19,5'inin (89) koroner arter hastalığı, %18,1'inin (83) hipertansiyon hastalıkları bulunmaktaydı. Diğer hastalıklar ve yüzdeleri tabloda yer almaktadır. Katılımcıların %40,2'sinin (184) ise bilinen bir kardiyolojik hastalık tanısı bulunmamaktaydı. Araştırmaya katılanların %78,8'i (361) aile hekimine

başvurmadan kardiyoloji polikliniğine başvurmuştu. Bu istatistiklere ait kalan veriler Tablo 4.4'te detaylıca gösterilmiştir.

Tablo 4.4. Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalara ait bazı veriler

	Sayı (n=458)	(%)
Kardiyoloji Polikliniğine Başvuru Sayısı		
İlk başvuru	150	32,8
İlk başvuru değil	308	67,2
Bilinen Kardiyolojik Hastalık Tanısı		
Bilinen kardiyolojik hastalığı yok	184	40,2
Koroner arter hastalığı	89	19,5
Hipertansiyon	83	18,1
Ritim bozukluğu	43	9,4
Kapak ameliyatı	31	6,8
Kapak yetmezliği	12	2,6
Hiperlipidemi	8	1,7
Kalp duvar defekti	4	0,9
Kalp yetmezliği	2	0,4
Miyokardit	2	0,4
Kardiyoloji Polikliniği Öncesi Aynı Şikayet İle Aile Hekimine Başvuru Durumu		
Başvuranlar	97	21,2
Başvurmayanlar	361	78,8

Kardiyoloji polikliniği başvurusu öncesi aile hekimine başvuran 97 hastanın %35,1'i (34) aile hekimi tarafından muayene edildiğini, %22,7'si (22) ise aile hekiminin tahlil yaptığını ifade etmektedir. Diğer uygulamalar ve yüzdeleri tabloda yer almaktadır. Kardiyoloji polikliniğine başvuran ve öncesinde aile hekimliğine gitmiş hastaların %94,8'i (92) sevkli gelmişlerdir. Kardiyoloji polikliniği başvurusu öncesi aile hekimine başvuran 97 hastanın %79,4'ü (77) aile hekiminin yaklaşımından memnun kalmıştır. Bu istatistiklere ait kalan veriler Tablo 4.5'te detaylıca gösterilmiştir.

Tablo 4.5. Kardiyoloji polikliniği öncesi aile hekimine başvuran hastaların aldığı hizmetin özellikleri ve memnuniyet durumları

	Sayı (n=97)	(%)
Aile Hekiminin Muayene Etme Durumu		
Evet	34	35,1
Hayır	63	64,9
Aile Hekiminin Tahlil Yapma Durumu		
Evet	22	22,7
Hayır	75	77,3
Aile Hekiminin Tedavi Başlama Durumu		
Evet	8	8,2
Hayır	89	91,8
Aile Hekiminin Mevcut Tedaviyi Düzenleme Durumu		
Evet	4	4,1
Hayır	93	95,9
Aile Hekiminin Yaşam Tarzı Değişikliği Önerme Durumu		
Evet	21	21,6
Hayır	76	78,4
Aile Hekiminin Hastayı Sevk Etme Durumu		
Evet	92	94,8
Hayır	5	5,2
Aile Hekiminin Yaklaşımından Memnun Kalma Durumu		
Evet	77	79,4
Hayır	20	20,6

Kardiyoloji polikliniğine gelmeden önce aynı şikayet ile aile hekimine başvurmamayan 361 hastadan; %62,6'sı (226) kardiyoloji uzmanına muayene olmak istediği için, %24,9'u (90) ASM'de hastalığı ile ilgili yeterli hizmet sunulamayacağını düşündüğü için aile hekimine başvurmamıştır. Bu istatistiklere ait kalan veriler Tablo 4.6'da detaylıca gösterilmiştir.

Tablo 4.6. Kardiyoloji polikliniği öncesinde aile hekimine başvurmaya hastaların başvurmama nedenleri

	Sayı (n=361)	(%)
Aile Hekimine Başvurmama Nedenleri		
Kardiyoloji uzmanına muayene olma isteği	226	62,6
Aile sağlığı merkezinde hastalığıyla ilgili yeterli hizmetin sunulamayacağını düşünme	90	24,9
Aile hekiminin bu konuda yetersiz olduğunu düşünme	69	19,1
Yıllardır aynı doktora muayene olma	65	18,0
Aile hekimini tanımama	24	6,6
Konum olarak devlet hastanesinin daha yakın olması	2	0,6

Not: Bir katılımcı birden fazla neden belirtebilmektedir.

Araştırmaya katılanların %50,9'u (233) aile hekiminin kardiyoloji ile ilgili bazı tahlil ve tetkikleri isteyebildiğini, %68,3'ü (313) ise aile hekiminin bazı kardiyoloji ilaçlarını yazabildiğini bilmektedir. Bu istatistiklere ait kalan veriler Tablo 4.7'de detaylıca gösterilmiştir.

Tablo 4.7. Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların aile hekiminde alabileceği hizmetler hakkındaki bilgileri

Aile Hekiminin Kardiyoloji İle İlgili Bazı Tahlil ve Tetkikleri İsteyebildiğini Bilme Durumu	Sayı (n=458)	(%)
Evet	233	50,9
Hayır	225	49,1
Aile Hekiminin Bazı Kardiyoloji İlaçlarını Yazabildiğini Bilme Durumu		
Evet	313	68,3
Hayır	145	31,7

Araştırmaya katılan hastalara kardiyoloji polikliniğinde konulan tanıları incelendiğinde; %21,8'ine (100) kardiyolojik bir tanı konulmadı. Hastaların %16,6'sına (76) kalp kapak hastalığı, %12,9'una (59) koroner arter hastalığı tanıları konuldu. Bu istatistiklere ait kalan veriler Tablo 4.8'da detaylıca gösterilmiştir.

Tablo 4.8. Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalara poliklinikte konulan tanıların dağılımı

	Sayı (n=458)	(%)
Kardiyoloji Uzmanının Tanısı		
Kardiyolojik tanı konulmadı	100	21,8
Atrial fibrilasyon	38	8,3
Hiperlipidemi	31	6,8
Başka polikliniğe sevk	44	9,6
Ritim bozukluğu	47	10,3
Hipertansiyon	55	12,0
Koroner arter hastalığı	59	12,9
Kalp kapak hastalığı	76	16,6
Diğer	8	1,7

Araştırmaya katılan hastaların %63,3'ü (290) için kardiyoloji uzmanı tahlil/tetkik ihtiyacı duymamıştır. Katılımcıların %52,2'sinden (239) kardiyoloğun eko-efor testi gibi testler istemediği belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %80,6'sını (369) kardiyoloji uzmanı kardiyak patoloji düşünmeyip başka bir bölüme sevk etmiştir. Hastaları muayene eden kardiyoloji uzmanlarının değerlendirmelerine göre birinci basamakta; hastaların %36,7'sinin (168) tanısı konulup yönetilebilirdi, %18,6'sı (85) laboratuvar/test imkanı yetersizliğinden dolayı yönetilemezdi. Bu istatistiklere ait kalan veriler Tablo 4.9'da detaylıca gösterilmiştir.

Tablo 4.9. Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların aldığı sağlık hizmetinin özellikleri ve birinci basamakta yönetilebilme durumları

	Sayı (n=458)	(%)
Kardiyoloji Uzmanı Tahlil/Tetkik İhtiyacı Duydu mu?		
Evet	168	36,7
Hayır	290	63,3
Kardiyoloji Uzmanı Eko/Efor Gibi Testler İstedi mi?		
Evet	219	47,8
Hayır	239	52,2

Tablo 4.9. Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların aldığı sağlık hizmetinin özellikleri ve birinci basamakta yönetilebilme durumları (Devam)

	Sayı (n=458)	(%)
Kardiyoloji Uzmanının Kardiyak Patoloji Düşünmeyip		
Başka Bir Bölüme Sevk Etti mi?		
Evet	89	19,4
Hayır	369	80,6
Kardiyoloji Uzmanına Göre Hastanın		
Birinci Basamakta Yönetilebilme Durumu		
Tanısı konulup yönetilebilirdi	168	36,7
Tanısı konulabilirdi ancak ilaçlar SGK kapsamında olmadığı için yönetilemezdi	68	14,8
Laboratuvar/test imkanı olmadığından yönetilemezdi	85	18,6
Görüntüleme yapılamadığından yönetilemezdi	63	13,8
Uzmanlık bilgisi gerektirdiği için yönetilemezdi	56	12,2
Girişimsel işlem gerektirdiği için yönetilemezdi	18	3,9

Araştırmaya katılanlardan erkek cinsiyettekilerin %53,2'si (109) ilk başvuracakları sağlık kurumu için ASM'leri tercih ederken, %43,9'u (90) devlet hastanelerini tercih etmektedir. Kadın cinsiyettekilerin %46,6'sı (118) ASM'leri, %49,8'i (126) devlet hastanelerini tercih etmektedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0,378$). Katılımcılardan okuryazar olmayanların %60,0'ı (15) ilk başvuracakları sağlık kurumu için ASM'yi tercih etmektedir. İlkokul-ortaokul mezunu olanların %55,5'i (81) ilk başvuracakları sağlık kurumu olarak ASM'yi, %41,1'i (60) devlet hastanelerini tercih etmektedir. Lise mezunu olanların %47,1'i (40) ilk başvuracakları sağlık kurumu olarak ASM'yi, %50,6'sı (43) devlet hastanelerini tercih etmektedir. Üniversite mezunu olan veya daha üzeri bir eğitim seviyesine sahip olanların %45,0'ı (91) ilk başvuracakları sağlık kurumu olarak ASM'yi, %51,0'ı (103) devlet hastanelerini tercih etmektedir. Gruplar arasında analiz yapabilmek için yeterli veri mevcut değildir. Araştırmaya katılanlardan köy-beldede ikamet edenlerin %54,0'ı (107) ilk başvuracakları sağlık kurumu olarak ASM'yi, %44,4'ü (88) devlet hastanelerini tercih etmektedir. İlçe merkezinde ikamet edenlerin %47,2'si (85) ilk başvuracakları sağlık kurumu olarak ASM'yi, %49,4'ü

(89) devlet hastanelerini tercih etmektedir. İl merkezinde ikamet edenlerin %43,8'i (35) ilk başvuracakları sağlık kurumu olarak ASM'yi, %48,8'i (39) devlet hastanelerini tercih etmektedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcut değildir (p=0,080). Katılımcılardan ekonomik seviyesi düşük olanların %53,3'ü (80) ilk başvuracakları sağlık kurumu olarak ASM'yi, %45,3'ü (68) devlet hastanelerini tercih etmektedir. Ekonomik seviyesi orta olanların %48,8'i (147) ilk başvuracakları sağlık kurumu olarak ASM'yi, %47,5'i (143) devlet hastanelerini tercih etmektedir. Ekonomik seviyesi yüksek olanların %71,4'ü (5) ilk başvuracakları sağlık kurumu olarak devlet hastanelerini, %28,6'sı (2) özel hastaneleri tercih etmektedir. Gruplar arasında analiz yapabilmek için yeterli veri mevcut değildir. Bu istatistiklere ait kalan veriler Tablo 4.10'da detaylıca gösterilmiştir.

Tablo 4.10. Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların bazı sosyodemografik özellikleri ile ilk başvurdukları sağlık kurumları arasındaki ilişki

		İlk Başvurulan Kurum			* p
		ASM n (%)	Devlet Hastaneleri n (%)	Özel Hastaneler n(%)	
Cinsiyet (n=458)	Kadın	118 (46,6)	126 (49,8)	9 (3,6)	0,378
	Erkek	109 (53,2)	90 (43,9)	6 (2,9)	
Eğitim (n=458)	Okuryazar değil	15 (60,0)	10(40,0)	-	#
Durum (n=458)	İlk-ortaokul mezunu	81 (55,5)	60 (41,1)	5 (3,4)	
	Lise mezunu	40 (47,1)	43 (50,6)	2 (2,4)	
	Üniversite ve üzeri mezunu	91 (45,0)	103 (51,0)	8 (4,0)	
İkamet (n=458)	Köy-Belde	107 (54,0)	88 (44,4)	3 (1,5)	0,080
Yeri (n=458)	İlçe merkezi	85 (47,2)	89 (49,4)	6 (3,3)	
	İl merkezi	35 (43,8)	39 (48,8)	6 (7,5)	
Ekonomik (n=458)	Düşük	80 (53,3)	68 (45,3)	2 (1,3)	#
Durum (n=458)	Orta	147 (48,8)	143 (47,5)	11 (3,7)	
	Yüksek	-	5 (71,4)	2 (28,6)	

*Veriler analiz yapmaya uygun değildir. *Pearson kıkare testi ASM: Aile Sağlığı Merkezi

Kardiyoloji polikliniğine başvuran katılımcılardan daha önce konulmuş kardiyolojik hastalık tanısı olmayanların %27,0'ı (74) birinci basamakta yönetilebilirken, kardiyolojik tanısı olmayanların %51,1'i (94) birinci basamakta yönetilebilecek hastalardır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Katılımcılardan aile hekiminin kardiyoloji ile ilgili bazı tahlil ve tetkikleri isteyebildiğini bilenlerde birinci basamakta yönetilebilme sıklığı %20,6 (40) iken, bilmeyenlerde %53,3'tür (120). İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur ($p<0,001$). Araştırmaya katılanlardan aile hekiminin bazı kardiyoloji ilaçlarını yazabildiğini bilenlerin %27,2'si (85) birinci basamakta yönetilebilirken, bilmeyenlerin %57,2'si (83) birinci basamakta yönetilebilecek hastalardır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Bu istatistiklere ait kalan veriler Tablo 4.11'de detaylıca gösterilmiştir.

Tablo 4.11. Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların kardiyolojik hastalık tanısı olma durumu ve aile sağlığı merkezinde verilen hizmetleri bilme durumları ile başvurularının birinci basamakta yönetilebilmesi arasındaki ilişki

				Birinci Basamakta Yönetilebilme		*p
				Evet n (%)	Hayır n (%)	
Daha Önce Konulmuş Kardiyolojik Hastalık Tanısı (n=458)			Evet	74 (27,0)	200 (73,0)	<0,001
			Hayır	94 (51,1)	90 (48,9)	
Aile Hekiminin Kardiyoloji İle İlgili Bazı Tahlil ve Tetkikleri İsteyebildiğini Bilme Durumu (n=458)			Evet	40 (20,6)	185 (79,4)	<0,001
			Hayır	120 (53,3)	105 (46,7)	
Aile Hekiminin Bazı Kardiyoloji İlaçlarını Yazabildiğini Bilme Durumu (n=458)			Evet	85 (27,2)	228 (72,8)	<0,001
			Hayır	83 (57,2)	62 (42,8)	

*Pearson Kikare testi

Kardiyoloji polikliniği öncesi aile hekimine başvuran ve aile hekimi tarafından kardiyoloji polikliniğine sevk edilen 92 hastanın %83,7'si (77) birinci basamakta yönetilemeyecek hastalardır. Aile hekimine başvurmayan 361 hastanın %42,1'i (152)

birinci basamakta yönetilebilecek hastalardır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Bu istatistiklere ait kalan veriler Tablo 4.12’de detaylıca gösterilmiştir.

Tablo 4.12. Kardiyoloji polikliniği öncesi aile hekimine başvuran ve kardiyoloji polikliniğine sevk edilen hastalarla aile hekimine başvurmayan hastaların birinci basamakta yönetilebilme durumları arasındaki ilişki

	Birinci Basamakta Yönetilebilme		* p
	Evet n (%)	Hayır n (%)	
Aile Hekiminin Kardiyoloji Polikliniğine Sevk Ettiği Hastalar (n=92)	15 (16,3)	77 (83,7)	<0,001
Aile Hekimine Başvurmayan Hastalar (n=361)	152 (42,1)	209 (57,9)	<0,001

*Pearson Kikare testi

Araştırmaya katılanlardan aile hekimine başvurmama nedeni; kardiyoloji uzmanına muayene olma isteği olanların %50,4’ü (114), aile hekiminin bu konuda yetersiz olduğunu düşünme olanların %72,5’i (50) birinci basamakta yönetilebilecek hastalardır. Bu istatistiklere ait kalan veriler Tablo 4.13’te detaylıca gösterilmiştir.

Tablo 4.13. Kardiyoloji polikliniğine başvuru öncesi aile hekimine başvurmayan hastaların birinci basamakta yönetilebilme durumuna göre aile hekimine başvurmama nedenleri

Aile Hekimine Başvurmama Nedenleri	Birinci Basamakta Yönetilme Durumu	
	Yönetilebilirdi n (%)	Yönetilemezdi n (%)
Kardiyoloji uzmanına muayene olma isteği	114 (50,4)	112 (49,6)
ASM’de hastalığıyla ilgili yeterli hizmetin sunulamayacağı düşüncesi	12 (13,3)	78 (86,7)

Tablo 4.13. Kardiyoloji polikliniğine başvuru öncesi aile hekimine başvurmaya hastaları birinci basamakta yönetilebilme durumuna göre aile hekimine başvurmama nedenleri (Devam)

Aile Hekimine Başvurmama Nedenleri	Birinci Basamakta Yönetilme Durumu	
	Yönetilebilirdi n (%)	Yönetilemezdi n (%)
Aile hekiminin bu konuda yetersiz olduğunu düşünme	50 (72,5)	19 (27,5)
Yıllardır aynı doktora muayene olma	33 (50,8)	32 (49,2)
Aile hekimini tanımama	15 (62,5)	9 (37,5)
Konum olarak devlet hastanesinin daha yakın olması	-	2 (100,0)

ASM: Aile sağlığı merkezi

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Aile hekimliği sisteminin ÷lkemizde uygulanmaya başlaması sağlık sisteminin işleyişini bütününden değiştiren önemli bir gelişmedir. Doğru ve etkin kullanılabilen bir aile hekimliği sistemi ikinci ve üçüncü basamak hastanelerdeki iş yükünü ciddi miktarda azaltacaktır. Hastaların hastalıklarıyla alakalı ilk olarak aile hekimliklerini ziyaret etmeleri hem kendilerini her yönüyle tanıyan bir hekim tarafında tedavi edilebilmelerine hem de gerektiği durumlarda en doğru uzmanlık alanlarına sevk edilebilmelerine olanak sağlar. Ülkemizde aile hekimliği sisteminin etkin bir şekilde işlememesinin sonucunda aile hekimince tedavi olabilecek olan hastaların ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında tedavi olmaktadır. Ayrıca ilk olarak aile hekimliğini ziyaret etmeyen hastalar yanlış uzmanlık alanlarına randevu alarak hem tedavide gecikmelere yol açmakta hem de hastanelere gereksiz yoğunluğa yol açarak ihtiyacı olan hastaların randevu bulmalarını geciktirmeye sebep olmaktadır. Bu çalışmamızda kardiyoloji polikliniklerine başvuran hastaların ne oranda aile hekimliklerinde yönetilebileceğini araştırmayı ve bu hastaların ASM'lere başvurma durumlarını sorgulayarak aile hekimliği sisteminin etkin bir şekilde kullanılması hususunda bir farkındalık oluşturabilmeyi amaçlıyoruz.

Çalışmamızda hastaların yaklaşık yarısının herhangi bir sağlık probleminde ilk tercih ettiği merkezin aile hekimliği olduğu tespit edilmiştir. Kardiyoloji polikliniği öncesi aile hekimine başvuran hastaların büyük bir çoğunluğunun aile hekiminin kendisine olan yaklaşımından memnun olduğu belirlenmiştir. Yine çalışmamızda hastaların büyük bir çoğunluğunun kardiyoloji polikliniğinden önce aile hekimine başvurmadıkları gözlenmiştir. Çalışmamıza katılan hastalardan; daha önce konulmuş kardiyolojik hastalık tanısı olan hastaların, aile hekiminin kardiyoloji ile ilgili bazı tahlil ve tetkikleri isteyebildiğini bilen hastaların, aile hekiminin bazı kardiyoloji ilaçlarını yazılabildiğini bilen hastaların ve aile hekiminin kardiyoloji polikliniğine sevk ettiği hastaların birinci basamakta yönetilemeyeceği istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çalışmamıza göre bilinen kardiyolojik hastalığı olmayanların yaklaşık yarısı birinci basamakta yönetilebilirdi. Kardiyoloji

uzmanlarına göre çalışmamıza katılan hastaların yaklaşık üçte biri aslında birinci basamakta yönetilebilecek olan hastalardı. ASM'nin hastalığıyla ilgili kendisine yeterli hizmeti sunamayacağını düşünenlerin, aile hekimini hastalığıyla ilgili mesleki beceri anlamında yetersiz bulanların, aile hekiminin tanımayanların ise birinci basamakta yönetilebilme oranları oldukça yüksek bulunmuştur.

Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalarla ilgili uzmanların görüşleri alındığında; yaklaşık üçte birinin birinci basamakta yönetilebilir hastalar olduğu, sadece ilaçları SGK tarafından karşılanmadığı için birinci basamakta yönetilemeyecek olan hastalar da dahil edildiğinde poliklinik başvurularının yaklaşık yarısının birinci basamakta yönetilebileceği görülmektedir. Dr. Türkmen'in diyabet polikliniğinde yaptığı benzer bir çalışmada dahiliye uzmanlarına göre hastaların yarısına yakını aile hekimliğince yönetilebilecek olan hastalardı. Yine Dr. Akgüneş'in fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniğinde yaptığı bir çalışmada bu oranlar çok daha yüksek olarak bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalarda bulunan yüksek oranlar; hastanelere ciddi miktarda gereksiz başvurunun olduğunu ve hastanelerdeki iş yükünün aile hekimliklerinin daha aktif kullanılmasıyla birlikte azalacağını göstermektedir (Akgüneş, 2023; Türkmen, 2023).

Yaptığımız çalışmada daha önceden kardiyolojik hastalık tanısı olanların çoğunun birinci basamakta yönetilemeyecek hastalar olduğu görülürken, önceden kardiyolojik tanısı olmayanların ise yaklaşık yarısının birinci basamakta yönetilebileceği görülmüştür. Dr. Delice'nin ortopedi polikliniğinde yapmış olduğu benzer bir çalışmada bizim çalışmamızla benzer şekilde daha önceden kronik hastalığı olanların çoğunun, bilinen kronik hastalığı olmayanlarınsa yarısının birinci basamakta yönetilemeyecek hastalar olduğu bulunmuştur. Dr. Canbolat'ın dermatoloji polikliniğinde yaptığı çalışmada ise yine benzer oranları görmekteyiz. Bu çalışma hastalıkların ayrışmadığı evrede hastaların aile hekimliğine başvurularındaki önemi göstermektedir. Kronik hastalığı bulunmayanların sağlık problemleriyle ilgili ilk başvurularında aile hekimliklerine gelmeleri; tedavi veya sevklerinin aile hekimlerinde yapılmasını ve bu yolla hastanelerin iş yükünün azalmasını sağlayacaktır (Canbolat, 2023; Delice, 2023).

Çalışmamızın sonuçlarına göre hastaların büyük bir çoğunluğu kardiyoloji polikliniğinden önce aile hekimine başvurmadıkları anlaşılmıştır. Dr. Akgüneş'in çalışmasında bizim çalışmamızla benzer oranlarda katılımcıların sağlıklarıyla alakalı herhangi bir şikayetinde aile hekimliklerine başvurmadan önce hastanelere başvurdıkları belirlenmiştir. Dr. Delice'nin yapmış olduğu bir çalışmada ise branş hekiminden önce hastaların üçte ikisinin aile hekimlerine başvurmadıkları sonucu ortaya çıkmıştır. Benzer literatür çalışmalarında; herhangi bir sevk zorunluluğu olmadığından hastaların istedikleri polikliniklere başvuru yapabildikleri ve bu durumun ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde hasta yoğunluğuna neden olduğu görülmektedir (Akgüneş, 2023; Delice, 2023).

Çalışmamızda katılımcıların hastalıklarıyla alakalı ilk başvurdıkları merkez yaklaşık yarı yarıya oranlarda aile sağlığı merkezi ve devlet hastaneleri olarak bulunmuştur. Dr. İlhan'ın yaptığı çalışmada ise acil durumlar dışında hastaların sağlık problemleriyle alakalı ilk başvurdıkları merkezler üçte bir oranlarında devlet hastaneleri ve aile sağlığı merkezleri olarak tespit edilmiştir. Dr. Çağlayan'ın çalışmasında ise hastaların sağlık problemleriyle alakalı ilk başvurdıkları merkezin aile hekimliği olma oranları çok düşük olarak gözlenmiş, katılımcılar çoğunlukla devlet hastanelerine başvurdıklarını belirtmişlerdir. Bu veriler Türkiye'de aile hekimliği sisteminin gerektiği ölçüde kullanılmadığını, dolayısıyla sevk sisteminin gerektiği gibi işletilemediğini göstermektedir (İlhan, 2022; Çağlayan, 2020).

Çalışmamızda aile hekimliklerine başvuran hastaların aldıkları hizmetten çok yüksek oranlarda memnun kaldıkları sonucu ortaya çıkmıştır. Literatürdeki benzer çalışmalara baktığımızda Dr. Yıldız'ın yaptığı çalışmada da bizim çalışmamızla paralel olarak aile hekimlerinden memnun kalma oranları oldukça yüksek bulunmuştur. Yine Dr. Kocaöz'ün yaptığı bir çalışmada da hastaların aile hekimlerinden çok büyük oranda memnun olduğu gözlenmiştir. Katılımcıların aile hekimliklerine kolayca ulaşabilmesinin, aile hekimlerini tanıyıp güvenmesinin, aile hekimliklerinde çok sıra beklemeden işlemlerini kolayca halledebilmelerinin aile hekimlerine olan memnuniyet oranlarını arttırdığını düşünmekteyiz (Kocaöz, 2017; Yıldız, 2016).

Araştırmamızda hastaların çoğunluğu bir aile hekimince kardiyoloji ile ilgili tahlillerin ve tetkiklerin istenebildiğini bilmediği görülmüştür. Yine hastaların yaklaşık yarısına yakınının aile hekimliklerinde kardiyoloji ile ilgili bazı ilaçları yazabildiğini bilmediği görülmüştür. ASM’de verilen hizmetler hakkında bilgisi olan hastaların birinci basamakta yönetilebilirlik oranları düşük, bilgisi olmayanlarınsa birinci basamakta yönetilebilirlik oranları yüksek olarak bulunmuştur. ASM’lerde sunulan sağlık hizmetleri hakkında toplum bilinçlendirilmesi gerektiğini, bu bilinçlendirmenin belirli aralıklarla tekrar edilmesi gerektiğini ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin aktif kullanılmasıyla hastanelere yapılan gereksiz başvuruları engelleyebileceğini düşünmekteyiz. Konuyla ilgili fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Yaptığımız çalışmada aile hekiminin kardiyoloji polikliniğine sevk ettiği hastaların büyük çoğunluğunun birinci basamakta yönetilemeyecek olan hastalar olduğu görülmüştür. Kardiyoloji polikliniğine başvurmadan önce aile hekimine başvurmayan hastalarınsa neredeyse yarısının birinci basamakta yönetilebilir hastalar olduğu görülmüş olup bu iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Literatürdeki benzer çalışmalara baktığımızda Dr. Yıldız’ın çalışmasında aile hekiminden sevkle hastaneye başvuran hastaların çoğunun birinci basamakta yönetilemeyecek olan hastalar olduğu, aile hekimine başvurmayan hastalarınsa neredeyse yarısının birinci basamakta yönetilebileceği görülmüştür. Elimizdeki verilerde aile hekimlerinin sevk zincirini doğru bir şekilde kullandığı, hastalarınsa aile hekimliklerine başvurmayarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına gereksiz başvuruları arttırdığı sonucunu görmekteyiz (Yıldız, 2016).

Çalışmamızda hastaların aile hekimliğine gitmeme nedenleri arasında dörtte bir oranında ASM şartlarının yetersizliği, beşte bir oranında ise aile hekimini mesleki anlamda yeterli görmeme nedenleri öne çıkmaktadır. Dr. Akgüneş’in yapmış olduğu çalışmada çalışmamıza benzer sayılabilecek yüzdelerle aynı sonuçları görmekteyiz. Dr. Çelik’in çalışmasında ise hastaların çoğunluğu aile hekimini mesleki anlamda yetersiz bulmuş, yarısına yakını da ASM şartlarını yetersiz görmektedir. Yapılan çalışmaların arasındaki bu farklılıkların çalışmanın yapıldığı il ve hasta popülasyonundan doğan farklılıklardan olabileceğini düşünmekteyiz. ASM’lerin

donanımsal olarak güçlendirilmesinin, ASM’lerde bulunan uzman hekim sayısının arttırılmasının ve hekimlerin belirli aralıklarla bilgilerinin güncellenmesinin sunulan sağlık hizmetinin veriminin arttırılmasına katkı sağlayacağını düşünmekteyiz (Akgüneş, 2023; Çelik, 2017).

Çalışmamızda dikkat çeken bir diğer veri ise hastaların aile hekimlerini onda bir oranında tanımadıkları, aile hekimlerini hiç tanımayanların ise birinci basamaktaki yönetilebilirlik oranlarının çok yüksek oluşudur. Benzer çalışmalara baktığımızda Dr. Oyan’ın çalışmasında hastaların yaklaşık yarısının aile hekimini tanımadığını belirtmiştir. Dr. Canbolat’ın çalışmasında ise bizim çalışmamızla benzer oranlarda aile hekimlerini tanımadıkları gözlenmiştir. Aile hekimlerini tanımayan hastaların oranının ve birinci basamakta yönetilebilirlik oranlarının yüksek oluşu bizlere aile hekimliği sistemini tanıtmak noktasında daha fazla çalışma yapılması gerektiğini göstermektedir (Canbolat, 2023; Oyan, 2013).

Sonuç olarak aile hekimliği sisteminin gerektiği ölçüde uygulanmadığını, sevk zincirinin yeterince işletilemediğini ve bunun hastanelerdeki iş yükünü ve kamu sağlık giderlerini artırdığını söyleyebiliriz. Aile hekimlerince tanısı konulup tedavisi yapılabilecek olan hastalar gereksiz yere hastanelere başvurmakta ve ihtiyacı olan hastaların hastanelere başvurmalarında gecikmelere yol açmaktadır. Aile hekimliği sisteminin daha fazla tanıtılmasıyla, ASM’lerin donanım yönünden güçlendirilmesiyle ve uzman aile hekimi sayılarının arttırılmasıyla beraber aile hekimliklerinin daha fazla tercih edilebileceğini ve hastanelerdeki iş yükünün azaltılabileceğini sonucuna varmaktayız.

6. KAYNAKLAR

- Akdur, R. (2006). Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye Ve Avrupa Birliği'nde Durum Ve Türkiye'nin Birliğe Uyum, Ankara Üniversitesi Basım Evi, 2(12), s:160-163.
- Akgüneş, H. (2023). Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Polikliniğine Başvuran Hastaların Başvuru Sebeplerinin Birinci Basamakta Yönetilebilirliğinin İncelenmesi, Uzmanlık Tezi, Sakarya (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Aydın).
- Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetleri Sunumunda Yeni Açılımlar Ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, Sayıştay Dergisi, 64(6), s:33-58.
- Arpacı, M. Kardeşoğlu, E. Cebeci, B. (2007). Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Düzeyinde Kardiyovasküler Hastalıklara Yaklaşım, Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6 (5), s:380-388
- Bağcı, H. Atasever, M. (2020). Türkiye'de Sağlık Sistemi, Akademisyen Kitap Evi, 10(8), s:3-49.
- Batirel, Ö. (1993). Sağlık Hizmetleri Üretimi Ve Finansmanı Konusunda Yeni Yaklaşımlar, İstanbul Üniversitesi Elektronik Dergisi, 20(2), s:6-7.
- Canbolat, A. (2023). Dermatoloji Polikliniğine Başvuran Hastaların Birinci Basamakta Yönetilebilirliğinin İncelenmesi, Uzmanlık Tezi, Sakarya (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Aydın).
- Catapano, AL. Graham, I. De Backer, G. (2016). ESC Scientific Document Group, ESC/EAS Guidelines For The Management Of Dyslipidaemias, Eur Heart J, 37, p:2999-3058.
- Çağlayan, Ö. (2020). Acil Servis Yetişkin Yeşil Alan Hastalarının Muayene Olmak İçin Acil Servisi Tercih Etme Nedenlerinin Araştırılması Ve Bu Hasta Grubunun Aile Hekimliğine Bakış Açılarının İncelenmesi, Uzmanlık Tezi, Adana (Danışman: Uzm. Dr. Hüseyin Aksoy).
- Çelik, İ. (2017). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastaların Öncesinde Aile Hekimliği Başvurularının Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul (Danışman: Uzm. Dr. Murat Altuntaş).
- Çimen, M. (2010). Sağlık Yönetimi Ve Sağlık Yönetimi Eğitim ACU Sağlık Bil Derg. 1(10), s:136-139.
- Delice, S. Aydın, MR. Aydın, A. Kantar, CH. (2023). Ortopedi Ve Travmatoloji Polikliniğine Başvuran Hastaların Başvuru Sebeplerinin Birinci Basamakta Yönetilebilirliğinin İncelenmesi, Sakarya Tıp Dergisi, 13(4), s:549-556.

Dikici, M. Kartal, M. Alptekin, S. Çubukçu, M. Ayanoğlu, AS. Yarış, F. (2007). Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı Ve Disiplinin Tarihçesi, Türkiye Klinikleri J. Med Sci, 27(14), s:412-418.

Görpelioglu, S. Korkut, F. Aytekin, F. (1995). Family Practice In Turkey, Oxford University Press, 12(6), s:40-339.

Graham, IM. (2006). The Importance Of Total Cardiovascular Risk Assessment In Clinical Practice, Eur. J. Gen. Pract. 12(4), p:55-148.

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, (2020). Birinci Basamakta Çalışan Hekimler İçin Koroner Arter Hastalığına Yönelik İl Eğitim Rehberi, Ankara, s:10-36.

Hanağası, S. (2021). Sağlık Kurumlarında Kurumsal Performans Yönetimi: Üçüncü Basamak Sağlık Hizmeti Veren İki Hastane İçin Karşılaştırmalı Bir Analiz, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Yeter Demir Uslu).

İlhan, Ö. (2022). Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların İlk Başvuruda Aile Hekimliği Merkezi Veya Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşu Tercihlerinin İncelenmesi, Uzmanlık Tezi, Konya (Danışmanlar: Prof. Dr. Nazan Karaoğlu, Dr. Öğretim Üyesi Hatice Küçükceran).

Kılıçkap, M. Barçın, C. Göksülük, H. Karaaslan, D. Özer, N. Kayıkçıoğlu, M. Ural, D. Yılmaz, B. Abacı, A. Arıcı, M. Altun, B. Tokgözoğlu, L. Şahin, M. (2018). Data On Prevalence Of Hypertension And Blood Pressure In Turkey: Systematic Review, Meta-analysis And Meta-regression Of Epidemiological Studies On Cardiovascular Risk Factors, Turk Kardiyol Dern Ars. 46(16), p:525-545.

Kocaöz, A. (2017). Kulak Burun Boğaz Ve Baş Boyun Cerrahisi Polikliniğine Başvuran Hastaların Birinci Basamakta Yönetimi, Türk Aile Hekimliği Dergisi, 21(2), s:56-65.

Laditka, SB. Laditka, JN. (2001). Utilization, Costs And Access To Primary Care In Fee-For-Service And Managed Care Plans, J Health Soc. Policy, 13(8), p:21-39.

Macintyre, K. Lochigan, M. Letipila, F. (2003). Understanding Referral From Primary Cre Clinic in Rural Kenya; Using Health Information Systems To Prioritize Health Services, Int Health Plan Mgmt, 18(1), p:23-39.

Oyan, N. (2013). Tıp Fakültesi Hastanesine Başvuran Hastaların Aile Hekimliği Uygulaması İle İlgili Bilgi ve Düşünceleri, Uzmanlık Tezi, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Ayşe Palanduz).

Öztek, Z. Üner, S. Eren, N. (2015). Halk Sağlığı Temel Bilgileri, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 8(2), s:1480.

Piepoli, MF. Hoes, AW. Agewall, S. (2016). European Guidelines On Cardiovascular Disease Prevention In Clinical Practice: The Sixth Joint Task Force Of The European So Developed With The Special Contribution Of The European Association For Cardiovascular Prevention & Rehabilitation Atherosclerosis. 252(86), p:207-274.

Quilez, J, Salas-Salvado, J. (2012). Salt In Bread In Europe: Potential Benefits Of Reduction, Nutr Rev. 70(11), P:78-666.

Rasoulnejad, SA. (2004). Study of Self-Referral Factors In The Three Level Health Care Delivery System, Rural And Remote Health, 4(4), p:237.

Şencan, İ. Keskinçilic, B. Ekinci, B. Öztemel, A. (2015). Türkiye Kalp Damar Hastalıkları Önleme Ve Kontrol Programı Eylem Planı, Ankara, 998(70), s:1-4.

T.C. Resmi Gazete. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. 25 Ocak 2013. Sayı: 28539, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

Türkiye Endokrinoloji Derneği Ve Metabolizma Derneği, (2019). Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, Ankara, s:21-27.

Türkmen A. (2023). Diyabet Polikliniğine Başvuran Hastaların Başvuru Sebeplerinin Birinci Basamakta Yönetilebilirliğinin İncelenmesi, Uzmanlık Tezi, Sakarya (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Aydın).

Ural, D. Kılıçkap, M. Göksülük, H. Karaaslan, D. Kayıkçıoğlu, M. Özer, N. Barçın, C. Yılmaz, MB. Abacı, A. Şengül, Ş. Arınsoy, T. Erdem, Y. Sanisoğlu, Y. Şahin, M. Tokgözoğlu, L. (2018). Data On Prevalence Of Obesity And Waist Circumference In Turkey: Systematic Review, Meta-analysis And Meta Regression Of Epidemiological Studies On Cardiovascular Risk Factors, Turk Kardiyol Dern Ars. 46(16), p:577-590.

WONCA, The European Definition of General Practice/ Family Medicine, 2023, p:7-8.

Yaradılmış, E. (2019). Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğine Başvuran Hastaların Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşunu Tercih Nedenlerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Danışman: Prof. Dr. F. Nur Baran Aksakallı).

Yıldız, N. (2016). Ankara'da Üçüncü Basamak Bir Eğitim Araştırma Hastanesinin Kulak Burun Boğaz, Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Ve Dermatoloji Polikliniklerine Başvuran Hastaların Birinci Basamakta Takip Ve Tedavi Edilebilirliğinin Araştırılması, Uzmanlık Tezi, Ankara (Danışman: Uzm. Dr. İrfan Şencan).

7. EKLER

7.1. EK-1: Etik Kurul Kararı

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



Sayı : E-71522473-050.01.04-186718 - 305
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başvuru dosyası

07.11.2022

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir AYDIN

Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

İlgi : 03.10.2022 tarih ve 305 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "**Kardiyoloji Polikliniğine Başvuran Hastaların Birinci Basamakta Yönetilebilirliğinin Araştırılması**" 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

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı ile Aynıdır
07 / 11 / 2022

Hasan KONAK
Etik Kurulu Sekr.

7.2. EK-2: Anket Formu

Kardiyoloji Polikliniğine Başvuran Hastaların Birinci Basamakta Yönetilebilirliğinin Değerlendirilmesi

Adı-Soyadı:

T.C.:

1-Yaş:

2-Cinsiyet:

☐ Kadın

☐ Erkek

3-Eğitim durumu:

☐ Okur-yazar değil

☐ İlköğretim

☐ Ortaöğretim

☐ Lise

☐ Üniversite ve Üzeri

4-Medeni hali:

☐ Evli

☐ Bekâr

5-İkamet yeri:

☐ Köy

☐ Belde

☐ İlçe merkezi

☐ İl merkezi

6- Çalışma durumu:

- ☐ Çalışıyorum
- ☐ Çalışmıyorum

7-Ekonomik durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- ☐ Düşük
- ☐ Orta
- ☐ Yüksek

8-Herhangi bir sağlık probleminde ilk başvurduğu merkez sıklıkla neresidir?

- ☐ Aile Sağlığı Merkezi
- ☐ Devlet Hastaneleri (ikinci veya üçüncü basamak)
- ☐ Özel Hastane

9-Aile sağlığı merkezine ne sıklıkla başvuruyorsunuz?

- ☐ Hiç gitmiyorum
- ☐ Haftada bir kez
- ☐ Ayda bir kez
- ☐ Yılda birkaç kez
- ☐ Diğer:

10-Kardiyoloji polikliniğine ilk başvurunuz mu?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet

11-Daha önce kardiyoloji ile alakalı bir hastalık tanısı aldınız mı (aldıysanız kısaca belirtiniz)?

- ☐ Evet.....
- ☐ Hayır

12-Kardiyoloji polikliniğine başvuru şikayeti/nedeniniz nedir (kısaca yazınız)?

.....

13-Bu şikayet/neden için aile hekiminize başvurduğunuz mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

14-Aile hekiminize gittiyseniz size önerisi ve yaklaşımı ne oldu (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)?

- ☐ Muayene
- ☐ Tahlil
- ☐ Tedavi başlamak
- ☐ Mevcut tedaviyi düzenlemek
- ☐ Yaşam tarzı değişiklikleri önerileri
- ☐ Sevk

15-Aile hekiminizin yaklaşımından memnun kaldınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

16-Aile hekiminize gitmediyseniz neden gitmediniz (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)?

- ☐ Aile hekimimi tanımıyorum
- ☐ Aile hekimimin bu konuda yeterli olduğunu düşünmüyorum
- ☐ Kardiyoloji uzmanına muayene olmak istedim
- ☐ Aile sağlığı merkezlerinin hastalığımla ilgili bana yeterli hizmeti sunamayacağını düşünüyorum

☐ Devlet hastanesi aile sağlığı merkezinden konum olarak daha yakında bulunmaktadır

☐ Yıllardır aynı doktora muayene olmaktayım

☐ Diğer.....

17-Aile hekiminizin kardiyoloji ile ilgili bazı tahlil ve tetkikleri isteyebildiğini biliyor muydunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

18-Aile hekiminizin bazı kardiyoloji ilaçlarını yazabildiğini biliyor muydunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

19-Kardiyoloji uzmanının tanısı?

.....

20-Kardiyoloji uzmanın tahlil/tetkik ihtiyacı duydu mu?

☐ Evet

☐ Hayır

21-Kardiyoloji uzmanı eko-efor gibi tetkikler istedi mi?

☐ Evet

☐ Hayır

22-Kardiyoloji uzmanı hastada kardiyak patoloji düşünmeyip başka bir bölüme sevk etti mi?

☐ Evet

☐ Hayır

23-Kardiyoloji uzmanına göre bu hastanın yönetimi birinci basamakta yapılabilir miydi?

- ☐ Evet, tanısı konulup yönetilebilirdi
- ☐ Evet, tanısı konulabilirdi ancak reçete edilecek ilaçlar SGK kapsamında olmadığı için yönetilemezdi
- ☐ Hayır, laboratuvar/test imkanı yetersizliğinden dolayı yönetilemezdi
- ☐ Hayır, görüntüleme yapılamadığından yönetilemezdi
- ☐ Hayır, girişimsel işlem gerektirdiği için yönetilemezdi
- ☐ Hayır, uzmanlık bilgisi gerektirdiği için yönetilemezdi

ÖZGEÇMİŞ

