



T.C.

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

**KULAK BURUN BOĞAZ HASTALIKLARI
POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN ERİŞKİN HASTALARIN
POLİKLİNİK BAŞVURU SEBEPLERİNİN VE BİRİNCİ
BASAMAKTA YÖNETİLEBİLİRLİĞİNİN
İNCELENMESİ**

BÜŞRA DUYGU KURBAN

UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2024-SAKARYA

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**KULAK BURUN BOĞAZ HASTALIKLARI
POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN ERİŞKİN HASTALARIN
POLİKLİNİK BAŞVURU SEBEPLERİNİN VE BİRİNCİ
BASAMAKTA YÖNETİLEBİLİRLİĞİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

BÜŞRA DUYGU KURBAN

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 : Büşra Duygu Kurban

Sınav Tarihi : **Saat:**

Tez Başlığı : Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Polikliniğine Başvuran Erişkin Hastaların Poliklinik Başvuru Sebeplerinin ve Birinci Basamakta Yönetilebilirliğinin İncelenmesi

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak Oy birliği / Oy çokluğu 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 Dekanı

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 27/06/2024 tarihinde onay alınarak hazırlanmıştır.

30/12/2024

Dr. Büşra Duygu Kurban

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 Dr. Öğr. Üyesi Muhammet Raşit Aydın'a ve çalışmamın uygulanmasına olanak sağlayan ve bilgi birikimini benden esirgemeyen Prof. Dr. Ahmet Kara'ya

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

Tıp fakültesinden bugüne her zaman dostluğu ve desteğiyle yanımda olan canım arkadaşım Dr. Elif Yaykır Tunç'a

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, her anımda bana destek olan çalışma arkadaşından öte olan can eş kıdemlerim Uzm. Dr. Ayşenur Derici, Dr. Betül Sağıroğlu'na, Uzm. Dr. Feyza Karaboğa, Uzm. Dr. Kübra Eroğlu ve Uzm. Dr. Müsemma Bolat'a

Hayatım boyunca varlıklarıyla bana güç veren, her zaman sevgi, saygı ve güven duygularını hissettiğim, daima merhametli ve başarılı bir insan olmam için çabalayan asla haklarını ödeyemeyeceğim canım annem Zarife Sarı ve canım babam Naci Sarı'ya, varlıkları en büyük mutluluğum olan kardeşlerim Fatma, Rana, Sude ve Kutay Sarı'ya

İlk günden bugüne daima yanımda olan, koşulsuz sevgisi ve ilgisi ile beni dünyanın en şanslı insanı yapan ve her zaman destekleyen biricik eşim Ozan Burak Kurban'a

Tüm kalbimle teşekkür ederim.

Dr. Büşra Duygu KURBAN

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR.....	ii
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ.....	v
ŞEKİL LİSTESİ.....	vi
TABLO LİSTESİ.....	vii
ÖZET	ix
ABSTRACT.....	x
1 GİRİŞ VE AMAÇ	1
2 GENEL BİLGİLER	3
2.1 Sağlık Hizmetlerinin Tanımı	3
2.2 Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	3
2.2.1 Koruyucu sağlık hizmetleri	3
2.2.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri	6
2.2.3. Rehabilite edici sağlık hizmetleri.....	6
2.3. Türkiye’de Sağlık Sistemindeki Dönüşüm	6
2.4. Aile Hekimliği	10
2.4.1. Dünyada aile hekimliği	13
2.4.2. Türkiye’de aile hekimliği	17
2.5. Sevk Sisteminin Gerekliliği.....	17
2.6. Birinci Basamakta Kulak Burun Boğaz Hastalıklarının Yeri	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Tipi	23
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
3.4. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi	23
3.5. Verilerin Analizi	24
3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları	24
3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	24

4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	43
6. KAYNAKLAR	49
7. EKLER	54
7.1. EK-1: Etik Kurul Kararı	54
7.2. EK-2: Anket Formu	55
ÖZGEÇMİŞ	60



KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

AH: Aile hekimi

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

DSÖ/WHO: Dünya Sağlık Örgütü/World Health Organization

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KBB: Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Polikliniği

ÜSYE: Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu

SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

TBMM: Türkiye Büyük Milletler Meclisi

TSM: Toplum Sağlığı Merkezi

TUKMOS: Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WONCA: Dünya Aile Hekimleri Organizasyonu (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians)

YÖK: Yüksek Öğretim Kurulu

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. WONCA Ağacı	12
------------------------------	----



TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Kulak burun boğaz hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri.....	26
Tablo 4.2. Kulak burun boğaz hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların bilinen kronik hastalıkları.....	27
Tablo 4.3. Kulak burun boğaz hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların kullandığı kulak burun boğaz ilaçları ve ilaç rapor durumları.....	28
Tablo 4.4. Polikliniğe başvuran hastaların kulak burun boğaz eski hastalık tanıları.....	28
Tablo 4.5. Kulak burun boğaz polikliniğine başvuran hastaların başvuru şikayetleri.....	29
Tablo 4.6. Kulak burun boğaz hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların aile sağlığı merkezi ve aile hekimlerine dair bazı özellikleri	30
Tablo.4.7. Hastalık sürecine ait bazı özellikler.....	30
Tablo 4.8. Kulak burun boğaz polikliniğinden önce aile hekimliğine başvuran hastaların aile sağlığı merkezinde aldığı sağlık hizmetini değerlendirmesi.....	31
Tablo 4.9. Kulak burun boğaz polikliniğine başvuran hastaların aile sağlığı merkezlerine başvuru sıklığı ile aile hekimlerinin ünvanının karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.10. Kulak burun boğaz polikliniğine başvuran hastaların ilk başvuruda aile sağlığı merkezlerine başvurmama nedenleri.....	32
Tablo 4.11. Hastaların kulak burun boğaz hastalıkları polikliniğine başvurma durumu ve poliklinikte aldığı sağlık hizmetinin özellikleri	33
Tablo 4.12. Kulak burun boğaz hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların birinci basamakta yönetilme durumunun değerlendirilmesi.....	34
Tablo 4.13. Katılımcıların ilk başvurdıkları sağlık kurumu ile cinsiyeti arasındaki ilişki.....	35
Tablo 4.14. Katılımcıların eğitim seviyeleri ile ilk başvurdıkları sağlık kurumu arasındaki ilişki.....	35

Tablo 4.15. Katılımcıların medeni durumu ile ilk başvurdukları sağlık kurumu arasındaki ilişki.....	36
Tablo 4.16. Katılımcıların ikamet ettiği bölge ile ilk başvurdukları sağlık kurumu arasındaki ilişki.....	36
Tablo 4.17. Katılımcıların çalışma durumu ile ilk başvurdukları sağlık kurumu arasındaki ilişki.....	37
Tablo 4.18. Katılımcıların aile hekiminin ünvanı ile ilk başvurdukları sağlık kurumu arasındaki ilişki.....	38
Tablo 4.19. Katılımcıların aile hekimlerini tanıma durumu ile ilk başvurdukları sağlık kurumu arasındaki ilişki.....	38
Tablo 4.20. Kulak burun boğaz hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların bazı durumlara göre birinci basamakta yönetilebilirliğinin değerlendirilmesi.....	39
Tablo 4.21. Katılımcıların kulak burun boğaz hastalıkları polikliniğine başvuru şekillerine göre birinci basamakta yönetilebilme durumu.....	40
Tablo 4.22. Birinci basamakta yönetilebilme durumunun çeşitli değişkenlere göre değerlendirilmesi.....	41

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Bir eğitim ve araştırma hastanesinin kulak burun boğaz hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların başvuru nedenlerini, aile hekimine başvuru geçmişlerini, başvuru sebeplerinin birinci basamakta yönetilebilirliğini ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin poliklinik yükü üzerindeki etkisini araştırmaktır. Bu çalışma, sağlık sistemindeki hizmet akışını iyileştirme ve poliklinik üzerindeki yükü azaltma stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlamayı hedeflemektedir

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmamız, Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran 18 yaş ve üzeri 500 hasta ile gerçekleştirilen tek merkezli, tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırmadır. Araştırma, 1 Temmuz 2024 ile 1 Aralık 2024 tarihleri arasında yüz yüze görüşerek 37 soruluk anketle yapılmıştır. Verilerin analizinin değerlendirilmesinde SPSS 22.0 istatistiksel paket programı kullanılmış olup, istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR: Araştırmanın sonuçlarına göre, kulak burun boğaz hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların %24'ü birinci basamakta yönetilebilecek durumdayken, %28,8'i birinci basamakta yönetilebilirdi fakat ilgili ilaçlar SGK kapsamında olmadığı için bu mümkün olmamıştır. Çalışmamızda katılımcıların aile hekiminin ünvanına ya da aile hekimini tanımlarına göre şikayetleri için ilk başvurdıkları kurum ile aile hekimi tarafından sevk edilme, KBB polikliniğine başvuru şekli ve şikayet süresi gibi değişkenlerle birinci basamakta yönetilebilirlik arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar belirlenmiştir ($p<0,05$).

SONUÇ: Aile hekimliği sisteminin güçlendirilmesi, zorunlu sevk uygulamasının devreye girmesi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapasitesinin artırılması, hastaların aile sağlığı merkezlerine başvurularını teşvik edebilir. Bu değişiklikler, hastanelerdeki yoğunluğu azaltarak sağlık hizmetlerinin daha verimli sunulmasını sağlar ve aynı zamanda sağlık harcamalarındaki ekonomik yükü hafifletir.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, ayaktan tedavi hizmeti, kulak burun boğaz hastalıkları, temel sağlık hizmeti

ABSTRACT

Evaluation of the manageability of patients visiting the ear, nose, and throat outpatient clinic in primary care.

INTRODUCTION AND OBJECTIVE: This study aims to investigate the reasons for patients' visits to the Ear, Nose, and Throat (ENT) outpatient clinic of an education and research hospital, their previous visits to family physicians, the manageability of these reasons in primary care, and the impact of primary care services on the outpatient clinic load. The study aims to contribute to the development of strategies for improving service flow within the healthcare system and reducing the burden on the outpatient clinic.

MATERIALS AND METHODS: This study is a single-center, descriptive cross-sectional research conducted with 500 patients aged 18 and over who presented to the ENT outpatient clinic of Sakarya Education and Research Hospital. Data were collected between July 1, 2024, and December 1, 2024, through face-to-face interviews using a 37-item questionnaire. Data analysis was performed using the SPSS 22.0 statistical software, with statistical significance set at $p < 0.05$.

RESULTS: According to the findings, 24% of patients visiting the ENT outpatient clinic could have been managed at the primary care level, while 28.8% could have been managed in primary care, but this was not possible due to the unavailability of relevant medications in the social security coverage. In this study, statistically significant differences ($p < 0.05$) were found between variables such as the patients' familiarity with their family physician, the first institution they visited for their complaints, referrals by the family physician, the way they visited the ENT clinic, and the duration of complaints, with regard to the manageability of their conditions in primary care.

CONCLUSION: Strengthening the family medicine system, implementing mandatory referrals, and increasing the capacity of primary care services could encourage patients to visit family health centers. These changes may reduce hospital congestion, facilitate more efficient delivery of healthcare services, and alleviate the economic burden on the healthcare system.

KEYWORDS: Family Medicine, Ambulatory care service, Ear, Nose, and Throat Diseases, Primary Health Care

1 GİRİŞ VE AMAÇ

Birinci basamak sağlık hizmetleri, koruyucu ve sağlıklı geliştirici hizmetlerin yanı sıra tanı ve tedavi hizmetlerini bir arada sunduğu, erişimi kolay, uygun maliyetli ve etkili sağlık hizmetlerinin bir bütünüdür. Aile hekimliği sistemi, sağlık sistemleri içinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel yapı taşı oluşturulmaktadır (İlhan ve ark., 2022).

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin yapı taşı oluşturulan bu sistem, diğer gelişmiş ülkelerdeki basamaklı sağlık sistemlerine kıyasla etkin bir şekilde çalışmamaktadır. Bunun temel nedeni, işlevsel bir sevk zincirinin eksikliğidir. Aile hekimleri tarafından yönetilebilecek hastalar, doğrudan bir üst basamak hastanelere başvurabilmektedir. Bu durum, üst basamak hastanelerdeki iş yoğunluğunun artmasına ve özellikle karmaşık, tanı ve tedavisi zaman gerektiren hastalıkları olan bireyler için ayrılan zamanın azalmasına yol açmaktadır. Sonuç olarak, şifa bekleyenlerin takip ve tedavi süreçleri daha çetrefilli hale gelmektedir. Ayrıca, doğrudan hastane başvurularının teşvik edilmesi, gereksiz muayene ve masrafların artmasına neden olmakta ve sağlık hizmetlerinin ekonomik yükünü artırarak kaynakların verimsiz kullanılmasına yol açmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012).

Ülkemizde etkin ve kademeli bir sevk zincirinin uygulanmaması nedeniyle, birinci basamak sağlık kuruluşlarında tanı ve tedavi edilebilecek şifa bekleyenler doğrudan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvurmaktadır. Bu koşullar, hastanelerin iş yükünü önemli ölçüde artırmakta, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde karmaşık vakalara ayrılabilen zamanı azaltmakta, şifa bekleyenlerin sağlık hizmetlerine erişimini zorlaştırmakta ve sağlık giderlerini önemli derecede yükseltmektedir (Yıldız, 2016).

Bu çalışmanın amacı, zorunlu sevk sisteminin henüz tam olarak uygulanmadığı ülkemizde bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinin kulak burun boğaz polikliniğine başvuran erişkin hastaların başvuru gerekçelerini, aile hekimine başvuru geçmişlerini, başvuru sebeplerinin birinci basamak sağlık hizmetlerinde

yönetilebilirliğini ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin poliklinik üzerindeki etkisini araştırmaktır.



2 GENEL BİLGİLER

2.1 Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Sağlık hizmetleri, bireylerin ve toplumun genel sağlık durumunu iyileştirmeyi amaçlayan, geniş kapsamlı ve çok yönlü bir kavramdır. T.C. Resmî Gazete'nin 12 Ocak 1961 tarihli ve 10705 sayılı nüshasında sağlık hizmetleri, "insan sağlığına zarar veren birçok faktörlerin ortadan kaldırmayı ve toplumun bu etmenlerin tesirinden korunması, ayrıca hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi yetenek ve becerileri azalmış olanların ise iyileştirilmesi için yapılan tıbbi faaliyetler" olarak tanımlanmıştır. Bu tanım, sağlık hizmetlerinin ne denli geniş bir alanı kapsadığını ve bu hizmetlerin yalnızca hastalıkların tedavisiyle sınırlı olmadığını açıkça ortaya koymaktadır.

Sağlık hizmetleri, toplumsal bir gereksinim olarak da değerlendirilir. Bir toplumun sağlıklı bireylerden oluşması, o toplumun üretkenliğini ve genel refah düzeyini doğrudan etkiler. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulması hem bireylerin yaşam kalitesini artırır hem de toplumun genel sağlığını iyileştirir. (T.C. Resmî Gazete, 12 Ocak 1961, sayı: 10705).

2.2 Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri, bireylerin sağlığını korumaya, tedavi etmeye, rehabilite etmeye ve sağlıklarını iyileştirmeye yönelik çeşitli hizmetleri kapsar.

2.2.1 Koruyucu sağlık hizmetleri

Toplum sağlığının muhafaza edilmesi, hastalıkların önlenmesi veya erken teşhis edilmesi amacıyla sağlanan sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri olarak adlandırılır. (Başol, 2015).

Koruyucu sağlık hizmetleri hem bireysel hem de toplumsal sağlık üzerinde büyük bir etkiye sahip olup, sağlık hizmetleri maliyetlerinde önemli bir azalma sağlayabilmesi nedeniyle dünya çapında birçok kuruluşun dikkatini çekmektedir. Bu nedenle, koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, sağlık sistemlerinin maliyetlerini

düşürmek, ekonomik sürdürülebilirliklerini sağlamak ve daha sağlıklı bir toplum inşa etmek için temel hedeflerden biri olarak belirlenmiştir. (Andiç, 2019).

Koruyucu sağlık hizmetleri, başlangıçta temel, birincil, ikincil ve üçüncül olmak üzere dört ana kategoriye ayrılmıştır; ancak, dördüncül koruyucu sağlık hizmetlerinin eklenmesiyle bu hizmetler beş temel başlık altında incelenmeye başlanmıştır (Demir, 2021).

Primordiyal koruma, sağlığın korunmasında ve hastalıkların önlenmesinde kritik bir role sahiptir. Bu koruma seviyesi, "risk etkenlerinin henüz meydana gelmediği bir dönemde, bunların ortaya çıkmasını önlemek için çeşitli stratejileri içerir" ve bireylerin sağlıklı yaşam tarzlarını benimsemelerini teşvik ederek, "hastalıkların başlangıcını ve risk etkenlerinin oluşmasını önlemeyi" amaçlar. Bu yaklaşım sayesinde, toplumun genel sağlık durumu iyileştirilirken, aynı zamanda sağlık harcamalarının azaltılması da mümkündür. Primordiyal koruma, sağlık politikalarının ve toplum sağlığı programlarının son derece elzem bir bileşeni olarak kabul edilmektedir (Selçuk, 2020).

Örneğin, obezite ile mücadele ya da gençlerde sigara ve alkol kullanımını önleme çabaları, primordiyal koruma kapsamında yer almaktadır. Bu bağlamda, okullarda verilen eğitimler, gençlerin sağlıklı yaşam tarzlarını benimsemelerine yardımcı olabilir. Aynı zamanda, toplum düzeyinde sağlıklı beslenme ile fiziksel aktiviteye özendirme gibi önleyici önlemler de primordiyal koruma çerçevesinde değerlendirilebilir (Hancock, 2016).

Birincil koruyucu sağlık hizmetleri, bireyde veya toplumda sağlık problemleri ortaya çıkmadan önce, bu problemlerin nedenlerini ortadan kaldırmayı veya önlemeyi hedefleyen hizmetleri kapsar. Bu hizmetler, "sağlığın iyileştirilmesi ve spesifik korumayı" da içerir. Bağışıklama, yaşam tarzı değişikliklerinin düzenlenmesi, tehlikeli davranışlardan kaçınma gibi uygulamalar, birincil koruma düzeyine örnek olarak gösterilebilir (Jamouille, 2014).

İkincil koruma, sağlık sorunlarının erken aşamada tespit edilmesine yönelik olarak tasarlanan girişimleri içerir ve bu süreç, sağlık sorunlarının yayılmasını engellemek

ve uzun vadeli etkilerini azaltmak ya da tamamen önlemek amacı taşır. Bu koruma düzeyi, genellikle sağlıklı hisseden bireyler arasında potansiyel hastalıkları tespit etmek için kullanılan tarama ve değerlendirme yöntemleri ile sağlanır. Erken teşhis yoluyla, hastalıkların ilerlemesi durdurulabilir ve bireylerin sağlık sonuçları önemli ölçüde iyileştirilebilir (WONCA International Classification Committee, 1995).

Üçüncül korunma, rehabilitasyon hizmetlerini kapsayarak hastalıkların ilerlemesini durdurmayı ve mevcut sakatlıklar ile kalıcı bozuklukların bireyin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini en aza indirmeyi amaçlar (İlhan, 2008). Örneğin, diyabetli bir bireyde nöropati, nefropati veya retinopati gibi komplikasyonların gelişimini engellemek açısından bu koruma aşaması kritik bir öneme sahiptir (Selçuk, 2020).

Dördüncül koruma ifadesi, ilk defa Belçikalı Aile Hekimi Marc Jamouille tarafından Fransızca bir yayında kullanılmıştır. Bu kavram, 1995 yılında Jamouille ve Roland tarafından Hong Kong'da düzenlenen WONCA kongresinde "önce zarar verme" ilkesinin yeni bir versiyonu olarak tanıtılmıştır. 1999 yılında Durham'daki WONCA Uluslararası Klasifikasyon Komitesi toplantısında kabul edilmiş ve 2003 yılında WONCA'nın Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri için hazırladığı sözlükte yer almıştır. Sözlükte dördüncül koruma, "aşırı medikalizasyon riski altındaki hasta ve toplumu tanımlamak, onları medikal müdahalelerden korumak ve bilimsel ile etik açıdan uygun bakım prosedürlerini sağlamak için yapılan eylemler" olarak tanımlanmıştır. Bu kavram, WONCA Uluslararası Sınıflandırma Komitesi'ndeki hekimler tarafından yaygınlaştırılmış ve günümüzde dördüncül koruma, dünya genelinde hızla benimsenmiştir. İnternet ve sosyal ağların genişlemesiyle birlikte, aile hekimleri de bu yaklaşımla tanışmaktadırlar (Akdeniz ve Kavukçu, 2017)

Dördüncül koruma ifadesi, zamanla farklı uzmanlık alanları tarafından da kabul görmeye başlamıştır. Örneğin, üst solunum yolu enfeksiyonlarında etkene uygun antibiyotik kullanımının teşvik edilmesi ve gereksiz antibiyotik kullanımının önlenmesi, dördüncül korumanın bir uygulama alanı olarak değerlendirilebilir (Gérvas, 2012).

2.2.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri

Hastalık ortaya çıktıktan sonra bireylerin sağlığına tekrar kavuşabilmesi amacıyla sunulan tüm hizmetleri içeren hizmetlerdir. Bu hizmetler, üç kademede sınıflandırılmaktadır: birinci basamak tedavi hizmetleri dediğimiz; toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi gibi, ikinci basamak tedavi hizmetleri; özel hastaneler ve devlet hastaneleri gibi, ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri; eğitim ve araştırma hastaneleri, üniversite hastaneleri gibi sınıflandırılmaktadır (Akdur, 1998).

2.2.3. Rehabilitate edici sağlık hizmetleri

Sağlık kurumlarında tedavi gören bireyler, tedavi sonrasında kalıcı hasarlar yaşayabilirler ve bu hasarlar hem fiziksel hem de ruhsal olabilir. Bu süreçte bireyin mevcut durumuna uyum sağlayabilmesi amacıyla rehabilitasyon gereklidir. Rehabilitasyon hizmetleri, dezavantajlı bireylerin bedensel ve zihinsel uyumlarını sağlayarak, günlük yaşamlarına dönmelerini hedefleyen sağlık hizmetleri olarak değerlendirilmektedir. Rehabilitasyon hizmetleri iki farklı şekilde ele alınır. Sosyal rehabilitasyon, psikolojik ve fiziksel olarak dezavantajlı bireylerin normal yaşantılarına devam edebilmeleri için aldıkları sağlık hizmetlerini kapsarken; tıbbi rehabilitasyon, kaza veya hastalık sonucu sakatlanan organların fizyoterapi ile eski işlevlerine kavuşturulmasını amaçlar (Atlı ve Yücel, 2018).

2.3. Türkiye’de Sağlık Sistemindeki Dönüşüm

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişimi tarihsel süreçte iki ana döneme ayrılmaktadır: Cumhuriyet öncesi (Selçuklu ve Osmanlı dönemi) ve Cumhuriyet sonrası. Selçuklu İmparatorluğu döneminde sağlık sistemi, dönemin şartlarına göre gelişmiş bir yapı sergilemiş ve sağlık hizmetleri genellikle vakıflar aracılığıyla sunulmuştur. Bu uygulama, Osmanlı İmparatorluğu’nun ilk dönemlerine kadar devam etmiştir. Osmanlı’nın ilerleyen dönemlerinde, monarşinin özellikleri sağlık politikalarına ve uygulamalarına yansımış; sağlık hizmetleri daha çok saray ve ordu merkezli olarak sunulmuştur. Bu dönemde sağlık hizmetlerini düzenleyen en önemli resmi kurum ise “Reisul Etıbba” (Hekim Başı) olup, bu kurum hekim, cerrah ve diğler sağlık personelinin atamalarını gerçekleştiren bir otorite olarak görev yapmıştır (Çavdar ve Karcı, 2014). 19. yüzyılın ikinci yarısına doğru Osmanlı

İmparatorluğu'nda sağlık alanında Batı'ya yönelim başlamıştır. 1839 yılında kurulan Beynelmilel Sıhhiye Meclisi, Osmanlı İmparatorluğu döneminin ilk geniş kapsamlı sağlık organizasyonu olarak kabul edilmektedir. Bu meclis, sivil halkı da içine alarak sağlık alanında önemli bir yapı oluşturmuş ve dönemin sağlık hizmetlerinin modernleşmesine katkı sağlamıştır. 1849 yılında Hekim Başı Kurumu kaldırılmış ve bu kuruma ait yetkiler, 1850 yılında kurulan Tıbbiye Nezareti'ne devredilmiştir. 1862'de yayımlanan bir düzenleme ile tıp alanında çalışabilmek için tıp okullarından mezun olma zorunluluğu getirilmiştir. Ayrıca, 1867 yılında kabul edilen İdare-i Umumiye-i Vilayat Nizamnamesi ile sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, genel idari yapının bir parçası haline getirilmiştir. 1870 yılında, Mekteb-i Tıbbiye Nezareti'ne bağlı olarak Nezareti Tıbbiye-i Mülkiye kurulmuş ve böylece sivil sağlık sisteminin merkezi yapılandırılmıştır. Bu kuruluş, Osmanlı'da sağlık hizmetlerinin sivil alanda örgütlenmesini sağlamıştır. 1871 yılında İdare-i Umumiye-i Tıbbiye-i Mülkiye Nizamnamesi ile Sıhhiye Müfettişlikleri ve Memleket Tabiplikleri açılmış, bu adımlarla ilk resmi ve yaygın sağlık örgütlenmesi gerçekleştirilmiştir. 1906 yılında Meclis-i Maarifi Sıhhiye kurulmuş ve 1908 yılında Meclis-i Umuru Tıbbiye-i Umumiye şeklinde isimlendirilerek, günümüzdeki genel müdürlük düzeyinde bir statüye kavuşmuştur (Akdur, 1998). 1898 yılında Türkiye topraklarında açılan Gülhane Askeri Hastanesi, düzenli ve modern anlamda kurulmuş ilk hastane olma özelliğini taşımaktadır. Bu hastanede, Alman hocaların öncülüğünde verilen tıp eğitimi, Türk tıbbı açısından büyük bir öneme sahiptir. Özellikle Rieder liderliğinde verilen bu eğitim, teorik bilgiden pratik eğitime geçişin sağlandığı ilk dönemlerden biri olarak kabul edilmektedir. Rieder ve yetiştirdiği hekimler, Batı'da çok daha önce keşfedilmiş olan bazı tıbbi bilgilerin Türkiye'de henüz bilinmediğini tespit etmiş ve bu durumu ortaya koymuşlardır. (Başustaoğlu, 2016).

Sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olarak ele alınmasının başlangıcı, Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümeti'nin kuruluşu ile başlamıştır. Ankara'da savaş yıllarında kurulan T.B.M.M. Hükümeti, 2 Mayıs 1920 tarihinde çıkardığı 3 Sayılı Kanun ile Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaleti'ni kurarak, ülke genelindeki sağlık hizmetlerinin yürütölmesini bu bakanlığa devretmiştir. Böylece, sağlık

hizmetleri ayrı bir bakanlık tarafından yürütülen temel devlet görevlerinden biri haline gelmiştir. (Akdur, 1998).

Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin ilk Sağlık Bakanı olarak Dr. Adnan Adıvar atanmıştır. Adıvar'ın bakanlık döneminde, sağlık hizmetlerine ilişkin düzenli bir kayıt sistemi oluşturulmamış, bunun yerine savaşın yaralarının sarılması ve mevzuat altyapısının geliştirilmesi konularına ağırlık verilmiştir. Cumhuriyet'in ilanının ardından, Sağlık Bakanı olarak göreve başlayan Dr. Refik Saydam, sağlık hizmetlerinin gelişimine önemli katkılarda bulunmuştur. Saydam, özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik vererek, tedavi edici sağlık hizmetlerini merkezi hükümetin sorumluluğunda görmemiş, bunun yerine yerel yönetimlere rehberlik yapmayı tercih etmiştir. Bu dönemde, Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak Sivas, Kayseri, Ankara, İstanbul, Erzurum ve Diyarbakır gibi şehirlerde Numune hastaneleri kurulmuştur. Ayrıca, 1219 sayılı "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun" ve 1593 sayılı "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu" gibi, hala yürürlükte olan önemli yasalar bu dönemde kabul edilmiştir. Bu dönemde sağlık politikalarının temel ilkeleri de şekillendirilmiş ve sağlık hizmetlerinin merkezi bir şekilde sunulması, koruyucu hekimlik ile tedavi edici hekimliğin birbirinden ayrılması, tıp fakültelerinin kurulması ve bulaşıcı hastalıklarla, özellikle sıtma, frengi ve verem gibi hastalıklarla mücadele edilmesi hedeflenmiştir (Çavmak, 2017).

Cumhuriyet dönemi sağlık sisteminde önemli bir yer tutan ikinci Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz, "Birinci On Yıllık Sağlık Planı"nı hazırlayarak 9. Milli Tıp Kongresi'nde sunmuştur. Bu plan, sağlık hizmetlerinin ülke genelinde entegrasyonunu sağlayarak yaygınlaştırmayı amaçlamaktaydı. Plan doğrultusunda, yedi sağlık bölgesi oluşturulması ve her bölgede, 40 köy için 10 yataklı sağlık merkezlerinin kurulması öngörülmüştü. Bu merkezlerde iki hekim, bir ebe, bir sağlık memuru ve ziyaretçi hemşirelerin görev alması, ayrıca koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin birlikte sunulması planlanmıştır. Ancak, Behçet Uz'un görev süresinin ardından bu plan hayata geçirilememiş ve yerine her ilçeye bir sağlık merkezi açılmasına yönelik bir politika benimsenmiştir (Dirican, 1970).

1963 yılında hazırlanan birinci beş yıllık kalkınma planında, sağlık hizmetleri için bir dizi önemli hedef belirlenmiştir. Bu hedefler arasında, koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve güçlendirilmesi, sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı aracılığıyla sunulması, sağlık personelinin dengeli ve düzenli bir biçimde dağıtılması, devlet hastanelerinde döner sermaye sisteminin uygulanması, ilaç sanayisinin güçlendirilmesi ve özel hastanelerin kurulmasının teşvik edilmesi yer almaktadır (Çavmak, 2017).

1992 yılında 3861 sayılı Kanun ile yürürlüğe giren Yeşil Kart uygulaması, dar gelirli ve sağlık hizmetlerini karşılayacak mali imkânlardan yoksun bireylerin kamu tarafından ücretsiz sağlık hizmeti alabilmelerini sağlamıştır. Sağlık reformları ise genel olarak, sosyal güvenlik kurumlarının tek bir çatı altında birleştirilmesi, genel sağlık sigortasının (GSS) kurulması, sağlık hizmeti sunumu ile finansman işlevlerinin ayrılması, Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılarak denetim ve planlama işlevlerinin etkin şekilde yürütülmesi, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi, hastanelere özerklik tanınması ve Aile Hekimliği uygulamasının kapsamının genişletilmesi gibi ana unsurları içermektedir (Sülkü, 2011).

2002 yılında açıklanan Acil Eylem Planı'nda, sağlık alanında yapılması planlanan reformlar "Herkesin Sağlık" teması altında temel ilkeleri belirlenerek uygulama takvimine bağlanmıştır. Bu doğrultuda, 2003 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından "Sağlıkta Dönüşüm Programı" (SDP) hayata geçirilmiştir (58. Hükümet Acil Eylem Planı, 2003).

16 Kasım 2002'de açıklanan Acil Eylem Planı'nda, sağlık alanında belirlenen ana hedefler arasında Sağlık Bakanlığı'nın fonksiyonel ve idari açıdan yeniden yapılandırılması, tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamına alınması ve sağlık kurumlarının bir çatı altında toplanması yer almaktadır. Ayrıca, anne ve çocuk sağlığına özel bir odaklanma, hastanelerin mali ve idari özerkliklerinin sağlanması, aile hekimliği uygulamasına geçiş ve koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması da hedeflenmiştir. Kalkınmada öncelikli bölgelerde sağlık personeli eksikliklerinin giderilmesi, özel sektörün sağlık alanındaki yatırımlarının desteklenmesi, kamu

kurumlarında alt kademelere yetki devri ve sağlık sektöründe e-dönüşüm projelerinin uygulanması da planın diğer önemli unsurlarıdır (avmak, 2017).

Aralık 2003'te Sağlık Bakanlığı tarafından duyurulan Sağlıkta Dönüşüm Programı, geçmişteki proje ve reformları değerlendirerek gelecekteki sağlık sistemine geçiş için gerekli değişiklikleri planlamayı amaçlamaktadır. Program, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve adil bir biçimde düzenlenmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasını amaçlamaktadır (SB, 2008).

Sağlıkta Dönüşüm Programı, halkın genel sağlık düzeyini artırmayı hedefleyen politikalar geliştirmektedir. Programın temel amaçlarından biri, sağlık hizmeti sunanlar ile hizmet alanlar arasındaki ayrımı netleştirmektir (Sülkü, 2011).

Dünya Bankası'nın 2003 tarihli raporunda, Türk sağlık sistemi için nerilen Aile Hekimliği modeli, sağlık reformunun ikinci önemli bileşeni olarak öne çıkmıştır. Bu modele göre, birinci basamak sağlık hizmetleri iki ana kategoride sunulmaktadır: topluma yönelik ve kişiye yönelik. Topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri toplum sağlığı merkezleri tarafından sağlanırken, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından sunulmaktadır (Ataay, 2008).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın üçüncü temel unsuru ise, 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile 2011 yılında hayata geçirilen Kamu Hastane Birlikleri (KHB) reformudur. Bu reform, Sağlık Bakanlığı'na bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin özerk yapılar altında yeniden yapılandırılmasını hedeflemiştir. 663 sayılı KHK çerçevesinde, kaynakların daha verimli kullanılabilmesi için illerde kamu hastane birlikleri kurulmuş ve bu hastaneler idari özerklik kazanmıştır. Böylece Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinde denetim ve düzenleme sorumluluğunu üstlenen bir yapı haline gelmiştir (Ataay, 2007; Lamba, Altan ve diğer., 2014).

2.4. Aile Hekimliği

Aile Hekimliği, kendine has eğitim içeriği, kanıt temelli araştırmaları ve klinik uygulamaları olan, birinci basamak odaklı bir klinik uzmanlık alanıdır. Sağlık sistemiyle ilk temas noktasını oluşturur ve yaş, cinsiyet gibi sınırlamalar olmaksızın

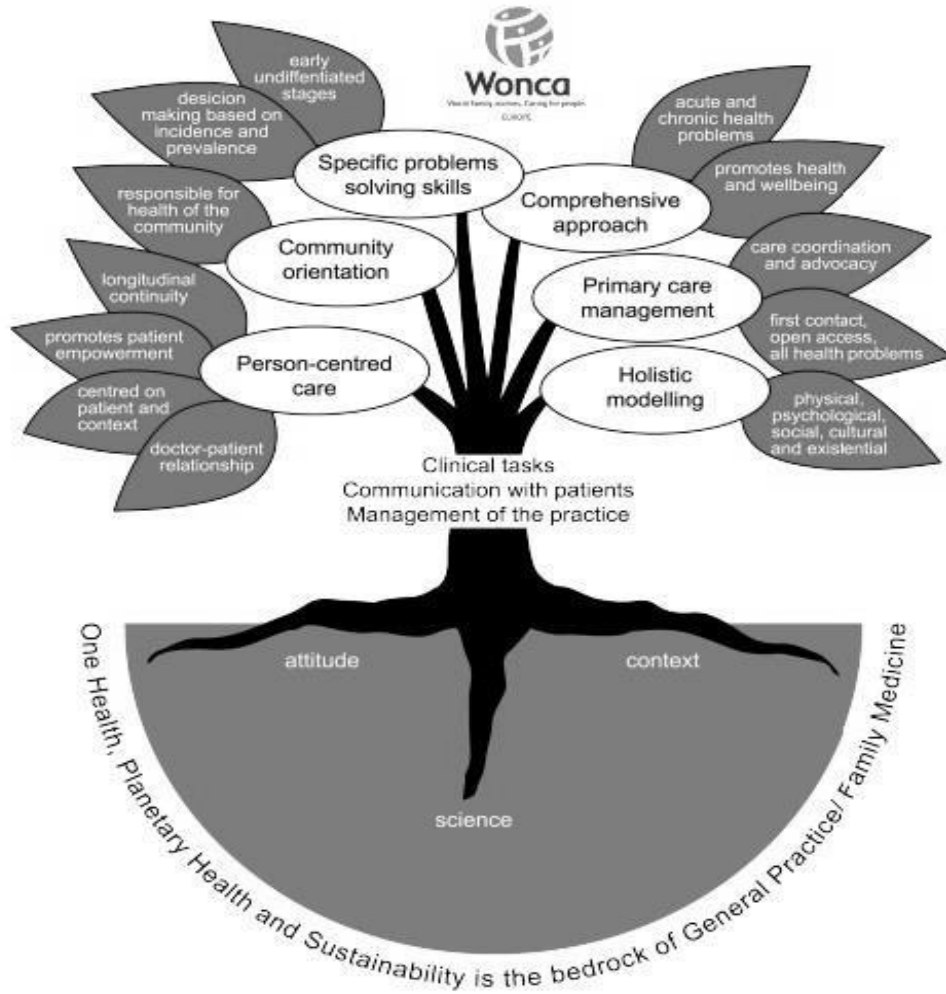
tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir. Sağlık kaynaklarının etkin kullanimini sağlayarak bireylere sunulan bakımı koordine eder ve gerektiğinde hasta adına savunuculuk yapar. Birey, aile ve toplum odaklı kişi-merkezli bir yaklaşım geliştirir, hastaların akut ve kronik sorunlarını bir arada yönetir. Toplumun sağlığı için sorumluluk alır ve sağlık sorunlarını bütüncül bir şekilde ele alır (Aktaş, 2012)

1974 yılında Avrupa Genel Pratisyenlik Konferansı'nda ilk defa tanımlanmış olan aile hekimliği, pratisyen doktorlarla eşitlenmiştir. Genel pratisyenler, yaş, cinsiyet veya hastalık ayrımı yapmaksızın bireylere devamlı olarak birinci basamak sağlık hizmeti sunan tıp fakóltesi mezunları olarak tanımlanmıştır. 1991 yılında WONCA, aile hekiminin görevlerini; bireylere yönelik sorumlulukları yerine getirmek, hasta-hekim ilişkisini geliştirmek, hastaların savunucusu olmak, kaynak yönetimi yapmak ve diğer servislerle koordinasyon sağlamak olarak belirlemiştir (Göktaş, 2022).

Sağlık Bakanlığı'na göre aile hekimleri, bireye yönelik olarak yaş, cinsiyet veya hastalık durumu fark etmeksizin koruyucu sağlık hizmetleri sunmakla sorumlu olup, aynı zamanda birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini kapsamlı ve süreklilik arz eden bir biçimde sağlamaktadırlar. Ayrıca, gerektiğinde gezici sağlık hizmetleri de sunarak tam zamanlı çalışmaktadırlar (Özçakar, 2004).

Aile hekimliği, hastalığı değil, bireyi odak noktası olarak yürütölen bir disiplindir. Hasta, aile hekimine yalnızca hastalık nedeniyle değil, doktoru olduğu için başvurur. Aile hekimi, belirli bir organ ya da hastalıkla ilgilenmekten ziyade bireyin bütününü ele alır ve hastayla kurduğu ilişki temeldir. Bu disiplin, kendine özgü bilgi, değer ve metodolojisi ile tanınan akademik bir uzmanlık alanıdır (Roncoletta ve ark., 2003).

Aile hekimliğini tanımlayan temel yeterlilikler, altı ana başlık altında özetlenebilir: birinci basamak sağlık hizmetlerinin yönetimi, birey odaklı bakım, özgün problem çözme becerileri, kapsamlı hizmet anlayışı, toplumsal yönelim ve bütüncül yaklaşım. Bu yeterlilikler, disiplinin temel özellikleriyle iç içe geçerek, aile hekimliği uzmanlık alanının karmaşıklılığını vurgulamaktadır. Ayrıca, aile hekimleri, faydalı ve güvenli hasta bakımı sunabilmek için kişisel yaşamlarındaki dengeyi koruma, becerilerini geliştirme ve değerlerini sürdürme sorumluluğunu taşırlar (Güldal, 2012).



Şekil 2.1. WONCA Ağacı

(Karaboğa, 2024'den değiştirilerek kullanılmıştır)

WONCA Avrupa, aile hekimliği prensibini desteklemek ve iyileştirmek amacıyla önemli bir rol üstlenmiş ve bu doğrultuda aile hekimliği/genel pratisyenlik prensibini, mesleki görevleri ve temel yeterlilikleri içeren bir uzlaşma bildirgesi 2002 yılında yayımlamıştır. Bildirge, 2011 ve 2023 yıllarında güncellenmiş ve 2023'teki revizyonda çevre sağlığı da disiplinin temel özellikleri arasında yer almıştır. Aile hekimliğinin temel özellikleri şu şekildedir:

- Aile hekimliği, sağlık sistemine ilk başvuru noktasıdır ve yaş, cinsiyet veya diğer özelliklere bakmaksızın kişilere kapsamlı sağlık hizmeti sunar.

- Sağlık kaynaklarının etkin kullanımını sağlar, tıbbi bakımı koordine eder, diğer sağlık profesyonelleri ve uzmanlık alanlarıyla iş birliği yaparak gerektiğinde hasta adına savunuculuk yapar.
- Kişi merkezli bir yaklaşım geliştirir ve kişiye, ailesine ve topluma odaklanır.
- Hasta haklarını güçlendirmek adına teşvik edici bir rol üstlenir.
- Hasta ile zamanla gelişen etkili bir iletişim kurar ve sağlık hizmeti sunumunda sürekliliği sağlar.
- Sağlık hizmetlerinin hastanın ihtiyaçlarına göre sürekliliğini sağlar.
- Toplumdaki hastalık yaygınlığı ve insidansına dayalı karar verme süreçlerini içerir.
- Akut ve kronik sağlık durumlarını aynı anda yönetir.
- Hastalığın erken aşamalarında acil müdahale gerektiren rahatsızlıkları yönetir.
- Hastaların ve yaşadıkları ekosistemlerin sağlığını ve refahını teşvik eder.
- Çevre sağlığı ve toplum sağlığı perspektifinde özel bir sorumluluk üstlenir.

Sağlık sorunlarına fiziksel, ruhsal, sosyokültürel, çevresel ve varoluşsal yönlerden bütüncül bir yaklaşım sergiler. (WONCA Europe, 2023).

2.4.1. Dünyada aile hekimliği

Amerika'da: Amerika Birleşik Devletleri'nde aile hekimliği uygulaması 1969 yılında başlamış ve 15 pilot program ile başlatılan süreç, 1973 yılında 165 programa ve 1754 asistana ulaşmıştır. 2000 yılların başlarında ise 50 eyalette 472 program ve 10.503 asistan ile büyük bir ilerleme kaydedilmiştir. Aile hekimliği, Amerikan sağlık sisteminde kritik bir role sahip olup, hasta bakımı açısından en yoğun hizmet veren uzmanlık dallarından biridir. Son istatistikler, aile hekimlerinin sayısının, dahiliye uzmanlarından sonra sayıca fazla olduğunu göstermektedir (Akgüneş, 2023).

Amerika Birleşik Devletleri'nde Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi, mezuniyetten sonra üç yıl sürmekte olup, belirli aralıklarla sertifikasyon yenilenmesi gerektirmektedir. Bu süreci Amerikan Aile Hekimliği Kurulu (American Board of Family Practice) yürütmektedir (Saatçi, 2006).

Almanya'da aile hekimliği uzmanlık eğitimi beş yıl sürmektedir ve uzmanlık eğitimlerinin yönetmeliği eyalet tabip odaları tarafından belirlenir. Almanya'nın en büyük eyaleti olan Bavyera'da bu yetkili kurum olan Bayerische Landesärztekammer'dır (BLAEK) bulunmaktadır. Her uzmanlık alanının kendine özgü bir asistan karnesi bulunur. Uzmanlık sınavına başvuru, karnede yer alan rotasyonlar, kurslar ve uygulamaların tamamlanmasının ardından yapılabilir ve karnenin tamamlanması için belirli bir zaman sınırı bulunmamaktadır (Kunisch, 2022).

Almanya'da birinci basamak sağlık hizmetleri, aile hekimleri veya genel pratisyenler tarafından sağlanmakta olup, bireyler hekimlerini seçme hakkına sahiptir. Diğer uzmanlık dallarına veya hastanelere başvuru için, birinci basamak hekiminden sevk almak gerekmektedir. Sevk olmaksızın ikinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanan hastalardan belirli bir ücret talep edilmektedir (Thomson, 2012).

Fransa'da "genel hekimler" ve "uzman hekimler" ayrımı yapılmakla birlikte, bu terminolojik bir farklılıktır. Genel tıp eğitiminin ardından, uzmanlık eğitimi ve belirli deneyim alanlarına göre görevler ayrılır. "Pratisyen hekim" statüsündeki bir hekim, uzmanlık eğitimi almadıkça aile hekimi olarak çalışmamaktadır. Aile hekimliği eğitimi Fransa'da 3 yıl sürmekte olup ve teorik derslerin yanı sıra 6 farklı serviste rotasyon şeklinde pratik eğitim içermektedir. Uzmanlık diploması alındıktan ve gerekli kayıtlar tamamlandıktan sonra, hekim özel muayenehane açarak çalışmaya başlayabilmektedir. Fransa'da uzman aile hekimleri, çeşitli çalışma seçeneklerine sahiptir. Serbest aile hekimi olarak özel muayenehane açabilir, sağlık evlerinde maaşlı çalışabilir veya yan dal uzmanlığı (spor hekimliği, beslenme, akupunktur gibi) yapabilirler. Ayrıca, devlet hastanelerinde yan dal uzmanı olarak görev alabilir ya da ulusal veya özel sağlık sigortalarının danışman hekimi olarak çalışabilirler. (Çeçem, 2015).

Fransa'da aile hekimlerinin, bulundukları bölgeye göre sorumlu oldukları ortalama hasta sayısı 1000 ila 1500 arasında değişmektedir. Haftada ortalama 55 saat çalışan aile hekimleri, günde 25-30 hastaya hizmet sunmakta ve her bir hasta için ortalama 15-20 dakika ayırmaktadırlar (Akgüneş, 2023).

Fransa'da zorunlu bir sevk sistemi bulunmamakla birlikte, aile hekimliği reformu ile sevk zinciri oluşturularak daha etkili bir sağlık sistemi hedeflenmiştir. 16 yaş üzerindeki bireyler, aile hekimlerini serbestçe seçebilme ve değiştirme hakkına sahipken, sevk zincirini takip etmeden başka bir doktora başvurular daha az geri ödeme almaktadır. Aile hekimleri, hastalarını gerek gördüklerinde telefon veya e-posta aracılığıyla uzmanlara ya da hastanelere sevk edebilmektedir. Aile hekimine danışılmadan bir uzman doktora başvurulduğunda ise randevu süresi uzayabilmektedir (Çeçem, 2015).

Hollanda'da Hollanda'da, koruyucu sağlık hizmetleri ve tedavi hizmetleri, aile hekimleri tarafından birey odaklı bir şekilde sunulmaktadır. Nüfusun yaşlanmasıyla birlikte, evde bakım hizmetlerine yönelik talep artış göstermektedir. Aile hekimlerinin yaklaşık %47'si bağımsız ya da tek başına çalışırken, giderek daha fazla sayıda hekim, grup çalışması veya ortaklıklar aracılığıyla sağlık merkezlerinde görev almayı tercih etmektedir. Hollanda'da bir kişi, yılda ortalama 5 kez aile hekimine başvurmakta ve bir aile hekimine düşen ortalama hasta sayısı ise 2.300'dür. Vakaların yarısında sağlık sorunları telefonla çözülürken, %35'i sağlık merkezine davet edilmekte ve %15'ine ev ziyareti yapılmaktadır. 2008 yılına ait OECD verilerine göre, Hollanda'da kişi başına sağlık harcaması 4.063 \$ olup, sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH) içindeki payı %9,9'dur (Başol, 2015).

Hollanda'da birinci basamak sağlık hizmetlerinde telefonla danışmanlık önemli bir rol oynamaktadır. Bu hizmet, mesai saatleri dışında da devam etmekte olup, ilk olarak aile hekimi tarafından yönlendirilen hemşire ile yapılmaktadır. Hemşire, hastanın kaydını alıp semptomlarını not eder ve gerekli bilgilendirmeleri yapar, gerekirse aile hekimine yönlendirir. Mesai saatleri dışında sunulan bu telefonla danışmanlık hizmeti, acil servis başvurularını da azaltmıştır. Mesai dışı sağlık hizmetleri, birbirine

yakın sağlık hizmeti sunucusu olan aile hekimliklerinin oluşturduğu kooperatifler tarafından ortak bir telefon numarası ile sağlanmaktadır (Bektemur ve ark, 2018).

Küba'da 1984 yılında uygulanmaya başlayan Aile Hekimliği Planı kapsamında, sağlık merkezlerinde bir aile hekimi ve bir hemşireden oluşan ekipler halinde çalışılmaya başlanmıştır. Her ekip, 2,5 kilometrelik bir yarıçap içinde bulunan bölgede yaşayan 800-1000 kişiye hizmet vermektedir. Ülke genelindeki tüm nüfus, ücretsiz sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedir. Aile hekimlerine, polikliniklere ve hastanelere doğrudan başvurarak sağlık hizmeti almak mümkündür. Hastaneye sevk gerektiğinde, aile hekimi hastayla birlikte hastaneye gitmekte ve düzenli geri bildirimler alınmaktadır. Ayrıca, her birey istediği aile hekimini seçme özgürlüğüne sahiptir (Turhan, 2014). Aile hekimleri, koruyucu sağlık hizmetleri sunma, aşılama faaliyetlerini yürütme, sağlıklı yaşam alışkanlıklarını teşvik etme ve rehabilitasyon hizmetlerini sağlama gibi dört temel sorumluluk alanına sahiptir. Bu hekimler, farklı uzmanlık dallarından gelen doktorların belirli periyotlarda muayenehanelerine gerçekleştirdikleri ziyaretler yoluyla konsültasyon taleplerini karşılamakta, aynı zamanda bu uzmanların katkılarıyla kendi mesleki değerlendirme ve eğitim süreçlerini geliştirmektedir. Aile hekimliği alanında uzmanlaşmak isteyen bireylerin, altı yıllık tıp eğitimini tamamladıktan sonra iki yıllık ek bir eğitim sürecini tamamlamaları gerekmektedir. Bu eğitim sonrasında hekimler, farklı uzmanlık dallarına yönelme fırsatına da sahip olmaktadır (Turhan, 2014).

İsveç'te sağlık sisteminde hastalar, birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurmadan doğrudan hastaneye erişim sağlayabilir; ancak bu durumda ek ücret ödeme yükümlülüğü ile karşılaşabilirler. Birinci basamak sağlık hizmetleri, kamu yönetiminin denetiminde sunulmakta olup, ülke genelinde bölgesel farklılıklar göstermekle birlikte, genellikle aile hekimliği birimleri ve entegre poliklinikler aracılığıyla organize edilmektedir. Sevk sistemi resmi olarak zorunlu tutulmamakla birlikte, üst basamak sağlık hizmetlerine sevk olmaksızın başvuran bireylerden ek ücret talep edilmektedir. İsveç'te sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak yerel yönetimlerin desantralize yapısı altında yürütölmekte ve ülke, 6 bölgeye ayrılmış durumdadır. Bu bölgelerde, ileri düzey sağlık hizmetlerinin sunulduğu 7 üniversite hastanesi bulunmaktadır (Bektemur ve ark., 2018).

2.4.2. Türkiye’de aile hekimliği

Dünyada Aile Hekimliği ve Genel Pratisyenlik alanındaki gelişmeler, Türkiye’de ‘Toplum Hekimliği’ anlayışını şekillendirmiştir. Bu kapsamda, 1960’lı yıllarda Prof. Dr. Nusret Fişek’in önderliğinde hazırlanan ve yürürlüğe giren 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası, bütüncül hasta yaklaşımını ve genel pratisyenliği sağlık sisteminin birinci basamağına entegre etmiştir. Söz konusu yasa, her 5-10 bin kişilik nüfusa hizmet verecek bir sağlık ocağının kurulmasını öngörmüş ve bu merkezlerde ekip yaklaşımı çerçevesinde hekim, hemşire, ebe, sağlık teknisyeni, sağlık memuru, tıbbi sekreter, araç sürücüsü ile ihtiyaç duyulması halinde röntgen teknisyeni ve diş hekiminin görev yapmasını düzenlemiştir (Aktaş, 2012).

1983 yılında, dünya genelinde yaklaşık on yıldır tanınan Aile Hekimliği (AH) uzmanlık dalı, Türkiye’de de zorunlu hale getirilmiş ve Tababet Uzmanlık Tüzüğü’ne eklenerek resmi bir uzmanlık alanı olarak kabul edilmiştir. Bu düzenlemeye göre, pratisyen hekimlerin uzmanlık eğitimi süresi üç yıl, çocuk sağlığı ve hastalıkları ile iç hastalıkları uzmanları için ise bir yıl dört ay olarak belirlenmiştir. Türkiye’de ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde kurulmuş, 1985 yılında ise Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu’na bağlı hastanelerde uzmanlık eğitimi başlamıştır. 1993 yılında Yükseköğretim Kurulu (YÖK), tıp fakültelerinde Aile Hekimliği anabilim dallarının kurulmasını onaylamıştır. Avrupa Topluluğı ise 1995 yılında, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri’nde görev alacak hekimler için asgari iki yıllık bir eğitim zorunluluğı getirmiş, bu süre 1996 yılında üç yıla çıkarılmıştır (Algın, 2004).

Ülkemizde Aile Hekimliği uygulamasına ilk olarak 15 Ekim 2005 tarihinde ön test uygulaması şeklinde Düzcce’de başlanmış ve 2011 yılından itibaren de tüm illerde AH uygulamasına geçilmiştir. Halen 6330 Aile Sağlığı Merkezinde, 20183 Aile Hekimi hizmet vermektedir. (T.C. Sağlık Bakanlığı)

2.5. Sevk Sisteminin Gerekliliği

Hasta sevki, sağlık hizmetleri sunumunun bir aşamasında görev yapan bir sağlık çalışanının, mevcut kaynakların (ilaç, malzeme, beceri vb.) yetersizliğı nedeniyle hastanın klinik durumunu yönetememesi durumunda, hastayı aynı düzeyde ya da

daha üst düzeyde farklı ve daha kapsamlı kaynaklara sahip bir sağlık hizmeti sunucusuna yönlendirme süreci olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2015).

Sevk zinciri ise, acil durumlar haricinde, sağlık problemi olan kişilerin öncelikle birinci basamağa başvurmaları ve burada sunulan olanakların yetersiz kalması durumunda bir üst basamağa yönlendirilmesi süreci olarak tanımlanmaktadır. Bu uygulama sayesinde, sağlık ihtiyacı olan bireyler ilk olarak birinci basamaktan hizmet alacak ve yalnızca gerekli görülen durumlarda üst basamaklara sevk edilecektir. Bu sistem, hastaların sağlık hizmetlerine daha kolay erişimini sağlayarak zamansal fayda sunarken, aynı zamanda hastanelerdeki gereksiz yoğunluğu azaltarak maliyet avantajı yaratacaktır. Sonuç olarak, hizmet kalitesi en yüksek seviyeye ulaşacaktır (Sağlık Bakanlığı, 2005).

DSÖ'nün 1998 yılında duyurulan Dünya Sağlık Bildirgesi'nde, sağlık hizmet sunum sistemlerinin hedefe ulaşabilmesi için geri bildirim sistemi içeren bir sevk zincirinin uygulanması önerilmektedir (Bektemur ve ark, 2018).

Birçok gelişmiş ülkede icra edilen günümüzdeki aile hekimliği sistemi, çeşitli farklılıklar göstermesine rağmen sevk zinciri, aile hekimliğinin temel gayelerinden biri olan sağlık hizmetlerinin etkin yönetiminin zorunlu bir unsurudur (Bektemur ve ark, 2018).

Sevk, birinci basamak sağlık hizmeti sunucusunun, hastanın bakım, tanı ve tedavi süreçlerinde bir veya daha fazla uzman sağlık hizmeti sunucusuyla iş birliği yapma sürecidir. Ayrıca sevk, hastanın bakım sorumluluğunun bir kısmının başka bir sağlık hizmeti sunucusuna aktarılması anlamına da gelebilir. Bu aktarım dönemsel, eş zamanlı veya tamamen olabilir. Dönemsel sevk, hastanın ameliyat gerektirdiği durumlarda hastaneye yatırılmasını ifade ederken; eş zamanlı sevk, bakım sorumluluğu sürdürülerek özel sorunlar için yardım talep edilmesi durumunu ifade eder. Tamamen aktarım sevki ise hastanın mesuliyetinin başka bir hekime devredilmesi anlamına gelir (Çağlayaner, 2006).

Hasta sevki, büyük cerrahi operasyonlar veya ciddi hastalık tedavileri gibi durumlar için hastanın farklı bir sağlık kurumuna yönlendirilmesi ve tedavi sırasında sevk eden

hekimin herhangi bir yükümlülüğünün olmadığı durumlarda "aralıklı sevk" olarak adlandırılmaktadır. Bu durumda sevk eden hekimin sorumluluğu çoğunlukla tedavi sonrası süreçte devreye girmektedir.

Hastanın genel mesuliyetinin sevk eden hekimde kalmasıyla birlikte, sosyal ya da psikolojik danışma gibi spesifik problemler için yapılan sevkler "tamamlayıcı sevk" olarak tanımlanmakta olup, bu hizmetin uzun ya da kısa süreli olmasına göre değişebilmektedir.

Bir diğer sevk türü ise "çapraz sevk" olup, bu durumda hastaya başka bir doktordan sağlık hizmeti alması önerilebilir ve tavsiyeyi veren hekim, sevkten sonra hastanın tedavisi ile ilgili sorumluluk üstlenmez. Çapraz sevk, hastanın kendi kendini yönlendirmesiyle sonuçlanabilir ve bu, kaynak israfı, hastanın moral bozukluğu ve doktorun hastanın sağlık durumu hakkında bilgi sahibi olamaması gibi eleştirilere neden olabilmektedir.

Bölünmüş sevk ise, çok sayıda uzmanlık gerektiren durumlarda iki veya daha fazla hekimin sorumluluğu paylaşması durumunu ifade eder. Bu yöntemde bir hekim hastanın bir hastalığı ile ilgilenirken, diğeri diğeri bir hastalığı ile ilgilenmektedir. Ancak bu yöntem, hastanın genel sorumluluğunun hangi hekimde olduğuna dair belirsizlik yarattığı için eleştirilmektedir (McWhinney ve Freeman, 2009, s.382).

Ülkemizde optimal bir sevk sistemi bulunmamakla birlikte, sevk sürecine hastalar ve ailelerinin etkin katılımı, olumlu sonuçlar elde edilmesini sağlayabilir ve hem hizmet sunucularının hem de hastaların memnuniyetini artırarak sağlık harcamalarını azaltabilir. Ancak hastaların kendi kararlarıyla doğrudan uzman hekime gitmeleri, uzmanların iş yükünü artırarak, gerçekten ihtiyacı olan hastaların bu hizmetlere ulaşmasını zorlaştırabilir. Bu durum çeşitli sorunlara yol açabilir, örneğin sağlık sisteminde gereksiz harcamalar artabilir, hastalar ödeme zorluklarıyla karşılaşabilir ve sağlık bilgisi eksikliği nedeniyle uygun hizmetlerden yararlanamayabilirler. Ayrıca, hizmetin sürekliliği sağlanamaz, eksik sevk planlaması yapılabilir ve uzman hizmetlerinin kalitesi iş yükü nedeniyle düşebilir. Diğer sorunlar arasında mevcut sevk sisteminin risk altına girmesi, uzman hekime ulaşım zorlukları, sağlık sistemine

erişimde adaletsizlik ve hastaların sevk sistemine olan güveninin azalması yer alabilir. Ayrıca, birinci ve ikinci basamak sağlık kurumları arasındaki iletişim eksikliği, geri bildirim ve tedavi sonrası izleme süreçlerinin aksaması gibi problemler de ortaya çıkabilir (Bulut ve Uğurluoğlu, 2020).

Türkiye'de hasta sevki tarihsel bir perspektifle ele alındığında, önemli bir dönemi etkilemekle birlikte sağlık politikalarının belirlenmesinde etkili olan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu'nun sevk sisteminin uygulanmasını teşvik ettiği görülmektedir. Bu kanunda, "Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyenler, acil durumlar dışında, önce sağlık evine veya sağlık ocağına başvururlar." ifadesi bulunmaktadır ve bu düzenlemeye uyulmadan hastanelere başvuran kişilerin, sağlık ocağı veya merkezi tarafından sevk edilmedikçe muayene ve tedavileri karşılanmadan ücrete tabi olduğu ifade edilmektedir (T.C. Resmî Gazete: 12 Ocak 1961, sayı: 10705).

Belirten kapsamda 1990'ların başından itibaren Türkiye, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında yeniden yapılanmaya yönelik reformlar ve yeni düzenlemeler konusunda çeşitli adımlar atmıştır. Bu reformlar, kalkınma planlarına entegre edilmiş ve sağlık hizmetlerinin basamakları arasında etkili bir hasta yönlendirme sistemi oluşturulması amaçlanmıştır. Ayrıca sağlık harcamalarının daha etkin bir biçimde kullanılabilmesi için sevk uygulamasının kademeli olarak zorunlu hale getirilmesi gerektiği planlanmıştır. Hem 224 sayılı Kanun hem de kalkınma planları bu amaca vurgu yapmış ve Sağlık Bakanlığı tarafından 2000'lerin başında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) çerçevesinde çıkarılan mevzuatta sevk sistemi uygulamasının gerekliliği açıkça ifade edilmiştir. SDP kapsamında yürürlüğe giren 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, sevk sistemi uygulamasına ve sevk kurallarına uymayan hastalar için yaptırımlar içermektedir (Bulut ve Uğurluoğlu, 2020; T.C. 10. Kalkınma Planı, 2013).

Devam eden süreçte temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve diğer hizmet basamaklarıyla entegrasyonunu sağlamak amacıyla aile hekimliği uygulaması başlatılmıştır. Bu uygulama, Düzce ilinde başlamış ve kademeli olarak 2010 yılının

sonunda ülkenin tüm illerinde uygulanmaya başlanmıştır. Aile hekimliği uygulaması ile Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bir bileşeni olan "etkili ve kademeli sevk sistemi" kapsamında hastanelerle koordineli bir şekilde sağlık sistemi için uygun bir sevk sistemi geliştirilmesi hedeflenmiştir. Bu çerçevede, hastanelerle entegre bir sağlık sistemi ile uyumlu bir sevk sistemi geliştirilmesi amaçlanmış ve aile hekimleri tarafından daha fazla muayene yapılması, hastaların üst basamaklara yönlendirilmesinin azaltılması planlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003).

Zorunlu sevk sistemi uygulaması, ilk olarak 2008 yılında Denizli, Bayburt, Isparta ve Gümüşhane illerinde başlatıldı. Bu sistem, hastaların birinci basamak sağlık kuruluşlarından ikinci ve üçüncü basamak kuruluşlarına zorunlu olarak sevk edilmelerini gerektiriyordu. Ayrıca, bu sevklerin yüzde 15'i aşması durumunda aile hekimlerinin ücretlerinden kesinti yapılması öngörülüyordu (Aytekin, 2012; Çiçeklioğlu ve diğerleri, 2013). Ancak, bu uygulama sistemde çeşitli sorunlara yol açtı ve aile hekimlerinin iş yükünü önemli ölçüde artırdı. Sonuç olarak, Anayasa Mahkemesi tarafından 2008 yılında iptal edilmiştir (T.C. Resmî Gazete, 21 Şubat 2008, 2008/63).

2.6. Birinci Basamakta Kulak Burun Boğaz Hastalıklarının Yeri

Toplumsal farklı kesimlerinde ve yaş gruplarında üst solunum yolu enfeksiyonlarının (ÜSYE) yüksek oranda görülmesi, kulak burun boğaz hastalıkları polikliniklerinde (KBB) belirgin bir yoğunluk artışına yol açmaktadır. Ülkemizde yapılan bir araştırmada, bir devlet hastanesi KBB'ye başvuran hastalar arasında en sık görülen tanılar sırasıyla, ÜSYE (%23,3), sinüzit (%15), akut tonsilit (%11,5), akut otitis media (%11) ve kronik otitis media (%6,7) olarak tespit edilmiştir. Bu bulgular, KBB polikliniklerine yönelik artan talebin nedenlerini anlamada önemli bir veri sunmaktadır. (Verghese, 1991).

Ülkemizde bir aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilen bir araştırmada, hastaların en sık başvuru yakınmaları arasında öksürük, ateş, baş ağrısı, boğaz ağrısı, bel ağrısı, halsizlik, diz ağrısı, kusma, kaşıntı ve göğüs ağrısı yer almaktadır. Bu hastalara konulan tanılar sıralandığında, en yaygın olarak üst solunum yolu enfeksiyonları (viral ve bakteriyel ÜSYE, otit, tonsillit, faranjit, gribal enfeksiyonlar),

hipertansiyon, anemi, diabetes mellitus ve depresyon tespit edilmiştir. Ayrıca, başvuranların çeyreğine tanı konulamamıştır. Yapılan bu çalışmalar, ülkemizde ve dünya genelinde aile hekimliğine başvurularda en sık rastlanan semptomların üst ve alt solunum yolu semptomları olduğunu göstermektedir. (Şensoy, 2004)

Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi (TUKMOS) tarafından aile hekimliği eğitimi için belirlenen standartlar incelendiğinde, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Polikliniği (KBB) anabilim dalıyla örtüşebilecek pek çok hastalık tespit edilmiştir (TUKMOS, 2019).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, kulak burun boğaz polikliniğine başvuran hastaların başvuru nedenlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerinde yönetilebilirliğini değerlendirmeyi amaçlayan kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmamız, 1 Temmuz 2024 ile 30 Kasım 2024 tarihleri içerisinde Sakarya Eğitim ve

Araştırma Hastanesi'nde hizmet verilen, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları polikliniğine başvuran hastalar ile yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmamızın evreni, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları polikliniğine başvuran hastalardan oluşmaktadır. Bu çalışma, belirli bir örnekleme yöntemi kullanılmaksızın, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları polikliniğine başvuran 18 yaş ve üzeri 500 gönüllü hasta ile gerçekleştirilmiştir.

3.4. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi

Araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu 37 sorudan oluşmaktadır. Üç uzman hekim tarafından gözden geçirilen ve gerekli revizyonlar yapılan anket, SEAH Kulak Burun Boğaz Hastalıkları polikliniğinde pilot olarak uygulanmıştır. Anketin anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliği ile ilgili sorunlar giderildikten sonra, son hali verilmiştir. Veriler, yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

Anket formu beş bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm sosyodemografik bilgileri içermektedir. İkinci bölümde, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların tıbbi geçmişleri sorgulanmıştır. Üçüncü bölümde, aile hekimleri ile ilgili tutum ve davranışlar, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları polikliniğine başvuru

şikayetleri, bu şikayetlerin süreleri ve başvuru şekilleri ele alınmıştır. Dördüncü bölümde, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları polikliniğine başvurmadan önce aile hekimine giden hastaların aile hekimliğinde yaşadıkları süreç ve yönetim şekli incelenmiştir. Beşinci bölüm, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları polikliniğinde uygulanan tedavi, gerekli laboratuvar testleri, görüntüleme işlemleri ve girişimsel müdahaleler gibi yönetim süreçlerini içermektedir. Anket, muayene sonrasında Kulak Burun Boğaz Hastalıkları uzmanına yöneltilen değerlendirme sorusuyla tamamlanmıştır (EK-2).

3.5. Verilerin Analizi

Tanımlayıcı istatistiklerin sunumunda, nitel değişkenler için frekans (n) ve yüzdelik (%); nicel değişkenler için ise ortalama, standart sapma, ortanca ve çeyreklikler kullanılmıştır. İki kategorik değişken arasındaki ilişkinin analizi için dört gözlü tablolarda; beklenen değerin 5'ten küçük olduğu durumlarda Fisher'in kesin testi, 5 ile 25 arasında olduğu durumlarda Yates düzeltmeli ki-kare testi, 25'in üzerinde olduğu durumlarda ise Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Rxc şeklindeki tablolarda, beklenen değeri 5'ten küçük olan göz sayısının %20'nin altında olması durumunda Pearson ki-kare testi kullanılırken, %20'nin üzerinde olması durumunda hipotez testi gerçekleştirilmemiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak belirlenmiştir. Tüm analizler SPSS v20.0 (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0; Armonk, NY, USA) yazılımı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmamızda belirli bir örneklem seçilmediği sebebi ile elde edilen sonuçlar tüm Türkiye geneline genellenemez. Kesitsel tipte ve tanımlayıcı bir araştırma olması nedeniyle, neden-sonuç ilişkisi kurma konusunda güçlü bir metodolojisi yoktur. Ayrıca, anket çalışmaları genel olarak bazı kısıtlılıkları da beraberinde getirdiği bilinmektedir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmamız, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 27/06/2024 tarihli 285282-285 numaralı etik kurul

onayı alınarak yapılmıştır (EK-1: Etik kurul formu). Çalışma katılımcıları, araştırmanın amacı, veri kullanımı ve verilen yanıtların gizliliği konularında önceden bilgilendirilmiş, sözlü onayları alınmış ve çalışmaya katılmayı onaylayan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.



4. BULGULAR

Araştırmaya katılan 500 katılımcının yaş ortalamaları 43,07 yıl olup yaş ortancası 42 yıldır, en küçüğü 18, en büyük 85 yaşındaydı. Katılımcıların %59,80'i (n=299) kadındır. Katılımcıların %64,80'i (n=324) evli olup %33,60'ı (n=168) ilçe merkezinde, %59,20'si (n=296) il merkezinde ikamet etmekteydi. Katılımcıların %32'si (n=160) ilköğretim, %27,40'ü (n=137) lise ve %25,4'ü (n=127) lisans mezunuyken, %31,8'i (n=159) tam zamanlı olarak istihdam edilmiş, %35,6'si (n=178) ev hanımı, %15,4'ü (n=77) emekli olup %76,4'ü (n=382) ekonomik durumunu orta olarak belirtmişti.

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini gösteren tablo aşağıda Tablo 4.1. ile verilmiştir.

Tablo 4.1. Kulak burun boğaz polikliniğine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	299	59,80
Erkek	201	40,20
Medeni Hal		
Evli	324	64,80
Bekar	131	26,20
Dul/Boşanmış	45	9,00
İkamet		
Köy	36	7,20
İlçe	168	33,60
İl	296	59,20
Eğitim Durumu		
Yok	17	3,40
Okur-yazar	4	0,80
İlkokul	160	32,00
Ortaokul	48	9,60
Lise	137	27,40
Lisans	127	25,40
Yüksek Lisans	7	1,40
Çalışma Durumu		
Tam Zamanlı	159	31,80
Yarı Zamanlı	16	3,20
Ev Hanımı	178	35,60
Öğrenci	54	10,80

Tablo 4.1. Kulak burun boğaz polikliniğine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri (devamı)

Emekli	77	15,40
İşsiz	16	3,20
Ekonomik Durum		
Düşük	100	20,00
Orta	382	76,40
Yüksek	18	3,60

Araştırmaya katılan katılımcıların tanıli hastalıklarına baktığımızda %19,40'unda (n=97) hipertansiyon, %14,20'sinde (n=71) diyabetes mellitus, %8,40'ında (n=42) kolesterol, %8,40 (n=42) koroner arter hastalığı bulunmaktaydı. Konu ile ilgili tablo aşağıda Tablo 4.2. ile verilmiştir.

Tablo 4.2. Kulak burun boğaz hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların bilinen kronik hastalıkları

Tanıli Hastalık*	Sayı(n)	Yüzde(%)
Hipertansiyon	97	19,40
Diyabetes mellitus	71	14,20
Hiperlipidemi	42	8,40
Koroner arter hastalığı	42	8,40
Obezite	14	2,80
Kronik obstruktif akciğer hastalığı	7	1,40
Obstruktif uyku apne sendromu	5	1,00
Serebro vasküler obstrüksiyon	4	0,80
Diğer	11	2,20
Yok	331	66,20

*Katılımcılar birden fazla seçeneği işaretlemişlerdir.

Katılımcıların %7,4'ü (n=37) oral tedavi, %4,2'si (n=21) intranazal, %1,6'sı (n=8) kulak içi tedavi almaktaydı. Katılımcıların %86,8'i (n=433) herhangi bir KBB hastalığı tedavisi almazken, %2'sinin (n=10) kulak burun boğaz hastalıkları ile ilgili ilaç raporu bulunmaktaydı.

Konu ile ilgili tablo aşağıda Tablo 4.3. ile verilmiştir.

Tablo 4.3. Kulak burun boğaz hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların kullandığı kulak burun boğaz ilaçları ve ilaç rapor durumları

Değişkenler	Sayı(n)	Yüzde (%)
İlaç Kullanımı*		
Oral tedavi	37	7,40
İntranazal	21	4,20
Kulak içi	8	1,60
Kemoterapötik	4	0,80
Diğer	6	1,20
Hayır	434	86,80
İlaç Raporu		
Yok	490	98,00
Var	10	2

*Katılımcılar birden fazla seçeneği işaretlemişlerdir.

Polikliniğe başvuran hastaların %71,6'ı (n=358) daha önce tanısı konulmuş herhangi bir kulak burun boğaz hastalığı olmadığını belirtirken, %7,4'ü (n=37) alerjik rinit, %6'sında (n=30) nörosensoriyal işitme kaybı, %3,2'sinde (n=16) bening paroksizmal vertigo tanısı bulunmaktaydı. Konu ile ilgili tablo aşağıda Tablo 4.4. ile verilmiştir.

Tablo 4.4. Polikliniğe başvuran hastaların kulak burun boğaz eski hastalık tanıları

Kulak Burun Boğaz Eski Hastalık Tanıları*	Sayı(n)	Yüzde (%)
Yok	358	71,60
Alerjik rinit	37	7,40
Nörosensoriyal işitme kaybı	30	6,00
Bening paroksizmal vertigo	16	3,20
Vokal kord hastalıkları	8	1,60
Kronik otitis media	5	1,00
Malignite (kanser)	4	0,80
Sıkışmış serumen	4	0,80
Vertigo	3	0,60
Diğer	35	7,00

*Katılımcılar birden fazla seçeneği işaretlemişlerdir.

Araştırmaya katılanların %21,6'sı (n=108) işitme kaybı, %8,6'sı (n=43) kulakta çınlama, %15,4'ü (n=77) kulak ağrısı, %10,8'i (n=54) burun tıkanıklığı, %12'si (n=60) kulak tıkanıklığı şikayeti ile KBB'ye başvurdu.

Konu ile ilgili detay bilgi Tablo 4.5.'te verilmiştir.

Tablo 4.5. Kulak burun boğaz polikliniğine başvuran hastaların başvuru şikayetleri

Kulak Burun Boğaz Polikliniğine Başvuru Şikayeti	Sayı(n)	Yüzde(%)
İşitme kaybı	108	21,60
Kulak ağrısı	77	15,40
Kulak tıkanıklığı	60	12,00
Burun tıkanıklığı	54	10,80
Kulakta çınlama	43	8,60
Kulak akıntısı	32	6,40
Boyunda şişlik	31	6,20
Nefes darlığı	30	6,00
Ses kısıklığı	20	4,00
Geniz akıntısı	19	3,80
Boğaz ağrısı	19	3,80
Koku bozukluğu	9	1,80
Kontrol	11	2,20
Burun akıntısı	7	1,40
Yutma güçlüğü	7	1,40
Diğer	95	20,00

*Diğer: Burun kanaması, hapşırık, baş dönmesi, boyunda lezyon, burunda lezyon, yüzde uyuşukluk.

Katılımcıların %42'si (n=210) ilk başvuru merkezi olarak aile hekimliklerini tercih ettiğini belirtirken, %88,2'si (n=441) bağlı bulunduğu aile hekimini tanıdığını, %37,6'sı (n=188) bağlı bulunduğu aile hekiminin uzman doktor olduğunu, %46,6'sı (n=233) ise aile hekiminin uzman doktor olup olmadığı hakkında bilgi sahibi olmadığını belirtti. Hastaların aile hekimi başvuru sıklığı sorgulandığında %46,4'ü (n=232) yılda 1-3 kez, %8,8'i (n=44) yılda 10'dan fazla başvuruda bulunduğunu belirtti.

Konu ile ilgili detaylar Tablo 4.6.'da verilmiştir.

Tablo 4.6. Kulak burun boğaz hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların aile sağlığı merkezi ve aile hekimlerine dair bazı özellikleri

Değişkenler	Sayı(n)	Yüzde(%)
Herhangi Bir Sağlık Probleminde İlk Başvuru Merkezi		
Aile sağlığı merkezi	210	42,00
Devlet Hastaneleri	105	21,00
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	182	36,40
Özel Hastane	3	0,60
Aile Hekimi Tanıma Durumu		
Tanıyor	441	88,20
Tanımıyor	59	11,80
Aile Hekimi Uzman mı?		
Evet	188	37,60
Hayır	79	15,80
Bilinmiyor	233	46,60
Aile Hekimi Başvuru Sıklığı		
Hiç	46	9,20
Yılda 1-3 Kez	232	46,40
Yılda 4-10 Kez	178	35,60
Yıldan 10 dan Fazla	44	8,80

Şikayet süresine baktığımızda katılımcıların %52,40'ının (n=262) 6 haftadan daha uzun, %30,40'ının (n=152) 2 haftadan daha kısa süreli şikayetler ile KBB'ye başvuruda bulunmuştur. Katılımcıların %62,00'si (n=310) mevcut şikayet ile ilk defa KBB'ye başvuruda bulunmuştur. Katılımcıların %14,20'si (n=71) KBB'den önce aile sağlığı merkezine başvurmuştur. Bu hastaların 38'i için tedavi verilmiştir.

Konu ile ilgili detaylar Tablo 4.7.'de verilmiştir.

Tablo 4.7. Hastalık sürecine ait bazı özellikler

Değişkenler	Sayı(n)	Yüzde(%)
Şikayet Süresi		
<2 hafta	152	30,40
2-6 hafta	86	17,20
>6 hafta	262	52,40
KBB İlk Başvuru mu?		

Tablo 4.7. Hastalık sürecine ait bazı özellikler (devamı)

Hayır	190	38,00
Evet	310	62,00
Aile Hekimine Başvurdu mu?		
Hayır	429	85,80
Evet	71	14,20
Aile Hekimi Yaklaşımı		
Tahlil	1	14,80
Tedavi	38	53,52
Yaşam Tarzı Değişikliği	2	2,82
Sadece muayene	30	42,25

KBB: Kulak burun boğaz

Aile hekimi tarafından tedavi verilen katılımcıların %28,95'i (n=11) tedaviden fayda aldığını, %31,58'i (n=12) fayda almadığını, %39,47'si (n=15) kısmen fayda aldığını belirtmiştir. Katılımcıların %87,32 (n=62) aile hekiminin yaklaşımından memnun kaldığını, %12,98 (n=9) memnun kalmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %12,98'i (n=9) KBB'ye sevk edilmediğini belirtmiştir. %35,21'i (n=25) geçmeyen şikayetlerden kaynaklı, %43,66'sı (n=31) ileri düzey tetkik/görüntüleme/tedavi için, %8,45'i (n=6) ise girişimsel müdahale için kulak burun boğaz hastalıkları polikliniğine sevk edilmiştir. Konu ile ilgili detay bilgi Tablo 4.8.'de verilmiştir.

Tablo 4.8. Kulak burun boğaz hastalıkları polikliniğinden önce aile hekimliğine başvuran hastaların aile sağlığı merkezinde aldığı sağlık hizmetini değerlendirmesi

Değişkenler	Sayı(n)	Yüzde (%)
Aile Hekiminin Verdiği Tedaviden Fayda Gördü mü?		
Evet	11	28,95
Hayır	12	31,58
Kısmen	15	39,47
Aile Hekiminden Memnun mu?		
Evet	62	87,32
Hayır	9	12,68
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Polikliniğine Sevk Etti mi?		
Hayır	9	12,68
Evet, Geçmeyen Şikayetler	25	35,21
Evet, İleri Düzey Tetkik/Görüntüleme	31	43,66
Evet, Girişimsel Müdahale	6	8,45

Polikliniğe başvuran katılımcılardan aile hekimi uzman hekim olanların %44,68'i, uzman hekim olmayanların %41,77'si, bilgisi olmayanların %49,36'sının yılda 1-3 kez aile hekimlerine başvurdukları belirtti.

Konu ile ilgili detaylar Tablo 4.9.'da verilmiştir.

Tablo 4.9. Kulak burun boğaz hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların aile sağlığı merkezlerine başvuru sıklığı ile aile hekimlerinin ünvanının karşılaştırılması

ASM'e başvuru sıklığı	Uzman aile hekimi		Pratisyen aile hekimi		Bilinmiyor	
	Sayı (n)/	Yüzde (%)	Sayı (n)/	Yüzde (%)	Sayı (n)/	Yüzde (%)
Hiç	12	(6,38)	5	(6,33)	29	(12,45)
Yılda 1-3 kez	84	(44,68)	33	(41,77)	115	(49,36)
Yılda 4-10 Kez	75	(39,89)	30	(37,97)	73	(31,33)
Yılda 10' dan fazla	17	(9,04)	11	(13,92)	16	(6,87)

Katılımcılardan kulak burun boğaz polikliniğine başvuran hastaların ilk başvuruda aile hekimine başvurmama nedenleri arasında, branş hekimine muayene olmak isteyenler %50,12 (n=215), aile hekiminin yetersiz olacağını düşünenler %18,88 (n=82), acil veya farklı bir branş hekimi tarafından yönlendirilenler %15,15 (n=65), tetkik ve görüntüleme yöntemlerini yetersiz bulanlar %3,73 (n=16) oranındaydı. Konu ile ilgili detaylar Tablo 4.10.'da verilmiştir.

Tablo 4.10. Kulak burun boğaz polikliniğine başvuran hastaların ilk başvuruda aile sağlığı merkezlerine başvurmama nedenleri

İlk başvuruda ASM'e başvurmama sebebi	Sayı(n)	Yüzde(%)
Branş hekimi talebi	215	50,12
Aile hekiminin yetersiz kalacağı düşüncesi	81	18,88

Tablo 4.10. Kulak burun boğaz polikliniğine başvuran hastaların ilk başvuruda aile sağlığı merkezlerine başvurmama nedenleri (devamı)

Bir başka branş hekimi tarafından yönlendirilme	65	15,15
Tetkik/görüntüleme ihtiyacı	16	3,73
Ulaşım imkanları sebebiyle	14	3,26
Aile sağlığı merkezi başvurusu akıla gelinmemesi	8	1,86
Cerrahi ihtiyaç düşüncesi	30	6,99

ASM: Aile sağlığı merkezi

Araştırmaya katılanların %61,00'i (n=305) herhangi bir yönlendirme olmadan, %12,40'ı (n=62) aile hekiminin yönlendirmesi ile KBB'ye başvurdu. Katılımcıların %67,8'inde (n=339) görüntüleme, %93,2'sinde (n=466) dinamik test, %44,8'inde (n=224) ileri tetkik, %88,8'inde (n=444) laboratuvar tetkik ihtiyacı duyulmadı. Katılımcıların %40,6'sında (n=203) girişimsel işlem uygulanmış olup, %59,4'ünde (n=297) girişimsel işlem uygulanmadı. Katılımcıların %8,2'i (n=41) KBB uzmanı tarafından başka bölüme sevk edildi.

Konu ile ilgili detaylar Tablo 4.11.'de verilmiştir.

Tablo 4.11. Hastaların kulak burun boğaz polikliniğine başvurma durumu ve poliklinikte aldığı sağlık hizmetinin özellikleri

Değişkenler	Sayı(n)	Yüzde (%)
Kulak burun boğaz polikliniğine yönlendirilme durumu		
Kendisi	305	61,00
Aile/Komşu/Arkadaş	58	11,60
Diğer branş hekimleri	75	15,00
Aile Hekimi tarafından sevk edilme	62	12,40
Görüntüleme İhtiyacı var mı?		
Yok	339	67,80
Direkt Grafi	8	1,60
Bilgisayarlı Tomografi	102	20,40
MR	20	4,00
Ultrasonografi	31	6,20
Laboratuvar Tetkiki İhtiyacı var mı?		
Evet	56	11,20
Hayır	444	88,80

Tablo 4.11. Hastaların kulak burun boğaz polikliniğine başvurma durumu ve poliklinikte aldığı sağlık hizmetinin özellikleri (devamı)

Dinamik Test İhtiyacı var mı?		
Evet	34	6,80
Hayır	466	93,20
İleri Tetkik İhtiyacı var mı?		
Evet	276	55,20
Hayır	224	44,80
Girişimsel Müdahale İhtiyacı		
Evet	203	40,60
Hayır	297	59,40
KBB Hekimi Başka Bir Bölüme Sevk Etti mi?		
Evet	41	8,20
Hayır	459	91,80

KBB uzmanına göre, hastaların %24'ünün (n=120) tanısı konulup birinci basamakta yönetilebilirdi. %23,2'si (n=116) laboratuvar, görüntüleme ve test imkanlarının yetersizliğinden, %21'i (n=105) girişimsel işlem gerektirdiği için, %21'i (n=105) uzmanlık bilgisi gerektirdiği için birinci basamakta yönetilemezdi. Konu ile ilgili detaylar Tablo 4.12'de verilmiştir.

Tablo 4.12. Kulak burun boğaz hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların birinci basamakta yönetilme durumunun değerlendirilmesi

Yönetilebilirlik	Sayı(n)	Yüzde (%)
Evet, tanısı konulup yönetilebilir.	120	24,00
Evet, tanısı konulup yönetilebilir ancak reçete edilen ilaçlar SGK geri ödeme kapsamında olmadığı için yönetilemeyebilir.	24	4,80
Hayır, laboratuvar, görüntüleme ve test imkanlarından kaynaklı yönetilemez.	116	23,20
Hayır, girişimsel işlem gerektiği için yönetilemez.	105	21,00
Hayır, branşa spesifik bilgi gerektirdiği için yönetilemez.	105	21,00
KBB hastalıkları kliniğinde tanı ve tedavisi yapılamaz. (Yanlış başvuru)	30	6,00

KBB: Kulak burun boğaz, SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

Araştırmaya katılan kadınların, %42,14'ü (n=126) ilk başvuru merkezi olarak aile sağlık merkezini, erkeklerin ise %41,79'u (n=84) aile sağlık merkezini tercih ettiğini

belirtti. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır($p=0,938$). Konu ile ilgili detay bilgi Tablo 4.13.'te verilmiştir.

Tablo 4.13. Katılımcıların ilk başvurdukları sağlık kurumu ile cinsiyeti arasındaki ilişki

Cinsiyet	ASM n (%)	Hastaneler n (%)	p*
Kadın	126 (42,14)	173 (57,86)	0,938
Erkek	84 (41,79)	117 (58,21)	

*Pearson ki-kare testi, ASM: Aile sağlık merkezi

Eğitim durumu ilköğretim mezunu olanların %48,75'si ($n=78$) aile sağlık merkezlerini, %51,25'si ($n=44$) hastaneleri, ortaokul mezunu olanların %43,75'si aile sağlık merkezlerini, %56,25'i ($n=8$) hastaneleri ilk başvuru merkezi olarak, lise mezunu olanların %38,69'si aile sağlık merkezlerini, %61,31'i ($n=23$) hastaneleri ilk başvuru merkezi olarak, lisans mezunu olanların %33,07'si aile sağlık merkezlerini tercih ettiğini belirtti. Gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı taşımaktadır ($p=0,0467$, $p<0,05$). Konu ile ilgili detaylar Tablo 4.14.'te verilmiştir.

Tablo 4.14. Katılımcıların eğitim seviyeleri ile ilk başvurdukları sağlık kurumu arasındaki ilişki

Eğitim Durumu	ASM n (%)	Hastaneler n (%)	p*
Yok	11 64,71	8 38,10	0,0467
İlkokul	78 48,75	44 51,25	
Ortaokul	21 43,75	8 56,25	
Lise	53 38,69	23 61,31	
Lisans	42 33,07	24 66,93	
Yüksek Lisans	3 42,86	1 57,14	

*Pearson ki-kare testi, ASM: Aile sağlık merkezi

Medeni durumu evli olanların %47,53'ü ($n=154$) ilk başvuru merkezi olarak aile sağlık merkezlerini %52,47'si ($n=170$) hastaneleri, bekar olanların %29,01'ü ($n=38$)

ilk başvuru merkezi olarak aile sağlık merkezlerini %70,99'i (n=93) hastaneleri, boşanmış/dul olanların ise %40,00'ı (n=18) ilk başvuru merkezi olarak aile sağlık merkezlerini %60,00'ı (n=27) hastaneleri tercih etmiştir. İki grup arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlam taşımaktadır. ($p=0,001$, $p<0,05$). Konu ile ilgili detay bilgi Tablo 4.15.'te verilmiştir.

Tablo 4.15. Katılımcıların medeni durumu ile ilk başvurdıkları sağlık kurumu arasındaki ilişki

Medeni durum	ASM n (%)	Hastaneler n (%)	p*
Evli	154 (47,53)	170 (52,47)	0,001
Bekar	38 (29,01)	93 (70,99)	
Dul	18 (40,00)	27 (60,00)	

*Pearson ki-kare testi, ASM:Aile sağlığı merkezi

Araştırmada ikameti köy olarak belirtenlerin %44,44'ü (n=16) aile sağlık merkezlerini %55,56'sı (n=20) hastaneleri, ikameti ilçe olarak belirtenlerin %41,67'si (n=70) aile sağlık merkezlerini, %58,33'si (n=98) hastaneleri, ikameti il merkezi olarak belirtenlerin %41,89'u (n=124) aile sağlık merkezlerini, %58,11'i (n=172) hastaneleri, tercih ettiğini belirtti. Gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,952$). Konu ile ilgili detay bilgi Tablo 4.16.'da verilmiştir.

Tablo 4.16. Katılımcıların ikamet ettiği bölge ile ilk başvurdıkları sağlık kurumu arasındaki ilişki

İkamet edilen bölge	ASM n (%)	Hastaneler n (%)	p*
Köy	16 (%44,44)	20 (%55,56)	0,952
İlçe	70 (%41,67)	98 (%58,33)	
İl Merkezi	124 (%41,89)	172 (%58,11)	

*Pearson ki-kare testi, ASM: Aile sağlığı merkezi

Çalışma durumları incelendiğinde, tam zamanlı çalışanların %35,85'i (n=57) aile sağlık merkezlerini, %64,15'i (n=102) hastaneleri, ev hanımlarının %48,88'i (n=87) aile sağlık merkezlerini, %51,12'i (n=91) hastaneleri, öğrencilerin %27,78'i (n=15) aile sağlık merkezlerini, %72,22'i (n=39) hastaneleri, emeklilerin %54,55'i (n=42) aile sağlık merkezlerini, %45,45'i (n=35) hastaneleri, işsizlerin %25,00'i (n=4) aile sağlık merkezlerini, %75'i (n=12) hastaneleri, tercih ettiğini bildirdi. İki grup arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlam taşımaktadır. ($p=0,0028$, $p<0,05$)

Konu ile ilgili detay bilgi Tablo 4.17.'de verilmiştir.

Tablo 4.17. Katılımcıların çalışma durumu ile ilk başvurdukları sağlık kurumu arasındaki ilişki

Çalışma Durumu	ASM n (%)		Hastaneler n (%)		p*
Tam Zamanlı	57	35,85	102	64,15	0,0028
Yarı Zamanlı	5	31,25	11	68,75	
Ev Hanımı	87	48,88	91	51,12	
Öğrenci	15	27,78	39	72,22	
Emekli	42	54,55	35	45,45	
İşsiz	4	25,00	12	75,00	

*Pearson ki-kare testi, ASM: Aile sağlığı merkezi

Katılımcılardan aile hekimi uzman olanların %46,81'i (n=88) ilk başvuru merkezi olarak sıklıkla aile sağlığı merkezini tercih ettiğini bildirmiş olup, %53'ü (n=100) ilk başvuru merkezi olarak sıklıkla hastaneleri tercih ettiğini bildirdi. Katılımcıların aile hekiminin uzman olup olmadığı hakkında bilgisi olmayanların ise %35'i (n=82) ilk başvuru merkezi sıklıkla aile sağlığı merkezi iken %65'i (n=151) hastaneleri tercih ettiğini bildirdi. Çalışmadaki verilere göre herhangi bir şikayette katılımcıların aile hekiminin uzman olup olmadığını bilmeyenler, bilenlere göre ilk başvurduğu sağlık kurulu daha sıklıkla hastanelerdi. Gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlam taşımaktadır. ($p<0,05$)

Konu ile ilgili detay bilgi Tablo 4.18.'de verilmiştir.

Tablo 4.18. Katılımcıların aile hekiminin ünvanı ile ilk başvurdukları sağlık kurumu arasındaki ilişki

Aile hekiminin uzmanlık durumu	ASM n (%)	Hastaneler n (%)	p*
Uzman	88 46,81	100 53,19	0,013
Uzman Değil	40 50,63	39 49,37	
Bilgi Yok	82 35,19	151 64,81	

*Pearson ki-kare testi, ASM: Aile sağlığı merkezi

Katılımcılardan, aile hekimlerini tanıyanların ilk başvuru merkezi olarak sıklıkla aile sağlık merkezlerini tercih edenlerin oranı %45,80 (n=202), hastaneleri tercih edenlerin oranı %54,20 (n=239) iken, katılımcılardan aile hekimlerini tanımayanların ilk başvuru merkezi olarak sıklıkla aile sağlık merkezlerini tercih edenlerin oranı %13,56 (n=8), hastaneleri tercih edenlerin oranı %86,44 (n=19)' dü. Gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlam taşımaktadır. ($p<0,001$)

Konu ile ilgili detay bilgi Tablo 4.19 'da verilmiştir.

Tablo 4.19. Katılımcıların aile hekimlerini tanıma durumu ile ilk başvurdukları sağlık kurumu arasındaki ilişki

Aile hekimini tanıma durumu	ASM n (%)	Hastaneler n (%)	*p
Tanıyor	202 45,80	239 54,20	<0,001
Tanımıyor	8 13,56	51 86,44	

*Pearson ki-kare testi, ASM: Aile sağlığı merkezi

Katılımcılardan, KBB'ye ilk defa başvuranların %32,26'sı (n=100) birinci basamakta yönetilebilir, ilk başvurusu olmayan hastaların ise %10,53'ü (n=20) birinci basamakta yönetilebilirdi. İki grup arasındaki fark $p<0,001$ olmaktadır ve istatistiksel olarak anlam taşımaktadır. ($p<0,001$)

Katılımcılardan KBB öncesi aile hekimliklerine başvuranların %15,49'u (n=11) birinci basamakta yönetilebilir, aile hekimliklerine ilk başvurusu olmayanların %5,41'i (n=109) birinci basamakta yönetilebilirdi. Gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlam taşımaktadır. (p=0,069)

Katılımcılardan ilaç kullanmayanların %4,48'i (n=3) birinci basamakta yönetilebilir, ilaç kullananların ise %27,02'si (n=117) birinci basamakta yönetilebilirdi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlam taşımaktadır. (p<0,05)

Konu ile ilgili ayrıntılı detaylar tablo 4.20.'de verilmiştir.

Tablo 4.20. Kulak burun boğaz hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların bazı durumlara göre birinci basamakta yönetilebilirliğinin değerlendirilmesi

Değişkenler	Birinci basamakta yönetilebilme durumu			p*
		Yönetilebilirdi n (%)	Yönetilemezdi n (%)	
n=500				
Şikayet ile KBB İlk Başvuru	Evet	100 (32,26)	210 (64,74)	<0,001
	Hayır	20 (10,53)	170 (89,47)	
Şikayet ile Aile Hekimliği Başvuru	Evet	11 (15,49)	60 (84,51)	0,069
	Hayır	109 (5,41)	320 (74,59)	
İlaç Kullanma Durumu	Evet	3 (4,48)	64 (95,52)	<0,001
	Hayır	117 (27,02)	316 (72,98)	

*Pearson ki-kare testi, KBB:Kulak burun boğaz

Katılımcıların KBB'ye kendisi randevu olarak başvuranların %27,5'i (n=84), aile, komşu, arkadaş tarafından yönlendirilerek KBB'ye başvuranların %24,1'i (n=14), başka bir branş hekimi tarafından KBB'ne yönlendirilenlerin ise %20,0'si (n=15) birinci basamakta yönetilebilmektedir. KBB'ne başvuru şekilleri ve birinci basamakta yönetilebilme durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlam taşımamaktadır. (p=0,389).

Konu ile ilgili ayrıntılı detaylar tablo 4.21.'de verilmiştir.

Tablo 4.21. Katılımcıların kulak burun boğaz hastalıkları polikliniğine başvuru şekillerine göre birinci basamakta yönetilebilme durumu

Değişkenler		Birinci basamakta yönetilebilme durumu		P*
		Yönetilebilirdi n (%)	Yönetilemezdi n (%)	
KBB polikliniğine başvuru şekli	Kendisi	84 (27.5)	221 (72.4)	0,389
	Aile/Komşu/Arkadaş	14 (24.1)	44 (75.86)	
	Başka bölümler tarafından yönlendirme	15 (20.0)	60 (80.0)	

*Pearson ki-kare testi, KBB:Kulak burun boğaz

Araştırmada kadınların %24,08'i (n=72), erkeklerin ise %23,88'i (n=48) birinci basamakta yönetilebilmektedir. Cinsiyete göre birinci basamakta yönetilebilme arasında istatistiksel olarak anlam taşımamaktadır (p=0,959).

Kronik hastalığı bulunanların %19,53'ü (n=33), bulunmayanların %26,28'i (n=87) birinci basamakta yönetilebilmektedir. Kronik hastalık durumu ile birinci basamakta yönetilebilme arasında istatistiksel olarak anlam taşımamaktadır (p=0,094).

Kulak burun boğaz polikliniğinden önce aile hekimliğine başvuranların %15,49'u (n=11), başvurmayanların ise %25,41'i (n=109) birinci basamakta yönetilebilmektedir. KBB başvuru öncesinde aile hekimine başvuru durumu ve birinci basamakta yönetilebilme arasında istatistiksel olarak anlam saptanmamıştır (p=0,069).

Katılımcılardan aile hekimi tarafından sevk edilenlerin %11,29'u (n=4), sevk edilmeyenlerin %44,44'ü (n=7) birinci basamakta yönetilebilmektedir. Aile hekimi tarafından sevk edilme ve birinci basamakta yönetilebilme durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0,05).

İlk başvuru yeri aile sağlığı merkezi olan hastaların %22,86'sı (n=65), ilk başvuru yeri hastaneler olan hastaların %24,83'ü (n=72) birinci basamakta yönetilebilmektedir. Bu iki grup arasında istatistiksel anlam taşımamaktadır (p=0,61).

Katılımcılardan şikayet süresi 2 haftadan kısa olanların %42,8'i (n=65), 2 ile 6 hafta arasında olanların %37,2'si (n=32), 6 haftadan fazla olanların %8,8'i (n=23) birinci basamakta yönetilebilmektedir. Şikayet süreleri ve birinci basamakta yönetilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki taşımaktadır ($p<0,001$).

KBB'de girişimsel işlem ihtiyacı duyulan hastaların %24,1'i (n=49), ihtiyaç duyulmayan hastaların %23,9'u (n=71) birinci basamakta yönetilebilmektedir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki taşımamaktadır ($p=0,952$).

KBB'de laboratuvar tetkik ihtiyacı duyulan hastaların %1,8'i (n=1), ihtiyaç duyulmayan hastaların %26,8'u (n=119) birinci basamakta yönetilebilmektedir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki taşımaktadır ($p<0,001$).

KBB'de görüntüleme ihtiyacı duyulan hastaların %3,1'i (n=5), ihtiyaç duyulmayan hastaların %33,9'u (n=115) birinci basamakta yönetilebilmektedir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki taşımaktadır ($p<0,001$).

Konu ile ilgili detay bilgi Tablo 4.22.'de verilmiştir.

Tablo 4.22. Birinci basamakta yönetilebilme durumunun çeşitli değişkenlere göre değerlendirilmesi

Değişkenler		Birinci basamakta yönetilebilme durumu		p*
		Yönetilebildi n (%)	Yönetilemezdi n (%)	
Cinsiyet	Kadın	72 (24,08)	227 (75,92)	0,959
	Erkek	48 (23,88)	153 (76,12)	
Kronik Hastalık Durumu	Var	33 (19,53)	136 (80,47)	0,094
	Yok	87 (26,28)	244 (73,72)	
KBB polikliniği öncesi aile hekimine başvurdu mu?	Evet	11 (15,49)	60 (84,51)	0,069
	Hayır	109 (25,41)	320 (74,59)	
Aile Hekimi Tarafından Sevk Edildi mi?	Evet	7 (11,29)	55 (88,71)	<0,05
	Hayır	4 (44,44)	5 (55,56)	
İlk Başvuru Yeri	ASM	48 (22,86)	162 (77,14)	0,61
	Hastane	72 (24,83)	218 (75,17)	
Şikayet Süresi	<2 hafta	65 (42,8)	87 (57,2)	<0,001
	2-6 hafta	32 (37,2)	54 (62,8)	

Tablo 4.22. Birinci basamakta yönetilebilme durumunun çeşitli değişkenlere göre değerlendirilmesi (devamı)

	>6 hafta	23 (8,8)	239 (91,2)	
Girişimsel İşleme	Evet	49 (24,1)	154 (75,9)	
İhtiyaç Duyuldu mu?	Hayır	71 (23,9)	226 (76,1)	0,952
Laboratuvara İhtiyaç	Evet	1 (1,8)	55 (98,2)	
Duyuldu mu?	Hayır	119 (26,8)	325 (73,2)	<0,001
Görüntüleme ihtiyaç duyuldu mu?	Evet	5 (3,1)	156 (96,9)	
	Hayır	115 (33,9)	224 (66,1)	<0,001

*Pearson ki-kare testi, ASM: Aile sağlığı merkezi, KBB: Kulak burun boğaz.

5. TARTIşMA VE SONUÇ

Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık sisteminin temel unsurunu oluşturmakta ve bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminde ilk durak olarak hayati bir rol üstlenmektedir. Bu hizmetler, yalnızca hastalıkların erken teşhis ve tedavisini sağlamakla kalmayıp, aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık eğitimi ve kronik hastalıkların yönetimi gibi kapsamlı bir hizmet yelpazesini de içermektedir. Böylece, bireylerin sağlık durumlarının iyileştirilmesi ve toplum sağlığının korunması açısından kritik bir işlev yerine getirmektedir. Aile hekimliği sisteminin etkin bir şekilde işlemediği durumlar, sağlık hizmetlerinin genel verimliliğini olumsuz yönde etkileyebilir. Özellikle KBB'ye başvuran hastaların büyük bir kısmının, ÜSYE, sinüzit, otitis media gibi daha basit ve yönetilebilir sağlık sorunlarıyla başvurdukları gözlemlenmektedir. (Kocaöz ve ark., 2017) Bu durum, sevk zincirinin gerektiği şekilde işlemediğini göstermekte ve birinci basamakta yönetilebilecek vakaların KBB'de yoğunluk oluşturduğunu göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin daha faydalı bir şekilde sunulabilmesi için, hastaların doğru basamağa yönlendirilmesi, sevk zincirinin işlevsel bir şekilde işlemesi büyük önem taşımaktadır. Bu araştırmada bir üçüncü basamak hastanesinin KBB'ye başvuran hastaların birinci basamakta yönetilebilirlikleri değerlendirilmiştir.

KBB'ye başvuran hastalardan yaklaşık %30 unun birinci basamak sağlık hizmeti sunan ASMLerde mevcut sağlık hizmeti sunumunda yönetilebilir olduğu saptandı. Bunun yanında hastaların birinci basamakta yönetilebilirliğini etkileyen faktörlerden birinin de SGK geri ödeme kapsamı olduğu görüldü. Katılımcılardan aile hekimi tarafından KBB'e sevk edilen yaklaşık olarak on hastadan biri birinci basamakta yönetilebilirken, aile hekimi tarafından KBB'ye sevk edilmeyen hastaların yaklaşık yarısı birinci basamakta yönetilebilir olduğu saptanmıştır. Ayrıca katılımcıların şikayet süresi uzadıkça birinci basamakta yönetilebilirlik oranının düştüğü saptanmıştır. Katılımcıların yaklaşık yüzde kırkı her ne kadar herhangi bir sağlık probleminde ilk olarak aile sağlığı merkezlerine başvurduklarını ve yüzde doksani aile hekiminden memnun olduğunu beyan etmişlerse de büyük çoğunluğunun KBB'ye başvuru öncesinde aynı şikâyet ile aile sağlığı merkezine başvurusunun olmadığı; nedenleri sorgulandığında yarıya yakın bir kısmının branş uzmanına

muayene olmak istediği için herhangi bir yönlendirme olmadan üst basamağa başvurduğu tespit edildi. Ayrıca katılımcıların kayıtlı oldukları aile hekimlerinin unvanının, aile hekimini tanıyıp tanımamalarının ve katılımcıların eğitim, çalışma ve medeni durumunun; katılımcıların sağlık problemlerinde ilk başvurdukları sağlık kuruluşunu, anlamlı bir biçimde etkilediği görüldü.

Araştırmamız verileri KBB'ye başvuran hastaların %28,80'inin birinci basamakta yönetilebilir vakalardan oluştuğunu ortaya koydu. Literatürde farklı kliniklerde yapılan benzer araştırmalarda bu oranın %12-77,2 arasında değiştii görülmekle birlikte; sıklıkla dahili branşlarda bu oranın daha yüksek oranda seyrettiği görülmektedir (Akgüneş, 2023; Canbolat, 2023; Delice, 2023; Karagöz, 2024; Kuru, 2023; Türkmen, 2023). Aile hekimliğinde büyük çoğunlukla dahili patolojilerin yönetilebildiği göz önüne alındığında bu oranların dahili branşlarda daha yüksek bulunması beklenen bir veri olmakla birlikte bir kısım hastalıkların görölme sıklığının mevsimsel olarak değişebilmesi ve araştırma dönemlerine göre bu verilerin değişiklik gösterebileceği de akılda tutulmalıdır. Çalışma dönemimiz yalnızca yaz aylarını içermesi nedeniyle bu oranın özellikle kış aylarında daha yüksek seviyelerde saptanabileceği düşüncesindeyiz. Ancak yaklaşık %30'luk bir yönetilebilirlik her dönem için yüksek kabul edilmeli ve hastalarımızın sağlık hizmeti ihtiyacı ile başvurularını öncelikle sağlığın giriş kapısı olan aile hekimlerine yapmaları gerektiği kanaatindeyiz. Bu sürecin de ancak ve ancak zorunlu sevk zinciri ile nihayete kavuşturulabileceği aşıkardır. Muhakkak ki bu süreçler yönetsel düzenlemelerin yanında hasta eğitimi ile de desteklenmelidir.

Elde edilen veriler detaylandırıldığında klinik yönetilebilirliğin yanında tedavi süreçlerinin yönetiminde yalnızca klinik bilgi ve deneyimin etkili olmadığını, tedavi süreçlerinde ihtiyaç duyulan ilaçların SGK geri ödeme kapsamında olup olmamasına göre de şekillendiği görülmüştür. Araştırma verilerimiz başvuran hastaların %4,8'inin klinik yönetilebilirliğinin yanında tedavi süreçlerinin SGK uygulamaları nedeniyle yönetilemeyebileceğini ortaya koymaktadır. Bu oran literatürde yapılan çalışmalarda %7-30,6 arasında değişmektedir (Akgüneş, 2023; Karagöz, 2024; Kuru, 2023; Türkmen, 2023). Tıp alanında her bir disiplinin kendine özgü eğitim programları bulunmaktadır ve bu programlar, müfredatla belirlenen yeterliliklerin kazanılmasını

amaçlamaktadır. Ancak, pratikte karşılaşılan sorunlar, bir hekimin sunduğu sağlık hizmetinin aldığı eğitimle sınırlı kalmadığını, aynı zamanda sigorta kurumlarının belirlediği çerçevelerle de kısıtlandığını ortaya koymaktadır. Bu sınırlamaların bazen gerekli olduğu kabul edilebilir; ancak kabul edilemeyen durum ise, hekimlik pratiği sırasında mali nedenlerle sanatın sınırlandırılmasıdır. Bu bağlamda, hekimlerin mesleki yetkinliklerini ve sanatsal becerilerini tam anlamıyla kullanabilmeleri için daha esnek bir yapının gerekli olduğu kanaatindeyiz.

KBB'ye aile hekimi tarafından sevk edilen hastaların birinci basamakta yönetilebilme oranı anlamlı düzeyde düşüktü. Bu veri hastaların sağlık hizmeti talebinde doğru basamak ile sağlık hizmetlerine giriş yapmasının önemini ortaya koymaktadır. Literatürdeki benzer çalışmalarda da öncelikle aile hekimine başvuran hastaların ilgili kliniklerde yönetilebilirlik oranları çalışmamız bulgularıyla benzer şekilde düşük bulunmuştur (Kuru, 2023; Türkmen, 2023). Bu bulgu her ne kadar sevk süreçlerinin uygun yönlendirme açısından kritik önemini vurgulamakta ise de birinci basamakta görev yapan hekimlerimizin mezuniyet sonrası ve hizmet içi eğitimlerinin süreklilik arz etmesi gerekliliğini de ortaya koymaktadır.

Katılımcıların medeni durumlarına göre başvuruları incelendiğinde evli olan hastaların bekar olanlara göre daha yüksek oranda aile sağlığı merkezlerini ilk başvuru merkezi olarak tercih ettikleri saptandı. Literatüre baktığımızda Canbolat ve Urganın yapmış olduğu çalışmaların verileri bizim çalışmamızı destekler niteliktedir. (Urgan ve Çağlayan, 2017; Canbolat, 2023). Evli bireylerin aile sağlığı merkezlerini tercih etme eğilimleri, bu merkezlerin mahalle bazlı konumları, evlilik raporlarının düzenlenmesi, gebelik takibi ve çocuk aşılamaları gibi hizmetlerle sürekli bakım potansiyelini destekleyen yapısıyla ASM başvuru alışkanlığını artırması ile ilişkili olabilir. Buna karşın, bekar bireylerin hastaneleri tercih etme davranışları, daha kapsamlı tedavi olanakları beklentisi veya ASM ile güven temelli bir bağ oluşturamamalarından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda çalışan bireylerin, özellikle tam zamanlı çalışanların, herhangi bir sağlık probleminde ile başvuru merkezi olarak hastaneleri tercih etme oranının yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer araştırmalarda çoğunlukla çalışan bireylerin sıklıkla ilk başvuru merkezi olarak hastaneleri tercih ettiği görülmektedir. (Akgüneş,

2023; Delice, 2023; Çağlayan, 2020). Emekliler ve ev hanımlarının yaklaşık yarısı sıklıkla aile sağlığı merkezine başvururken çalışanların, öğrencilerin ve işsizlerin yarısından fazlasının hastanelere başvurduğu saptanmıştır. Bu bulgular bizde sosyal çevresi ikamet ettiği bölge ile sınırlı olan bireylerin; aile sağlığı merkezine başvurma eğilimlerinin olduğu, buna karşın sosyal çevresi ikamet ettiği bölge ile sınırlı olamayan bireylerin; ilk başvuru merkez tercihinin üst basamak hastaneler olabileceğini düşündürdü. Bununla birlikte; tam zamanlı çalışanlar için işe giriş muayenesi, iş yerlerinde rutin periyodik muayeneler, ihtiyaç halinde iş yeri hekimi muayenesi; öğrenciler için ise mediko sağlık hizmet sunumu gibi sağlık hizmet sunumları da birinci basamak görevi görüp bu grup hastaların karmaşık hastalıklarında ASM'leri tercih etmeme nedeni olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda ve Akgüneş'in (2023) çalışmasında katılımcıların eğitim durumu ile ilk başvurdukları sağlık kurumları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuşken, Türkmen (2023), Delice (2023) ve Canbolat'ın (2023) çalışmalarında bu ilişkinin anlamlı olmadığı rapor edilmiştir. Çalışmamızın verilerine göre, eğitim seviyesi ortaokul düzeyine kadar olan bireylerin sağlık sorunlarında ilk başvurdukları sağlık merkezlerinin hastaneler dışındaki birimler olduğu görülmüştür. Buna karşın, lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip katılımcılar arasında hastanelere başvuru oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Eğitim seviyesinin artışıyla sağlık okuryazarlığının da artması beklenirken, elde ettiğimiz bulgular, sağlık okuryazarlığının eğitim düzeyi ile doğrudan ilişkili olmadığını ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, toplumun her kesimine yönelik sağlık okuryazarlığını artırmayı hedefleyen çalışmalar yapılmasının gerekli olduğu kanaatindeyiz. Alternatif bir bakış açısıyla, eğitim düzeyi ortaokul ve altı olan bireylerin çoğunlukla çalışmadığı ya da ikamet ettikleri bölgeyle sınırlı bir yaşam sürdükleri göz önüne alındığında, bu bulguların çalışmamızın sonuçlarıyla uyumlu olduğu görülmektedir. Elde edilen bu veriler, sağlık okuryazarlığının artırılmasının toplum sağlığı açısından önemini vurgulamakla birlikte, hastaların sağlık hizmeti sağlayıcılarından beklentileri, bu hizmetlere erişim olanakları, zaman tasarrufu, sağlık hizmet sunucularının teknik donanımları ve etkinliği gibi faktörlerin, üst düzey sağlık hizmetlerine yönelimi etkileyen temel unsurlar olduğunu düşündürmektedir.

Literatür incelendiğinde, Doğru ve İnceer'in KBB'ye başvuran hastalar üzerinde yaptığı araştırmada, en sık görülen tanıların üst solunum yolu enfeksiyonları, sinüzit, akut tonsillit, akut otitis media ve kronik otitis media olduğu rapor edilmiştir (Şensoy ve ark., 2009). Çalışmamızda ise KBB'ye başvuran hastaların başlıca şikâyetleri arasında işitme kaybı, kulak ağrısı ve burun tıkanıklığı gibi semptomların öne çıktığı belirlenmiştir. Bunun yanı sıra, nefes darlığı, kulak çınlaması ve kulak tıkanıklığı gibi şikâyetlerin de belirli bir hasta grubunda sıkça görüldüğü tespit edilmiştir. Daha az sıklıkla rapor edilen boğaz ağrısı, geniz akıntısı ve ses kısıklığı gibi semptomlar ise poliklinik başvuruları içinde daha küçük bir grubu temsil etmektedir. Bu farklılıkların birden fazla nedeni olabileceği değerlendirilmektedir. Çalışmamızın yaz aylarında gerçekleştirilmiş olması, bu döneme özgü çevresel ve davranışsal faktörlerin şikâyet profiline etkisini açıklayabilir. Yaz mevsiminde sıcak hava koşulları, alerjenlerin yayılımının artması ve bireylerin açık alanlarda, özellikle havuz ve deniz gibi ortamlarda daha fazla vakit geçirmesi, burun ve kulak tıkanıklığı gibi semptomları ve bunlara bağlı olarak işitme kaybını tetikleyebilmektedir. Ayrıca, coğrafi ve demografik özelliklerin de semptom dağılımını etkileyebileceği düşünülmektedir. Örneğin, yaz aylarında dış mekân etkinliklerine katılımın artması, alerjen maruziyetini artırarak bazı semptomların poliklinik başvurularında daha sık görülmesine yol açmış olabilir. Dolayısıyla bu bulgular, çalışmanın yürütüldüğü dönemin ve çevresel faktörlerin özellikle yönetilebilirlik oranının olmak üzere çalışmamız sonuçlarının yorumlanmasında dikkate alınması gerektiğini göstermektedir.

Sonuç olarak; kulak burun boğaz hastalıkları nedeniyle sağlık kurumlarına başvuran hastalar üzerine yürütülen bu çalışma, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde kullanılamamasının, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında gereksiz bir hasta yükü oluşturduğunu ortaya koymuştur. Hastalıkların birinci basamakta erken tanı ve tedavi edilememesi, hastanelerdeki hasta yükünün artmasına ve kaynakların etkin kullanılamamasına yol açmaktadır. Hastaların aile hekimliği hizmetlerini tercih etmemelerinin temel nedenleri arasında, zorunlu sevk zincirinin bulunmaması, aile hekimliği sistemine yönelik bilgi eksikliği ve aile hekimlerinin yeterli yetkinliğe sahip olmadığı algısı yer aldığını düşünmekteyiz. Bu algılar, aile hekimliği sisteminin etkinliğini azaltmakta ve sağlık hizmetlerine erişimde sorunlara yol açmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin niteliğinin artırılması, kulak burun boğaz hastalıkları gibi sık görülen rahatsızlıkların etkin bir şekilde yönetimini mümkün kılacaktır. Bunun yanı sıra, zorunlu sevk zinciri gibi uygulamalar, birinci basamağın önemini vurgulayarak gereksiz sevkleri azaltabilir ve kaynakların daha verimli kullanılmasını sağlayabilir. Aile hekimliği hizmetlerinin etkinliğinin artırılması, yeterli sayıda eğitimi ve deneyimli aile hekimlerinin varlığına bağlıdır. Aile hekimlerinin sürekli mesleki gelişim sağlamaları ve güncel bilgilerle donatılmaları, hastalara sunulan hizmetlerin kalitesini yükseltecektir. Halkın bu hizmetleri benimsemesi ise aile hekimliği sistemine olan güvenin artmasıyla mümkün olacaktır. Son olarak, aile hekimliği disiplininin sınırlarının ve yetkinlik alanlarının netleştirilmesi, bu iyileştirme süreçlerini daha sağlam bir zemine oturtacaktır.

6. KAYNAKLAR

- Akdur, R. (1998). Türkiye’de sağlık politika ve hizmetleri. *Yeni Türkiye*, 4(23-24), 1984-1995.
- 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).
- Aktaş, E. Ö., & Çakır, G. (2012). Aile hekimlerinin, aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri: Bir anket çalışması. *Ege Tıp Dergisi*, 51(1), 21-29.
- Akdeniz, M., & Kavukçu, E. (2017). Dördüncül koruma: Önce zarar verme. *Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 21(2).
- Algın, K., Şahin, İ., & Top, M. (2004). Türkiye’de aile hekimlerinin mesleki sorunları ve çözüm önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7(3).
- Andiç, M. (2019). Aile hekimliği polikliniğine başvuran erişkin hastalarda birincil koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili bilgi düzeyi ve davranışlar. *Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı (Uzmanlık Tezi). Aydın.*
- Ataay, F. (2008). Sağlık reformu ve yurttaşlık hakları. *Amme İdaresi Dergisi*, 41(3), 169-184.
- Ataay, F. (2007). Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme. *Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.*
- Atlı, Y., & Yücel, N. (2018). SAĞLIK KURUMLARI, SAĞLIK KURUMLARINDA MARKA ve ELAZIĞ İLİ SAĞLIK SEKTÖRÜ. *Fırat Üniversitesi Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2(2), 45-64.
- Başustaoğlu, A. (2016). *Bir nefes sıhhat: Tevfik Sağlam’ın yaşamı*. Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- Başol, E. (2015). Gelişmekte olan ülkelerde strateji: Sağlık sisteminde sevk zinciri. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(8), 128-140.
- Bektemur, G., Arıca, S., & Genç, M. Z. (2018). Türkiye’de Aile Hekimliğinde Sevk Zinciri Nasıl Uygulanmalıdır? *Ankara Medical Journal*, 18(3), 256-266.

Bulut, S., & Uğurluoğlu, Ö. (2020). Sağlık Hizmetlerinde Sevk Sistemi. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences/Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1).

Canbolat, A. (2023). Dermatoloji Polikliniğine Başvuran Hastaların Birinci Basamakta Yönetilebilirliğinin İncelenmesi, Uzmanlık Tezi, Sakarya (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Aydın).

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).

Çağlayaner, H. (2006). Physician, patient, colleagues: referral and consultation. *TURKISH JOURNAL OF FAMILY PRACTICE*, 10(1), 31-38.

Çavmak, Ş., & Çavmak, D. (2017). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi Ve Sağlıkta Dönüşüm Programı. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(1), 48-57.

Çeçem, K. B., Yusuf, Ü. S. T. Ü., & Uğurlu, M. (2015). Fransa’da aile hekimliği uygulaması ve eğitimi: Türkiye modelinin incelenmesi. *Ankara Medical Journal*, 15(3).

Delice, S., Aydın, M. R., Aydın, A., & Kantar, C. H. (2023). Ortopedi ve travmatoloji polikliniğine başvuran hastaların başvuru sebeplerinin birinci basamakta yönetilebilirliğinin incelenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 13(4), 549-556.

Demir, L. (2021). Türkiye’de Koruyucu Sağlık Hizmetleri Kullanımını Etkileyen Faktörler.

Durmuş, H., Timur, A., Yıldız, S., & Çetinkaya, F. (2018). Erciyes Üniversitesi hastanesi polikliniklerine başvuran hastaların Aile Hekimliği uygulamasından memnuniyet durumu. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 22(1), 2-11.

Forrest, C. B., Weiner, J. P., Fowles, J., Vogeli, C., Frick, K. D., Lemke, K. W., & Starfield, B. (2001). Self-referral in point-of-service health plans. *Jama*, 285(17), 2223-2231.

Gérvias, J. (2012). Prevención cuaternaria en ancianos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 47(6), 266-269.

Göktaş, O. (2022). The Göktaş definition of family medicine/general practice. *Atencion Primaria*, 54(10), 102468.

Güldal, D., Günvar, T., Mevsim, V., & Kuruoğlu, E. (2012). Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri hastaların beklentileri ile uyuşmakta mıdır?. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 16(3).

Hancock, T. (2016). Lifetime Prevention Schedule: a BC initiative. *Canadian family physician*, 62(6), 475–478.

İLHAN, M. N. (2008). Koruyucu Sağlık Hizmetleri Yönünden AntiAging Bakımın Önemi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 28(6), 248-251.

İnci, H., Çalış, Ş. Ö., Tarakçı, A., Tontak, S., Özkan, A. E., Korkut, B., ... & Adahan, D. (2022). Dahiliye polikliniğine başvuran hastaların aile sağlığı merkezini kullanma durumları. *Unika Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 321-331.

Jamouille, M. (2014). The four duties of family doctors: quaternary prevention – first, do no harm. *Hong Kong Practitioner*, (36), 1-6.

Karagöz, F. (2024). Göğüs Hastalıkları Polikliniğine Başvuran Hastaların Başvuru Sebeplerinin Birinci Basamakta Yönetilebilirliğinin İncelenmesi, Uzmanlık Tezi, Sakarya (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Aydın).

Kocaöz, A. M., Kocaöz, D., & Sunay, D. (2017). Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi polikliniğine başvuran hastaların birinci basamakta yönetimi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 21(2), 56-65.

Kunisch, R., Canbal, M., & Aktürk, Z. (2022). Almanya’da Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi ve Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi. *Yeni Yüzyıl Journal of Medical Sciences*, 3(4), 214-223.

Kuru, A. (2024). Kardiyoloji Polikliniğine Başvuran Hastaların Birinci Basamakta Yönetilebilirliğinin Araştırılması, Uzmanlık Tezi, Sakarya (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Aydın).

Lamba, M., Altan, Y., Aktel, M., & Kerman, U. (2014). Sağlık Bakanlığı’nda Yeniden Yapılanma: Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme. *Amme İdaresi Dergisi*, 47(1), 53-78.

McWhinney, I. R., & Freeman, T. (2009). *Textbook of family medicine*. Oxford University Press.

Özçakar, N. (2004). Aile hekiminin görev tanımı. *Aile doktorları için kurs notları birinci aşama. TC Sağlık Bakanlığı*, 17-22.

Roncoletta, A. F. T., Moreto, G., Levites, M. R., Janaudis, M. A., Blasco, P. G., Leoto, R. F. (2003). *Princípios da medicina de família*. Sobramfa, editora. 1st ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Medicina de Família, p:56-75.

SA, R. (2007). Patient views for self-referral to specialists.

Saatçi, E., Bozdemir, N., Akpınar, E. (2006). Amerika Birleşik Devletleri'nde Aile Hekimliği. *Türk Aile Hek Derg*, 10(2):79-86.

Sağlık Bakanlığı. (2005). *Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkındaki yönerge*. Sağlık Bakanlığı.

Selçuk, E. B. (2020). COVID-19 pandemisi öncesi Türkiye'de koruyucu sağlık hizmetleri. In T. Set (Ed.), *Aile Hekimliği ve COVID-19 Pandemisi* (ss. 8-10). Ankara, Türkiye: Türkiye Klinikleri.

Sülkü, S. N. (2011). *Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı öncesi ve sonrasında sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve sağlık harcamaları*. Maliye Bakanlığı.

Şensoy N, Başak O, Gemalmaz A. Umurlu Aile Hekimliği Merkezi'nde Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Profili: Aile Hekimliği Alan Eğitimi Gereksinimini Ne Ölçüde Karşılıyor? *Kocatepe Tıp Dergisi* 2004; 35 (3):115-21.

Şensoy, N., Başak, O., & Gemalmaz, A. (2009). Umurlu Aile Hekimliği Merkezi'nde Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Profili: Aile Hekimliği Alan Eğitimi Gereksinimini Ne Ölçüde Karşılıyor?. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 10(1), 49-56.

T.C. 58. Hükümet Acil Eylem Planı. (2003). *Acil Eylem Planı*. <https://www.linux.org.tr/wp-content/uploads/2010/04/AcilEylemPlani.pdf>

T.C. Resmî Gazete. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. 12 Ocak 1961. Sayı: 10705, T.C. Başbakanlık Basımevi, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Türkiye Modeli. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları. Ankara-2004.

Thomson, S., Osborn, R., Squires, D., & Jun, M. (2012). International profiles of health care systems. *New York: The Commonwealth Fund*. Turhan, E. S. (2014). *Aile hekimliği dünya ve Türkiye uygulamaları: Aile hekimliğinde hekim-hasta ilişkisinde iletişimin rolü ve tarafların memnuniyeti üzerine etkilerinin incelenmesine yönelik bir alan araştırması* (Master's thesis, Ufuk Üniversitesi).

Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı 11.09.2019.

Turhan, E. S. (2014). *Aile hekimliği dünya ve Türkiye uygulamaları: Aile hekimliğinde hekim-hasta ilişkisinde iletişimin rolü ve tarafların memnuniyeti üzerine etkilerinin incelenmesine yönelik bir alan araştırması* (Master's thesis, Ufuk Üniversitesi).

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

Urgan, U., & Çağlayan, Ç. (2016). Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların ruhsal hastalıklar için ilk başvuru yerlerinin ve birinci basamağı tercih etmeme nedenlerinin belirlenmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 5-10.

Verghese, A. (1991). The use of oral antibiotics in daily clinical practice. *Drugs*, 42(Suppl 4), 1-5.

World Organization of Family Doctors International Classification Committee. (1995). *WONCA International Dictionary for General/Family Practice*.

Yıldız, N. (2016). Ankara'da Üçüncü Basamak Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinin Kulak Burun Boğaz, Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon İle Dermatoloji Polikliniklerine Başvuran Hastaların Birinci Basamakta Takip Ve Tedavi Edilebilirliğinin Araştırılması. T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara İli Kamu Hastaneleri Birliği 1. Bölge Genel Sekreterliği Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği. Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Danışman: Uzm. Dr. İrfan Şencan).

7. EKLER

7.1.EK-1: Etik Kurul Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 27.06.2024-E.372988



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



Sayı : E-71522473-050.04-372988 - 198
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başvuru
Dosyası

27.06.2024

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir AYDIN

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

İlgi : 13.06.2024 tarih ve 198 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Polikliniğine Başvuran Erişkin Hastaların Poliklinik Başvuru Sebeplerinin ve 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. Mahmut Sinan YILMAZ
Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Başkanı

Hasan KONAK
Etik Kurulu Sekr.

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı ile Aynıdır
27.06.2024



7.2. EK-2: Anket Formu

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Polikliniğine Başvuran Erişkin Hastaların Poliklinik Başvuru Sebeplerinin ve Birinci Basamakta Yönetilebilirliğinin İncelenmesi

Adı-Soyadı:

1-Yaş:

2-Cinsiyet:

☐ Kadın

☐ Erkek

3-Eğitim durumu:

☐ Yok

☐ Okur-yazar

☐ İlkokul

☐ Ortaokul

☐ Lise

☐ Lisans

☐ Yüksek lisans/Doktora

4-Medeni hali:

☐ Evli

☐ Bekar

☐ Dul/Boşanmış

5-İkamet yeri:

☐ Köy

☐ İlçe merkez

☐ İl merkezi

6- Çalışma durumu:

☐ Tam zamanlı istihdam

☐ İşsiz

☐ Yarı zamanlı istihdam

☐ Serbest meslek

☐ Ev hanımı

☐ Öğrenci

☐ Emekli

☐ Diğer.....

7-Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

☐ Düşük

☐ Orta

☐ Yüksek

8-Daha önce kronik hastalık tanısı aldınız mı?

☐ Evet ise →

☐ DM (Şeker hastalığı)

☐ HT (Yüksek Tansiyon)

☐ SVO (İnme)

☐ Obezite

☐ OSAS

☐ KOAH

☐ HL(Kolesterol)

☐ KAH (Kalp Hastalığı)

☐ Diğer.....

☐ Hayır

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

- ☐ Aile Sağlık Merkezi
- ☐ Devlet Hastaneleri (İkinci basamak)
- ☐ Eğitim ve Araştırma Hastanesi/Tıp Fakóltesi
- ☐ Özel Hastane

10-Aile hekiminizi tanıyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

11-Aile sağlığı merkezinde bağlı olduğunuz doktor aile hekimi uzmanı mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Bilgim yok

12-Aile sağlığı merkezine ne sıklıkla başvuruyorsunuz?

- ☐ Hiç gitmiyorum
- ☐ Yılda 1-3 kez
- ☐ Yılda 4-10 kez
- ☐ Yılda 10'dan fazla

13-Tanısı konulmuş herhangi bir kulak burun boğaz ve baş boyun hastalığınız var mı?

- ☐ Evet ise →
 - ☐ Allerjik rinit
 - ☐ Vertigo
 - ☐ Tükürük Bezi Hastalıkları
 - ☐ Ses Teli Hastalıkları
 - ☐ Kronik otitis media
 - ☐ Malignite((Kanser)
 - ☐ Bening paroksismal vertigo
 - ☐ Nörosensoriyal işitme kaybı
 - ☐ Tinnutus
 - ☐ Sıkışmış serumen
 - ☐ Diğer:
 - ☐ Hayır

14- Kulak burun boğaz hastalıkları ile ilgili ilaçlar kullanıyor musunuz?

- ☐ Evet ise→
 - ☐ Oral tedavi
 - ☐ İntranazal
 - ☐ İntravenöz
 - ☐ Kemoterapötik
 - ☐ Diğer

- ☐ Hayır

15- Kulak burun boğaz hastalıklarıyla ilgili ilaç raporunuz var mı? (Lökotrien res. Blokörleri gibi)

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

16- Kulak burun boğaz hastalıkları polikliniğine başvuru şikayetiniz nedir?

- ☐ Boğaz ağrısı
- ☐ Ses kısıklığı

- | | |
|--|--|
| ☐ Kulak ağrısı | ☐ Burun tıkanıklığı |
| ☐ Kulakta çınlama | ☐ Yutma güçlüğü |
| ☐ İşitme kaybı | ☐ Nefes darlığı |
| ☐ Burun akıntısı | ☐ Koku bozukluğu |
| ☐ Geniz akıntısı | ☐ Kulak akıntısı |
| ☐ Kontrol/Takip | ☐ Boyunda şişlik |
| ☐ Hapşırık | ☐ Diğer..... |

17-Bu şikayetiniz ne kadar süredir mevcut?.....Hafta

18-Bu şikayet ile Kulak burun boğaz hastalıkları polikliniğine ilk başvurunuz mu?

- ☐ Evet ☐ Hayır

19-Bu şikayetiniz için aile hekiminize başvurduğunuz mu?

- ☐ Evet ☐ Hayır

(Evet ise 20. sorudan devam edin. Hayır ise 25. soruya geçiniz)

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

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

21-Aile hekiminizin tedavi verdi ise fayda gördünüz mü?

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kısmen

22-Aile hekiminizin yaklaşımından memnun kaldınız mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır

23-Aile hekiminiz Kulak burun boğaz hastalıkları polikliniğine sevk etti mi?

- ☐ Evet ise →
☐ Geçmeyen şikayetler
☐ İleri düzey tetkik/görüntüleme/tedavi için
☐ Girişimsel müdahale
☐ Hayır

24-Aile hekimi tanısı.....

25-Neden aile hekiminize başvurmadınız?

- ☐ Branş uzmanına muayene olmak istedim.
- ☐ Aile hekimini yetersiz kalacağını düşündüm.
- ☐ Acil servis/farklı branş hekimi kulak burun boğaz hastalıkları polikliniğine yönlendirdi.
- ☐ Tetkik ve görüntüleme yöntemlerini yetersiz buldum.
- ☐ Ulaşım imkanlarım nedeniyle.
- ☐ ASM'ye başvurmak aklıma gelmedi.
- ☐ Cerrahi ihtiyacı olduğunu düşündüğü için
- ☐ Diğer.....

26-Aile hekiminizin bazı kulak burun boğaz hastalıklarının muayene, tahlil ve tetkiklerini yapabildiğini biliyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

27- Aile hekiminizin bazı kulak burun boğaz hastalıklarının ilaçlarını yazabildiğini biliyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

28- Kulak burun boğaz hastalıkları polikliniğine kim yönlendirdi?

- ☐ Kendim
☐ Aile/Komşu/Arkadaş
☐ Diğer branş hekimleri
☐ MHRS

29- Kulak burun boğaz hastalıkları uzmanı laboratuvar tetkiki ihtiyacı duydu mu?

- ☐ Evet ☐ Hayır

30-Evet ise bu tetkikler ASM de yapılabiliyor mu?

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kısmen

31- Kulak burun boğaz hastalıkları uzmanı görüntüleme ihtiyacı duydu mu?

- ☐ Evet ise → ☐ Direkt Grafi
☐ Bilgisayarlı Tomografi
☐ MR
☐ Ultrasonografi
☐ PET-CT
☐ Diğer.....

- ☐ Hayır

32- Kulak burun boğaz hastalıkları uzmanı dinamik testlere (Dix hallpike testi, Side lying testi, supine head roll testi, straight back head hanging testi vb.) ihtiyaç duydu mu?

- ☐ Evet ☐ Hayır

33-Kulak burun boğaz hastalıkları uzmanı ileri tetkik yaptı mı? (Endoskopi, odyolojik testler, denge testleri, tanısı için cihaz gerektiren testleri)

☐ Evet ☐ Hayır

34- Kulak burun boğaz hastalıkları uzmanı girişimsel işlem yaptı mı?

☐ Evet ☐ Hayır

35- Kulak burun boğaz hastalıkları uzmanı kulak burun boğaz ve baş boyun hastalıkları ile ilgili patoloji düşünmeyip başka bir bölüme sevk etti mi?

☐ Evet ☐ Hayır

36- Kulak burun boğaz hastalıkları uzmanı tanısı.....

37- Kulak burun boğaz hastalıkları uzmanına göre bu hastanın birinci basamakta yönetimi yapılabilir miydi?

- ☐ Evet, tanısı konulup yönetilebilirdi.
- ☐ Evet, tanısı konulup yönetilebilirdi ancak reçete edilen ilaçlar SGK kapsamında olmadığı için yönetilemeyebilirdi.
- ☐ Hayır, laboratuvar\görüntüleme\test imkanı yetersizliğinden kaynaklı yönetilemezdi.
- ☐ Hayır, girişimsel işlem gerektirdiği için yönetilemezdi.
- ☐ Hayır, branşa spesifik bilgi gerektirdiği için yönetilemezdi
- ☐ Kulak burun boğaz hastalıkları kliniğinde tanı ve tedavisi yapılamaz. (Hatalı poliklinik başvurusu)