

**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**UMURLU AİLE HEKİMLİĞİ MERKEZİ'NDE
AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI VE HASTA PROFİLİ: AİLE HEKİMLİĞİ
ALAN EĞİTİMİ GEREKSİNİMİNİ NE ÖLÇÜDE KARŞILIYOR?**

Dr. Nazlı ŞENSOY

UZMANLIK TEZİ

AYDIN – 2005

**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**UMURLU AİLE HEKİMLİĞİ MERKEZİ'NDE
AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI VE HASTA PROFİLİ: AİLE HEKİMLİĞİ
ALAN EĞİTİMİ GEREKSİNİMİNİ NE ÖLÇÜDE KARŞILIYOR?**

Dr. Nazlı ŞENSOY

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Doç. Dr. Okay BAŞAK

AYDIN - 2005

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
Teşekkür	I
Tablolar listesi	II
Şekil listesi	III
Kısaltma listesi	IV
Özet	V-VI
Abstract	VII-VIII
1. Giriş	1-2
2. Genel Bilgiler	2
2.1. Sağlık Hizmeti Sunumunda Basamaklandırma	2
2.1.1. Basamaklandırma Gereksinimi	3
2.1.2. Basamaklandırılmış Sağlık Sistemi	3
2.2. Birinci Basamak Tanımı	4
2.3. Birinci Basamak Temelinde Örgütlenen Sağlık Sistemi	5
2.4. Birinci Basamak Sağlık Bakımının Hedefleri	6
2.5. Sağlık Ocaklarının Yasal Temeli	7
2.6. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Dönemi: 1961- 2003	7
2.7. Sağlık Ocakları ve Sağlık Evleri	8
2.7.1. Sağlık Personeli	9
2.7.2. Sağlık Hizmetleri	10
2.7.3. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	11
2.7.4. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	12
2.7.5. Rehabilitasyon Hizmetleri	12

	Sayfa No
2.7.6. Adli Hekimlik Hizmetleri	13
2.8. Birinci Basamak Hekimi Kimdir?	13
2.8.1. Aile Hekimliğinin Tanımı	13
2.9. Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliği Disiplininin Özellikleri	14
2.9.1. Genel Pratisyen / Aile Hekiminin Temel Yeterlikleri	15
2.10. Aile Hekimliği Çalışma Ortamları	17
2.11. Birinci Basamakta Aile Hekimliği Uygulaması Yapacak Hekimler	18
2.12. Akademik Aile Hekimliği Gelişimi ve Özellikleri	18
2.13. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminin Yapısı	20
2.14. Avrupa’da Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminin Yapısı ve Süresi	26
3. Amaçlar	31
4. Gereç ve Yöntem	32
5. Bulgular	33-47
6. Tartışma	48-58
7. Sonuç	59-60
8. Öneriler	61-62
9. Kaynaklar	63-67
10. Ek	68-70

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim sırasında bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkıda bulunan, tez çalışmamda bana destek ve yardımcı olan, değerli hocam Doç. Dr. Okay BAŞAK'a, eğitimimde yardımlarını esirgemeyen ve her zaman desteklerini yanımda hissettiğim değerli hocalarım Yrd. Doç. Dr. Ayfer GEMALMAZ'a, Yrd. Doç. Dr. Serdar GÜREL'e, Yrd. Doç. Dr. Güzel DİŞÇİGİL'e, Yrd. Doç. Dr. Serpil AYDIN'a, birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma, asistanlığım dönemimde beni ve ailemi destekleyen can dostum Keriman ESMER ve ailesine, hayatımın her döneminde hep yanı başımda olan, sevgi ve desteklerini hiç esirgemeyen sevgili anneme, babama ve kardeşlerime, hayatımın sonuna kadar SSVDS'e söz verdiğim biricik eşim Dr. Mehmet ŞENSOY'a ve çocuklarım Burak ve Kerem'e teşekkürlerimi sunarım.

TABLO LİSTESİ

Tablo Numarası ve Adı	Sayfa no
Tablo 1. Sağlık Ocağı çalışmalarına ilişkin bazı hizmet göstergeleri, Türkiye, 2000-2004	9
Tablo 2. Türkiye sağlık personelinin kurumlara dağılımı, 2001	10
Tablo 3. ADÜ uzmanlık eğitimi programının bileşenleri	25
Tablo 4. UEMO ülkelerinde aile hekimliği uzmanlık eğitiminin yapısı ve süresi (2003)	28
Tablo 5. Başvuruda bulunan 1961 hastanın yaş gruplarına göre dağılımı	34
Tablo 6. Başvuruda bulunan 1961 hastanın mesleklerine göre dağılımı	34
Tablo 7. Başvuruda bulunan 1961 hastanın sosyal güvencelerine göre dağılımı	36
Tablo 8. 2618 Başvuruda hastaların ilk (başlıca) belirttiği yakınma nedenleri	37
Tablo 9. 2618 Başvuruda hastaların ikinci belirttiği yakınma nedenleri	38
Tablo 10. 2618 Başvuruda hastaların üçüncü belirttiği yakınma nedenleri	39
Tablo 11. 2618 Başvuruda en sık belirtilen yakınma nedenleri	40
Tablo 12. 2618 Başvuruda en sık konulan ilk tanıların sıklığı	42
Tablo 13. 2618 Başvuruda en sık konulan ikinci tanıların sıklığı	43
Tablo 14. 2618 Başvuruda en sık konulan üçüncü tanıların sıklığı	44
Tablo 15. 2618 Başvuruda en sık konulan tanıları	45
Tablo 16. Başvuranların sevk edildikleri bölümlere göre dağılımı	47
Tablo 17. Başvuranların konsültasyon istenen bölümlere göre dağılımı	47

ŞEKİL LİSTESİ

<u>Sekil Numarası ve Adı</u>	<u>Sayfa no</u>
Şekil 1. Başvuruda bulunan 1961 hastanın başvuru sıklığına göre dağılımı	36



KISALTMALAR

<u>Kısaltma</u>	<u>Açık Sekli</u>
UEMO	Avrupa Genel Hekimler Birliği
UzmEP	Uzmanlık Eğitim Programı
AH	Aile Hekimliği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EURACT	European Academy of Teachers in General Practice (Avrupa Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Eğiticileri Akademisi)
PWG	Genç Doktorlar Grubu
BB	Birinci Basamak
WONCA	Dünya Aile Hekimleri Birliği

ÖZET

Dünyanın birçok ülkesinde ulusal sağlık sistemlerinin iyileştirilmesi için “yeniden keşfedilen” birinci basamağın ülkemizde önem kazanmaya başlaması, yaklaşık yarım yüzyıl öncesine dayanır. Ülkemizde sağlıkta reform çalışmaları son 20 yıldır yoğunluk kazanmıştır. Birinci basamağın iyileştirilmesi, yeniden örgütlenmesi ve birinci basamak hekiminin yetkinleştirilmesi için aile hekimliği uzmanlık programları uygulanmaya ve aile hekimliği disiplini tıp fakültelerinde tıp öğrencisi ve uzmanlık eğitiminde yerini almaya başlamıştır.

Bu araştırmanın amacı Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Umurlu Aile Hekimliği Merkezi’ndeki aile hekimliği uygulaması ve hasta profilinin, uzmanlık ve tıp öğrencilerinin eğitimi için gerekli olan alan eğitimi gereksinimini ne ölçüde karşıladığını saptamak, Umurlu Aile Hekimliği uygulama polikliniğine başvuran hastaların yaş, cinsiyet gibi demografik verilerini, başvuru nedenlerini, tanılarını ve tıbbi uygulama alanlarına göre dağılımını incelemek, Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminde önem verilmesi gereken, sık görülen rahatsızlık/hastalık ve uygulamalara dikkati çekmek ve Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminin içeriğinin belirlenmesine katkıda bulunmaktır.

1 Kasım 2002 – 31 Aralık 2004 tarihleri arasında Umurlu Aile Hekimliği Merkezine yapılan tüm başvuruların elle tutulan kayıtlarından hastaların demografik bilgileri, ilk başvuru nedenleri, aldıkları tanı, ilaç yazdırma, tetkik, kontrol, sevk edildikleri uzmanlık dalları, konsültasyon istemleri incelendi. Kayıtlara dayalı bir durum saptaması olan bu çalışma, tanımlayıcı niteliktedir. Araştırmanın istatistiksel analizleri SPSS 11.0 paket programı kullanılarak yapıldı.

Kasım 2002 – Aralık 2004 dönemi boyunca Umurlu Aile Hekimliği Merkezi'ne toplam 1961 kişi, 2618 kez yeni görüşme için, 631 (%24,9) kez kontrol için, 71 (%2,7) kez ise sadece ilaç yazdırmak için başvurmuştur. Kişi başına düşen ortalama başvuru sayısı 1,3'tür.

Umurlu Aile Hekimliği Merkezi'ne kayıtlı 1961 hastanın %62,1'i kadındır. Merkezimize en fazla ev hanımları, okul öncesi çocuklar ve çiftçiler başvurmuştur. Başvuruda bulunan hastaların çoğunluğunun sosyal güvencesi SSK ve Emekli Sandığıdır. 1961 hastanın aile hekimliği merkezimize başvuru sıklıkları incelendiğinde %80,8'inin bir kez, %12,4'ünün iki kez başvurduğu saptanmıştır. 2618 başvuruda hastaların toplam 222 farklı yakınma ve 221 tanısı mevcuttur. Hastaların tüm yakınmaları incelendiğinde en sık belirtilen ilk beş yakınma sırasıyla öksürük, ateş, baş ağrısı, boğaz ağrısı ve bel ağrısı idi. Hastalara en sık konulan tanılar incelendiğinde ise %26,3'üne tanı konulmadığı, %19,1'ine ÜS YE, %9'na hipertansiyon, tanısı konulduğu tespit edilmiştir. Hastalarımızın başka bir bölüme sevk oranı %5,2 olup en fazla acil ve pediatri polikliniğine sevk edilmiştir. Diğer klinik bölümlerden konsültasyon isteme oranı %9,7'dir. Konsültasyonlar en fazla kardiyoloji, KBB ve ortopedi kliniklerinden istenmiştir. 2618 başvuruda hastaların %44,5'inden tetkik istenmiştir

ABSTRACT

Primary healthcare system, rediscovered for improvement of national health care systems in a lot of countries worldwide, began to gain importance in Turkey approximately half century ago. In the last two decades, attempts for revolution of healthcare reform increased in our country. Family medicine specialty programmes evolved in clinical practice and family medicine took its place in medical schools as a discipline both in medical education and residency training programmes. These changes are all for reorganization and increasing the quality of primary health care, and qualification of primary care doctors.

The goal of this study is to detect to what extent does the patient profile and family medicine practices at Adnan Menderes University Family Medicine Center cover the educational needs of the students and residents in respect to family practice training, and to evaluate the demographic features, complaints, and diagnosis of the patients referred to the center. We also aimed to emphasize common complaints and diseases we come across with in our daily practice, that deserve attention, in order to make a contribution to family medicine residency programme.

The demographic features, first complaints, diagnoses, medications, diagnostic tests, controls, referrals and consultations of all applications between November 1, 2002 – December 31, 2004 were reviewed from our data base in Umurlu Family Medicine Center. This is a record-based descriptive study. Statistical analyses were performed by SPSS 11.0 programme.

1961 patients made to Umurlu Family Medicine Center between November 2002-December 2004. The mean application number was 1,3/patient. Sixty two percent the patients were women. Housewives, pre-school children and farmers were the most applied groups to the center. Health insurance of the patients was mostly Social

Insurance Institution. Of the total 1961 patients, 80.8% applied once and 12.4% applied two times. There were 222 different complaints and 221 diagnosis for 2618 applications. Cough, fever, headache, sore throat and lomber pain were the most declared first complaints respectively. The most frequent diagnoses were no diagnosis with 26.3%, upper respiratory tract infection with 19.1% and hypertension with 9%. Referral rate was 5.2% and referrals were mostly to emergency service and pediatrics clinics. Cardiology, ear-nose-throat and ortopedics were the most consultated clinics and consultation rate was 9.7%. Diagnostic tests were required from 44.5% of the 2618 applications.

1. GİRİŞ

Dünyanın birçok ülkesinde ulusal sağlık sistemlerinin iyileştirilmesi için “yeniden keşfedilen” birinci basamağın öneminin kavranması, ülkemizde yaklaşık yarım yüzyıl öncesine dayanır. Birinci basamağı öne çıkaran sağlıkta reform çalışmaları, son 20 yılda yoğunluk kazanmıştır (1). 1980’li yıllarda, birinci basamak sağlık hizmetlerinde daha nitelikli bir sunum arayışında olan ülkemizde, aile hekimliği uzmanlık eğitimi tartışılmaya başlamıştır. Bunda dünyada 1970–1980 döneminde yaşanan gelişmeler de etkili olmuştur (2). 1985 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir’deki Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim hastanelerinde başlayan aile hekimliği uzmanlık eğitimi, halen bu hastanelerin yanı sıra 35 üniversitede kurulmuş bulunan Aile Hekimliği Anabilim dallarında sürdürülmektedir (Başak ve arkadaşları) (2,3).

Bugün dünyanın birçok ülkesinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi programının süresi ve içeriği ile ilgili araştırmalar ve tartışmalar yapılmaktadır. 1966’da yayınlanan Willard Raporu’nda, aile hekimliği eğitim programı için öneriler bulunmaktadır. Aile hekimliği uzmanlık programları, 1969’da uygulanmaya başlanan bu raporun önerileri doğrultusunda yeniden biçimlendi (4). Bu arada, değişen nüfus demografileri, teknolojiye ileriye gidenler ve tıbbi bilgiye patlamalar tıp uygulamasını büyük oranda değiştirdi. Tıptaki değişim devam ettikçe, aile hekimliği eğitim programları, hekimleri en yüksek tıp kalitesine hazırlamada birçok güçlüklerle karşılaştı.

Willard Raporu’nun yayınlanmasından sonra, aile hekimliği eğiticileri uzmanlık eğitimini yeniden incelemiş ve geleceğin aile hekimlerini hazırlamada tavsiyelerde bulunmuştur. Sonuç olarak, genellikle aile hekimliğindeki başarının temel ilkelerinin sabit olduğu, fakat yeterli derecede aile hekimi hazırlamak için başlangıçtaki eğitim planı modelinin yeniden gözden geçirilmesi gerektiği ortaya çıkmıştır. 1986’da Aile

Hekimliği Eğiticileri Topluluğu, hastane eğitimine daha az yoğunlaşılması gerektiğini, bunun yerine esas olarak topluma yönelik temel bakım hizmetlerine, hastalıktan korunma ve geriatriye daha fazla önem verilmesini savunmuştur. 1990'ların sonunda Aile Hekimliği Uzmanlık Yöneticileri Birliği, aile hekimliği uzmanlığının içeriği ve yöntemlerini incelemiş ve sonucunda örgütsel, kliniksel ve toplumsal yeterlilikle ilgili önerilerde bulunmuştur (4).

Bu tezin amacı, Umurlu Aile Hekimliği uygulama polikliniğine başvuran hastaların yaş, cinsiyet gibi demografik verilerini, başvuru nedenlerini, tanılarını ve tıbbi uygulama alanlarına göre dağılımını incelemek, aile hekimliği uzmanlık eğitimi ve tıp öğrencilerinin eğitimi için gerekli olan birinci basamak alan uygulaması eğitimi, Umurlu Aile Hekimliği Merkezi'nde verilen hizmetlerin ışığında irdelemek, aile hekimliği uzmanlık eğitiminin içeriğinin belirlenmesine katkıda bulunmak ve aile hekimliği uzmanlık eğitiminde önem verilmesi gereken, sık görülen rahatsızlık/ hastalık ve uygulamalara dikkat çekmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Hizmeti Sunumunda Basamaklandırma

Sağlık sistemlerinin iki temel amacı vardır (5):

1. “Nitelikli sağlık hizmeti sunmak, en son ve en gelişmiş tıbbi bilgiyi kullanarak toplumun sağlığını geliştirmek.”
2. “Eşitliği sağlayarak, sağlık hizmetlerine ulaşmada ve optimal sağlık durumu oluşturmada olumsuzluk yaratmayacak şekilde toplumun alt grupları arasındaki farklılıkları ve eşitsizlikleri en aza indirmek.”

2.1.1. Basamaklandırma Gereksinimi

Başak'ın tıp öğrencilerine verdiği ders notlarında basamaklandırma gereksiniminin, 19 yüzyılın sonlarında tıp mesleğinde bilgi birikiminin ve tıpta teknolojinin hızla artması sonucu hekimler arasında uzmanlaşma eğiliminin başlaması ve bunu takiben 20. yüzyılda uzmanlaşan ve özelleşen hekimlerin bütün olarak toplumun ve halkın sağlığından çok özgül hastalıklar ya da hastalık tipleri üzerinde odaklanması ve sağlık hizmetlerinin belli merkezlerde toplanması sonucu ortaya çıktığı belirtilmektedir (5).

Başak'a göre uzmanlaşmış bakım hasta insanları iyileştirmek için pahalı tıbbi teknoloji kullanır ve tek tek hastalıkların tedavisinde etkili bakım sağlayabilir. fakat toplumun sağlık düzeyinin artırılması açısından temel nitelikteki sağlık hizmetlerinin sunumunda yetersizdir. Uzmanlaşmış bakım pahalıdır ve ödeme gücü olmayan bireyler için kolay ulaşılabilir değildir. Bu durum sağlık hizmetlerinde eşitlik ilkesi ile çelişir. Kısacası özel alanlarda uzmanlaşmış hekimler bireylerin ve bireylerin oluşturduğu toplumların sağlık gereksinimlerini karşılamada yeterli değildir. Sağlık sistemlerinin bireylere kaliteli ve eşit sağlık hizmeti verecek şekilde örgütlenmesi gereklidir (5).

2.1.2. Basamaklandırılmış Sağlık Sistemi

Başak'ın ders notlarında basamaklandırılmış sağlık sisteminin, ilk defa 1920 yılında yayınlanan Dawson'un raporunda yer aldığı ifade edilmiştir. Raporda, sağlık hizmetleri üç temel düzeyde ele alınmaktadır: Birinci basamak sağlık merkezleri, ikinci basamak sağlık merkezleri ve eğitim hastaneleri. Bu basamaklar arasında olması gereken ilişkiler ve her birinin işlevi de raporda tanımlanmıştır. Merkezde birinci basamak sağlık merkezleri yer alır, bunlar uzman hekimlerin hizmet verdiği ikinci

basamakla desteklenir ve en üstte de daha seyrek görülen ve daha karmaşık rahatsızlıkların bakımının sunulduğu eğitim hastaneleri temelinde örgütlenmiş üçüncü basamak yer almaktadır (5).

Bu basamaklandırma yaklaşımı, sağlık hizmetlerini bölgeselleştirme kavramının temelini oluşturur ve toplumun değişik düzeylerdeki tıbbi bakım gereksinimlerine yanıt verecek şekilde tasarlanmış sağlık hizmeti örgütlemesi olarak önerilmiştir (Starfield, Primary Care 1998).

Sağlık hizmetlerinin basamaklandırılması, sağlık bakımının karmaşıklığını ve farklı düzeylerini daha iyi ifade eder. Sağlık bakımına basamaklandırma yaklaşımının iki önemli amacı vardır: Birinci amaç, bireylerin sağlık sorunları için gereksinim duydukları sağlık bakımının, sunulan sorunlar için uygun eğitim almış kişiler tarafından karşılanmasını sağlamaktır. İkincisi ise, oldukça özgül bir şekilde eğitilmiş kişilerin özel becerilerinin, eğitimi daha az özgül olan kişiler tarafından çok daha uygun bir şekilde verilebilecek bir hizmetin sunulmasında kullanılmasını önlemektir (6).

2.2. Birinci Basamak Tanımı

Başak'ın aynı ders notlarında, Birinci Basamak tanımı açıklamalarıyla sürmektedir (5):

Birinci Basamak Sağlık Bakımı kavramı, “tanımlanmış bir topluluğun kişisel sağlık gereksinimlerinin çoğunu karşılayan, hastalarıyla zamansal olarak sürekli bir ortaklık ilişkisi geliştiren, aile - toplum ortamında tıbbi bakım, sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmet sağlayan sağlık çalışanları tarafından yapılan entegre, ulaşılabilir ve kapsamlı bir sağlık hizmeti sunumu” şeklinde tanımlanabilir (IOM, Rosser 1996)

Birinci Basamak, bir sağlık sisteminin;

- 1) tüm yeni gereksinimler ve problemler için sisteme girişi sağlayan,
- 2) zaman içinde hastalığa değil kişiye odaklanmış bakım sunan,
- 3) ok seyrek görülen durumlar dışında tüm rahatsızlık ve sağlık sorunları için bakım sağlayan ve
- 4) başka ortamlarda başka sağlık çalışanları tarafından sağlanan bakımı bütünleyen ve koordine eden düzeyidir.

Birinci basamak kısa süreli uzman bakımından ve uzun süreli hastalık yönetiminden bazı özelliklerle ayrılır. Birinci basamak genellikle hekim ofisi, sağlık merkezi, okul ya da ev gibi toplum ortamlarında daha sık görülen ancak iyi tanımlanmamış sorunlarla uğraşır. Hastalar uygun bir hizmet merkezine doğrudan giriş yaparlar ve bu ilişki birçok farklı sorun için uzun bir zaman diliminde devam eder.

Sonuç olarak birinci basamak, karmaşık hizmetlerin eşgüdümünün sağlanması ve bütünleştirilmesi, yani örgütlenmiş bir sağlık bakımı işlevidir. Bu açıdan bakıldığında “Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik, BB felsefesini ve yaklaşımını en iyi şekilde karşılayan ve birinci basamakta tıbbi uygulama yapan tıp disiplini (5).”

2.3. Birinci Basamak Temelinde rgtlenen Sağlık Sistemi

Birinci Basamak temeli güçlü sağlık sistemleri, daha iyi sağlık sonuçları ve hasta memnuniyeti sağlamaktadır. Başak’ın ders notlarında bir sağlık sisteminin birinci basamağa verdiği önemi belirleyen beş sistem ve altı uygulama özelliği şu şekilde tanımlanmıştır (5):

Sistem özellikleri:

1. Sağlık olanaklarının ve sağlık çalışanlarının gereksinime göre ve coğrafi olarak eşit bir şekilde dağılma derecesi,
2. Birinci basamakta hangi hekimlerin çalıştığı,
3. Birinci basamak hekimlerinin kazançları,
4. Birinci basamakta çalışan hekim sayısı,
5. Sağlık güvencesi sistemlerinin birinci basamakta sunulan hizmetleri ne ölçüde kapsadığı.

Uygulama özellikleri:

1. Halkın ilk başvuru yerinin birinci basamak hekimlerinin olma derecesi,
2. Bireylerle birinci basamak hekimleri arasındaki ilişkinin gücü,
3. Birinci basamak uygulamasının hizmet kapsama alanının genişliği,
4. Birinci basamakla diğer sağlık hizmetleri arasındaki koordinasyonun derecesi,
5. Birinci basamağın aile yönelimli olması,
6. Birinci basamağın toplum yönelimli olması.

2.4. Birinci Basamak Sağlık Bakımının Hedefleri

Birinci basamak sağlık bakımının hedefleri şöyle sıralanabilir (7):

- a. Sağlığı geliştirme
- b. Hastalıkları önleme
- c. Sağlığı sürdürme
- d. Danışmanlık yapma
- e. Hasta eğitimi

- f. Çeşitli sağlık bakımlarını sunma (Ayaktan, yatarak, kritik bakım, uzun süreli bakım, evde bakım, günlük bakım)

2.5. Sağlık Ocaklarının Yasal Temeli

Türkiye’de sağlık hizmetleri, 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’un 5 Ocak 1961 tarihinde kabul edilmesi ve Resmi Gazetenin 12 Ocak 1961 gün ve 10705 sayılı nüshasında yayınlanmasıyla sosyalleştirilmiştir. Sosyalleştirme, 224 sayılı yasaya dayanılarak yayınlanan 154 sayılı yönergede şöyle tanımlanmaktadır: “Yurttaşların eşit koşullar ve geniş olanaklarla sağlıklarını koruma, sağlık düzeyini yükseltme, doğuştan veya sonradan olma eksikliklerini giderme, sağlık durumunun sürekliliğini sağlama çabalarını kapsayan bir hizmettir.”

Sağlık Ocakları, 224 sayılı yasaya dayanarak kurulmuş sağlık kurumlarıdır (8).

2.6. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Dönemi: 1961- 2003

Cumhuriyet döneminden itibaren ülkemizde zaman içinde farklı birinci basamak sağlık hizmeti sunum modelleri kullanılmıştır. Günümüzde sağlık hizmetlerinin yapısı şu şekildedir (9):

- Sağlık Bakanlığı, Sağlık Müdürlüğü, Sağlık Ocağı, Sağlık Evi
- Hizmet, nüfus esasına dayalı
- Her 5–10 bin kişiye bir sağlık ocağı
- Her 2500–3000 kişiye bir sağlık evi

Sağlık ocağında, hekim, sağlık memuru, halk sağlığı hemşiresi, ebeler görevlidir. Ekip hizmeti verilir. Kişiye ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi

edici hizmetler bir arada verilir. Tanısı konulamayan veya tedavisi yapılamayan hastalar hastanelere sevk edilir. Sağlıkla ilgili düzenli olarak kayıtlar tutulur.

2.7. Sağlık Ocakları ve Sağlık Evleri

Sağlık hizmetlerinin ana ilkesi halkın sağlık seviyesini yükseltmektir (144 sayılı yönetmelik 1. madde). Bu amaçla koruyucu hekimlik hizmetlerine öncelik verilir, sağlık örgütü toplum kalkınması ve diğer sosyal çalışmalarda da etkin görev alır. Tedavi hekimliğinde ise koruyucu hekimlik çalışmalarını tamamlayan bir unsur olarak, evde ve ayakta tedaviye öncelik verilir. Bu ilkeyi yaşama geçirmekle birinci derecede görevli olan kurumlar sağlık ocaklarıdır (8). Tablo 1’de 2000–2004 yılı arasında sağlık ocağı çalışmalarına ilişkin bazı hizmet göstergeleri yer almaktadır (9).

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmeti, esas olarak sağlık ocağı ve sağlık evlerinde verilmektedir. Ülkemizde 2004 yılı itibarıyla 6351 sağlık ocağı ve 11837 sağlık evi, 293 Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi ve 272 Verem Savaş Dispanseri bulunmaktadır (Devlet Planlama Teşkilatının 2004 yılı programına göre). Türkiye nüfusunu 70 milyon olarak kabul edersek sağlık ocağı başına düşen nüfus 12.000 kişi civarında olmaktadır ki bu kanunun öngördüğü ortalama 7.000 nüfusun üstündedir (10).

Tablo 1. Sağlık ocağı çalışmalarına ilişkin bazı hizmet göstergeleri, Türkiye, 2000–2004*

Yıl	Hekim Başına Düşen Yıllık Ortalama Poliklinik Sayısı	Poliklinik Başına Düşen Ortalama Laboratuvar Sayısı	II. Basamak Kuruluşlara Sevk Hızı (%)
2000	0,78	0,04	14,02
2001	0,86	0,05	14,44
2002	0,79	0,07	16,73
2003	0,93	0,09	21,64
2004	1,05	0,15	14,56

*T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri 2004

2.7.1. Sağlık Personeli

Genel olarak bakıldığında Türkiye'nin hekim, sağlık memuru, hemşire ve ebe gereksinimi karşılanmış gibi görülmesine rağmen, birinci basamak sağlık hizmetlerinin en büyük sunucusu olan sağlık ocaklarında personel yetersizliğinin var olduğu görülmektedir (10). Türkiye'de 2001 yılında sağlık personelinin kurumlara göre dağılımı Tablo 2'de gösterilmektedir (11).

Tablo 2. Türkiye sağlık personelinin kurumlara dağılımları, 2001*

<i>Sağlık Personeli</i>	<i>SAğLIK BAKANLIğI</i>		<i>SSK</i>	<i>Üniversiteler</i>	<i>Diğer Kamu</i>	<i>Özel</i>	<i>TOPLAM</i>	<i>Personel Başına Düşen Nüfus</i>
	<i>Sayı</i>	<i>%</i>						
<i>Hekim</i>	44,540	49	10,106	18,752	5,028	12,331	90,757	755
<i>Uzman</i>	14,748	35	6,188	9,422	2,116	9,433	41,907	1,635
<i>Pratisyen</i>	29,792	61	3,918	9,330	2,912	2,898	48,850	1,403
<i>Diş Hek.</i>	2,414	15	615	884	695	11,258	15,866	4,319
<i>Eczacı</i>	760	3	856	717	222	20,367	22,922	2,990
<i>Sağ. Mem</i>	33,349	73	2,086	3,135	2,904	4,086	45,560	1,504
<i>Hemşire</i>	43,346	57	11,700	11,156	4,778	4,899	75,879	903
<i>Ebe</i>	37,709	92	1,813	112	165	1,359	41,158	1,665

* T.C.SAğLIK BAKANLIğI Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Bşk; Sağlık İstatistikleri
2002

2.7.2. Sağlık Hizmetleri

Prof. Dr. Fişek'e göre "Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne sağlık hizmetleri denir "

(12).

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri, 1961 yılında çıkarılan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'la örgütlenmeye başladı ve 1980'li

yılların başlarında yaygınlaştırıldı. Bu “sosyalizasyon reformu” sağlık bakım hizmetlerinde eşitlik, bakımın sürekliliği, hizmetlerin entegrasyonu, sevk zincirinin kurulması ve ekip çalışması gibi yaklaşımların yanı sıra sorumlu olunan topluluğun tanımlanması, toplumun sağlık sorunlarındaki önceliklerin belirlenmesi ve toplum katılımının sağlanması gibi topluma yönelik birinci basamak sağlık hizmeti anlayışının temel ilkelerini içermektedir (1,13).

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu, Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF’in çabalarıyla 1978 yılında Kazakistan’ın Alma Ata şehrinde 134 ülkenin Sağlık Bakanları ve yetkililerinin katılımıyla yapılan toplantıda benimsenen “Temel Sağlık Hizmetleri” görüşü birinci basamak sağlık hizmetlerinin özünü oluşturmaktadır (13).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin iyi yapılandırılmadığı ülkelerde, ikinci ve üçüncü basamak hizmetler ne kadar ileri teknolojik donanıma, ne kadar iyi yetişmiş sağlık personeline sahip olursa olsun, sağlık hizmetlerinin iyiliğinden söz etmek mümkün değildir (8, 10). Sağlık hizmetlerinin koruma, tedavi (iyileştirici) ve rehabilitasyondan oluşan üç boyutu vardır.

2.7.3. Koruyucu Sağlık Hizmetleri (10, 12, 13)

a. Çevreye Yönelik:

- Yeteri kadar ve temiz su temini
- Katı ve sıvı atıkların zararsız hale getirilmesi
- Gürültü ile savaş
- Vektörlerle savaş
- İyonizan ışınlarla savaş
- Hava kirliliği ile savaş

- Konut hijyeninin sağlanması
- Sağlığa zarar verebilecek yerlerin denetlenmesi

b. Kişiyeye yönelik:

- Bağışıklama
- Yeterli ve dengeli beslenme
- Hastalıkların erken tanı ve tedavisi
- 15–49 yaş kadınların, gebe ve lohusaların izlenmesi
- 0–6 yaş grubu çocukların izlenmesi
- Aile planlaması
- İlaçla koruma
- Kişisel hijyen
- Sağlık eğitimi

2.7.4. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri (10, 12, 13)

- Hasta bakımı
- Temel laboratuvar hizmetleri
- Hastaların II. ve III. basamak sağlık kuruluşlarına sevkı
- İlk ve acil yardım hizmetleri

2.7.5. Rehabilitasyon Hizmetleri (10, 12, 13)

- Tıbbi rehabilitasyon (bedensel özürlüler)
- Sosyal rehabilitasyon (yeni işgücü, uyum, moral kazandırma)

2.7.6. Adli hekimlik hizmetleri (10, 12, 13)

- Geçici ve kesin adli rapor düzenleme
- Keşif ve otopsi yapma

Bunlara ek olarak sağlık ocaklarında çalışan birinci basamak hekimlerinin ocak yönetimi ile ilgili görevleri, sağlık ocağı kayıtlarının tutulması, bölgenin sağlık durumunu ortaya çıkaran istatistiksel bilgilerin derlenmesi gibi görevleri de vardır.

2.8. Birinci Basamak Hekimi Kimdir?

Basamaklandırılmış bir sağlık sistemi içerisinde birinci basamak olarak tanımlanmış birimlerde görev alan hekimdir. Sistemin özelliğine göre tanımı değişiklik gösterebilmekle birlikte, birinci basamak hekimi esas olarak kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve ayaktan tanı ve tedavi hizmetlerini birlikte sunar. Hastasıyla ilişkisi süreklilik arz eder. Hastanın sağlık kayıtlarını tutmak, ikinci ve üçüncü basamak bakımlarını koordine etmek, ulusal ve bölgesel sağlık hedef ve önceliklerinin planlamasına yardımcı olmak üzere gereken bildirimleri üst kuruluşlara yapmak ve bu planlama sonucunda merkezi yetkenin öngöreceği programları uygulamak da birinci basamak hekiminin görevleridir (7,14).

2.8.1. Aile hekimliğinin tanımı

2001 yılı Ekim ayında Barcelona’da yapılan toplantıda aile hekimliği şöyle tanımlanmıştır: Aile hekimleri, aile hekimliği prensipleri içinde eğitilmiş uzman hekimlerdir. Temel olarak tıbbi bakıma gereksinimi olan herkese yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın kapsamlı ve devamlı bir bakım vermekle yükümlü kişisel

doktorlardır. Kişilere aileleri, yaşadıkları topluluk ve kültürleri bağlamında bakım verirler. Topluma karşı da profesyonel sorumlulukları olduğunu kabul ederler. Hastalarıyla birlikte bakım programı oluştururken tekrarlayan görüşmelerde elde ettikleri bilgi ve güveni kullanarak hastaları hakkındaki fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri entegre ederler. Aile hekimleri profesyonel rollerini ya doğrudan ya da hastanın sağlık gereksinimine ve hizmet ettikleri topluluktaki kaynakların uygunluğuna bağlı olarak; hastanın diğer toplum kaynaklarını kullanmasına yardımcı olup sağlığını geliştirerek, tedavi, bakım ya da palyasyon sağlayarak yaparlar (15).

2.9. Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliği Disiplininin Özellikleri

Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik, kendine özgü eğitim içeriği, araştırmaları, kanıta dayalı klinik uygulamaları olan, birinci basamak sağlık hizmetine yönelmiş akademik ve bilimsel bir disiplin ve klinik bir uzmanlık dalıdır (16,17). Bu disiplinin özellikleri:

- a. Sağlık sistemiyle **ilk tıbbi temas** noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.
- b. Sağlık kaynaklarının **etkili kullanımını** sağlar. Bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunmanlık göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar.
- c. Bireye, ailesine ve topluma yönelik **kişi-merkezli** bir yaklaşım geliştirir.

- d. **Kendine özgü** bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç, etkili bir iletişimle doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar.
- e. Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen **sürekliliğini** sağlamaktan sorumludur.
- f. Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.
- g. Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir.
- h. Gelişiminin erken evresinde henüz ayrılaşmamış bir şekilde ortaya çıkan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.
- i. Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.
- j. Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.
- k. Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır.

2.9.1. Genel Pratisyen / Aile Hekiminin Temel Yeterlikleri

Aile hekimliğindeki uzmanlık eğitiminin içeriği hastaların artan gereksinimlerinden dolayı bütün Avrupa ülkelerinde gittikçe önem kazanmaktadır. Bu yüzden bu eğitim yalnızca mesleki talepleri karşılamakla kalmayıp hastaların beklentilerini de karşılamalıdır (17). Disiplini tanımlayan 11 temel özellik her uzman aile hekiminin ustalaşması gereken 11 yeteneği belirler. Bunlar altı çekirdek yeterlikte toplanabilir (temel özelliklere gönderme yaparak) (16, 17):

1. Birinci basamak yönetimi (a, b)
2. Kişi merkezli bakım (c, d, e)

3. Özgün problem çözme becerileri (f, g)
4. Kapsamlı yaklaşım (h, i)
5. Toplum yönelimli olma (j)
6. Bütüncül yaklaşım-modelleme (k)

Birinci basamak yönetimi

- a. Hastalarla ilk teması yönetebilme,
- b. Gerektiğinde hastanın savunmanlığını üstlenerek ve birinci basamaktaki diğer sağlık çalışanlarının ve diğer uzmanların verdiği hizmetleri koordine ederek etkili ve uygun bir sağlık bakımı sunabilme.

Kişi merkezli bakım

- c. Hastalarla ve sorunlarla uğraşırken kişi merkezli bir yaklaşım benimseyebilme,
- d. Aile hekimliği hasta görüşmesini, etkili bir hekim-hasta ilişkisi oluşturmak üzere kullanabilme ve geliştirebilme,
- e. Bakımın hastanın gereksinimleriyle belirlenen (longitudinal) sürekliliğini sağlama.

Özgün problem çözme becerileri

- f. Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalansı ve insidansı ile belirlenen özgün karar verme sürecini kullanabilme,
- g. Erken dönemde ve henüz ayrılaşmamış bir şekilde kendini gösterebilen durumları yönetebilme ve gerektiğinde ivedi girişimlerde bulunabilme.

Kapsamlı yaklaşım

- h. Bireyin hem akut hem de kronik sorunlarını aynı anda yönetebilme,
- i. Sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi stratejilerini uygun bir

şekilde uygulayarak sağığı ve iyilik durumunu geliştirebilme.

Toplum yönelimli olma

- j. Birey olarak hastaların sağığı gereksinimleriyle onların içinde yaşadıkları toplumun sağığı gereksinimlerini, var olan kaynakların kullanımı açısından bir denge içinde uzlaştıracılma.

Bütüncül yaklaşım-modelleme

- k. Kişilere yaklaşımda kültürel ve varoluş boyutlarını dikkate alan biyopsikososyal bir model kullanabilme.

2.10. Aile Hekimliği Çalışma Ortamları

Sözü edilen disiplin tanımı gereğı aile hekiminin görev yapması için en uygun yerler başvuranların yaş, cinsiyet ya da hastalıklarının ayırt edilmediğı, kişiye yönelik koruyucu ve tedavi edici sağığı hizmetlerinin bir arada sunulabileceğı ortamlardır. Aile hekiminin daha verimli çalışabilmesi için hizmetin sürekliliğinin sağlanması önemlidir.

Mevcut koşullarda aile hekimleri ana çocuk sağığı ve aile planlaması merkezleri, devlet hastaneleri, kurum hekimlikleri, sağığı merkezleri, sağığı ocakları, çeşitli kuruluşlara ait dispanserler ve özel sağığı kuruluşlarında görev yapmaktadır. Basamaklandırılmış bir sağığı sisteminde, aile hekimi bu sistemin birinci basamağı olarak tanımlanmış birimlerde görev almalıdır (18).

Aile hekimi çalıştığı konumda her hastasına bütüncül yaklaşmalı, hastayı hekime getiren sorunun çözümünün yanı sıra kişiye yönelik koruyucu sağığı girişimlerini de sunmalı, tüm bu hizmetleri verirken kişiyi biyopsikososyal varlığı ve fiziksel ortamıyla bir bütün olarak değerlendirme yapabilmelidir.

2.11. Birinci Basamakta Aile Hekimliği Uygulaması Yapacak Hekimler

Birinci basamakta çalışacak hekimler bu alanda özgün mezuniyet sonrası eğitim almış olmalıdırlar. Ülkemizde bu eğitimi almış hekimler aile hekimliği uzmanlarıdır.

Bugün için aile hekimliği uzmanlarının sayısı ülke gereksinimini karşılamada yeterli değildir. Ancak şu anda görev yapmakta olan pratisyen hekimler de eklendiğinde oluşan sayı ülkenin birinci basamak hekim gereksinimini karşılamak için yeterli hale gelmektedir. T.C. Sağlık Bakanlığı, pratisyen hekimlerin bu görevleri yerine getirebilmeleri için uygun bir geçiş dönemi eğitimden geçirilmeleri ile ilgili olarak çalışmalarına halen devam etmektedir (23).

2.12. Akademik Aile Hekimliği Gelişimi ve Özellikleri

Tıpta uzmanlaşmada artışın bir sonucu olarak, yirminci yüzyılın ortalarına doğru tıp fakültelerinden kaybolan genel pratisyenler, 1960'lardan sonra Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik (AH/GP) bölümleriyle yeniden üniversitelere girmeye başlamıştır. 1963 yılında Edinburgh'ta ilk aile hekimliği bölümünün kurulmasından bu yana, Avrupa'da tıp fakültelerinde aile hekimliğinin öğretilmesi ve akademik aile hekimliği oldukça önemli gelişmeler göstermiştir (24).

Avrupa'da akademik aile hekimliğinin temellerini, 1974'te oluşturduğu ve yayınladığı bildirgeyle ilk Leeuwenhorst Grubu atmıştır. Üniversitelerde bağımsız bir AH/GP bölümünün bulunması gereği, 1986 yılında Yeni Leeuwenhorst Grubu tarafından belirtilmiştir. AH eğitiminin mezuniyet öncesi tıp eğitiminde zorunlu olması ve tüm Avrupa ülkelerinin tıp fakültelerinde AH bölümlerinin kurulması, ESGP/FM (Dünya Aile Hekimleri birliği-WONCA Avrupa Bölümü) tarafından Avrupa'da aile hekimliğinin gelişmesi için belirlenen on özel hedef listesinin ilk iki sırasında yer

almaktadır. Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu'nun 1988 Edinburgh bildirgesinde, tıp eğitiminde reform gereksinimi, eğitimin yalnızca hastanelerde yapılmaması ve toplumun gereksinimlerini yansıtmaya gereği vurgulanmıştır. Tüm bunlar aile hekimliği eğitiminin geliştirilmesini ve aile hekimliği bölümlerinin kurulmasını teşvik eden önemli belgelerdir (24).

İngiltere'de Edinburg'dan sonra, Hollanda'da Utrecht (1966) ve Belçika'da Leuven (1968), Avrupa'da ilk AH/GP bölümlerini kuran üniversitelerdir. Mezuniyet öncesi düzeyde AH eğitimi, 18 Avrupa ülkesinin tüm tıp fakültelerinde öğretilmektedir (24).

Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'da, 1960'lı yılların sonlarına doğru ilk Aile Hekimliği bölümleri kurulmuştur. Günümüzde Kanada'daki tüm tıp fakültelerinde ve Amerika Birleşik Devletleri'ndeki 126 Tıp Fakültesi'nin 115'inde AH/GP bölümleri bulunmaktadır. Birleşik Devletler'de, tıp eğitimi programlarının % 86'sı zorunlu aile hekimliği staj uygulaması içermektedir. AH bölümleri, tüm Kanada tıp fakültelerinde mezuniyet öncesi tıp eğitimine önemli katkılar sağlamaktadır (24).

Türkiye'de ise 1983 yılında, Aile Hekimliğinin Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde yer almasını takiben, 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı kuruldu. Uzmanlık Eğitimi ilk olarak 1985 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir'de Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim hastanelerinde başladı (18). 16 Temmuz 1993 tarihi ise aile hekimliğinin akademik gelişiminde önemli kilometre taşlarından biri olmuştur. Bu tarihte Yüksek Öğrenim Kurulu 12547 sayılı kararı ile tıp fakültelerinde Aile Hekimliği Anabilim Dallarının kurulmasını uygun görmüştür (18). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim hastanelerinde başlayan aile hekimliği uzmanlık eğitimi halen hem eğitim hastanelerinde hem de 35 üniversitede kurulmuş olan Aile Hekimliği Anabilim Dallarında devam etmektedir (24).

2.13. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminin Yapısı

Uzmanlık eğitimi, üniversitelerde tıp fakültelerinin Aile Hekimliği Anabilim Dalları veya Sağlık Bakanlığı'na bağlı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde sürdürülmektedir. Eğitim süresi üç yıldır. Fakültelerdeki anabilim dallarında uzmanlık eğitimi genellikle bir bölümü alanda ve bir bölümü de klinikte geçecek şekilde en az üç yıllık bir süreç olarak programlanmaktadır (18). Sağlık Bakanlığı eğitim hastanelerinde sürdürülen AH uzmanlık eğitimi ise içeriği ayrıntılı olarak belirlenmiş bir müfredata dayanmamaktadır. Kazandırılması gereken temel bilgi, beceri ve tutumlar belirlenmemiştir. Asistanlar rotasyon yaptıkları klinik şefinin yönlendirmesi doğrultusunda eğitim almaktadırlar (26).

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi üç temel bölümden oluşur:

- Aile Hekimliği Anabilim Dalı Eğitim Etkinlikleri
- Hastane Klinik Rotasyonları
- Birinci Basamak Aile Hekimliği Uygulaması

Aile Hekimliği Anabilim Dalı Eğitim Etkinlikleri

Adnan Menderes Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın UzmEP'da yer alan Aile Hekimliği Anabilim Dalı eğitim etkinliklerinin içeriği şu şekilde özetlenmektedir (20):

- “ Uzmanlık öğrencileri, diğer AH öğretim elemanları ile birlikte eğitim dönemi boyunca haftada bir yarım gün AH Anabilim Dalında/ AH Kliniğinde yapılan eğitim toplantılarına katılır.

- AH Kliniğinin temel işlevi, UzmEP'in çeşitli bölümlerinde kazanılan bilgi, beceri, tutum ve değerleri bütünleştirmek ve uzmanlık öğrencisine **aile hekimliği bakış açısını** kazandırmaktır.
- Haftalık eğitim etkinliklerinin temel yaklaşımı küçük grup çalışmasıdır. Bu toplantılarda seminer, makale sunumu, olgu tartışması gibi eğitim etkinlikleri yürütülür.
- Bu etkinlikler, AH uzmanlık öğrencileri arasında sürekli bir ilişkinin ve desteğin gerçekleştiği bir ortam oluşturur. Hastane rotasyonlarındaki uzmanlık öğrencilerinin aile hekimliğiyle, onun klinik yaklaşım ve değerleriyle sürekli temasını sağlar. Grup içinde bağımsız öğrenme yaklaşımı kazandırır ve sürekli tıp eğitiminin temellerini atar.
- Haftalık toplantılar; Bireysel ya da grup olarak uzmanlık öğrencilerinin ortaya koyduğu sorunların çözümüne yardımcı olur. Onları bağımsız öğrenme, iş denetimi ve sürekli tıp eğitimi için yönlendirir. Grubun ve tek tek üyelerinin gelişimini izleme, eğitim gereksinimlerini değerlendirme ve gerekli geri bildirimlerde bulunmaya olanak sağlar”.

Hastane Klinik Rotasyonları

Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde yer alan hastane klinik rotasyonlarının amacı (18):

1. Aile hekimliği uygulamasında önemli olan bazı becerilerin, bunların daha yoğun olarak yapıldığı merkezlerde kazanılması,
2. İkinci basamak sağlık hizmetlerinin tanıtılmasıdır.

Bir tartışmacı rotasyonların amacını şöyle açıklıyor: “Aile Hekimliği uygulamaları sırasında kısa sürede eğitim sağlayacak kadar sık karşılaşılmayan ancak AH uzmanının çözmesi gereken problemleri tanımak ve çözüm yollarını öğrenmek amacı ile bu problemlerin çok sık karşılaşıldığı ortamlarda eğitim almak. Örneğin doğum yaptırmayı bilmek durumunda olduğumuz halde bu beceriyi birinci basamakta öğrenmeye çalışmak çok uzun yıllar alabilir. Diğer yandan bir vajinal akıntılı hastaya yaklaşımı ya da Aile Planlaması ile ilgili bilgi ve becerileri en iyi aile hekimliği ortamında öğrenmek olasıdır.” Bu bakış açısı, rotasyonların tıp eğitiminin eksikliklerinin giderildiği bir süreç olarak değerlendirilemeyeceği ve rotasyonlar sırasında eğitimin içeriğine ilişkin önemli ipuçları vermektedir. Rotasyonlar sırasında o dalda toplumda sık görülen hastalıkların ağırlıklı olarak müfredata alınması gereklidir. Ayrıca ikinci basamak ortamının ve yaklaşımının tanınması ve AH uzmanlığı sırasında hastanın yönlendirilmesi, empati yapılabilmesi, gerektiğinde savunuculuğunun üstlenilmesi açısından da ele alınmalıdır (21).

Adnan Menderes Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı’nın UzmEP’da yer alan hastane klinik rotasyonlarının içeriği de şu şekilde özetlenmektedir (20):

- “Araştırma görevlisinin rotasyon planı, UzmEP Yönergesinde çizilen temel çerçeve doğrultusunda yıllık olarak belirlenir.
- Rotasyonlar, UzmEP için önemli eğitim ortamları ve olanaklarıdır. Araştırma görevlisinin tutumu, bu önemli kaynaktan olabildiğince çok yararlanmak, rotasyonda sağlanan eğitim ortamını korumak ve geliştirmek olmalıdır.
- Rotasyonlarda alınan/verilen sorumlulukların tam olarak yerine getirilmesi, süreklilik, çalışma saatlerine uyum, ekip anlayışına katkı, bilimsel çalışmaların içinde yer alma gibi tutumlar esas olmalıdır.

- Rotasyonlarda edinilmesi beklenen bilgi, beceri ve tutumlar, genel bir çerçeve içinde UzmEP Yönergesinde belirlenmiştir. Rotasyon yapılan her Anabilim Dalı, bu genel çerçeveyi dikkate alarak Aile Hekimliği araştırma görevlileri için bir eğitim programı hazırlar.
- Uzmanlık öğrencisi klinik rotasyonlarla ilgili kendi öğrenim hedeflerini belirler ve bireysel eğitim planı oluşturulur.
- Öğrenme boşluklarının oluşmasını önlemek amacıyla klinik rotasyonlardaki çalışmaların eğitim ve hizmet bileşenleri arasında uygun bir denge gözetilir.
- AH uzmanlık öğrencisi, rotasyon yaptığı klinik disiplin uzmanlık öğrencileriyle aynı konumdadır ve gerek bölüm içi gerekse bölüm dışı bilimsel etkinliklere katılma ve araştırma olanaklarından eşit olarak yararlanır.
- Her rotasyon döneminin sonunda uzmanlık öğrencisinin öğrenim gereksinimleri değerlendirilir ve bu konuda kendisine geri bildirim verilir”.

Birinci Basamak Aile Hekimliği Uygulaması

Birinci Basamak Aile Hekimliği Uygulaması, Aile Hekimliği eğitim ve uygulama biriminde ya da diğer BB ortamlarda (sağlık ocakları gibi) yapılır. Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminin en az üçte birinin ve olanaklar uygun ise en az yarısının BB sağlık birimlerinde gerçekleştirilmesi gereği, başta EURACT (European Academy of Teachers in General Practice) olmak üzere Avrupa'daki konuyla ilgili ulusal ve uluslararası birçok örgütlenme tarafından benimsenen bir ilkedir. Bugün için 36 aylık uzmanlık

eğitim programının bir yılının, birinci basmakta geçirilmesi başlangıç için yeterli görünmektedir. Birinci basamak alan uygulamalarını gerçekleştirmek için Sağlık Bakanlığı, Sağlık Müdürlükleri ile işbirliği yapılır. Aile Hekimliği uzmanlık ğrencisi, alan eğiticisi aile hekimlerinin gözetiminde hasta bakımı yapar, diğer klinik rotasyonlar sırasında edindiği birikimi birinci basamakta uygulamak üzere yeniden biçimlendirir ve bağımsız aile hekimliği uygulaması için deneyim kazanır (20).

Adnan Menderes Üniversitesi Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Programı yedi ana bölümden oluşmaktadır. Tablo 3’de Adnan Menderes Üniversitesi Uzmanlık Eğitimi Programının bileşenleri verilmiştir (20).

Tablo 3. ADÜ uzmanlık eğitimi programının bileşenleri

Kodu	Programın Bileşenleri	Süre
AH	<u>AH Programı</u> Alan uygulaması, uyum çalışması, toplum hekimliği ve tıp etiği çalışmalarının değerlendirilmesi, serbest çalışma zamanları, değerlendirilmesi, serbest çalışma zamanları gibi modüllerden oluşmaktadır. AH programı, uzmanlık eğitiminin ilk ayında başlar ve 10 aylık büyük bölümü eğitimin son döneminde olmak üzere, dört yıla yayılmış olarak uygulanır.	12 ay
İH	<u>İç Hastalıkları Programı</u> Genel Dahiliye Servis, Acil, Dermatoloji Göğüs hast., Endokrinoloji ve Kardiyoloji programlarından oluşmaktadır. Üç yıla yayılmış olarak uygulanır.	6 ay
ÇSH	<u>Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Programı</u> Servis, acil, genel pediatri, yenidoğan programlarından oluşmaktadır. Üç yıla yayılmış olarak uygulanır.	5 ay
KHD	<u>Kadın Hastalıkları ve Doğum Programı</u> Servis, jinekoloji, doğum öncesi poliklinikleri, aile planlaması ve obstetri programlarından oluşmaktadır. Üç yıla yayılmış olarak uygulanır.	5 ay
GC	<u>Genel Cerrahi Programı</u> Genel cerrahi servisi, acil, poliklinik, küçük cerrahi girişim, anestezi, ortopedi, kulak-burun-boğaz ve göz poliklinik programlarından oluşmaktadır.	5 ay
RSH	<u>Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Programı</u> Servis ve erişkin ruh sağlığı polikliniği programlarından oluşmaktadır. AH programı ile desteklenir.	2 ay
Seç	<u>Seçmeli</u> Rotasyon yapılan ya da yapılmayan dallar için 15 günlük iki ya da bir aylık tek rotasyon olarak kullanılabilir.	1 ay
Toplam		36 ay

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin içeriği hastaların artan gereksinimlerinden dolayı bütün Avrupa ülkelerinde gittikçe önem kazanmaktadır. Bu yüzden bu eğitim yalnızca mesleki talepleri karşılamakla kalmayıp hastaların beklentilerini de karşılamalıdır (17).

2.14. Avrupa’da Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminin Yapısı ve Süresi

Genel Pratisyen / Aile hekimleri birçok Avrupa ülkesinde hastaların ilk başvuru adresidir. Tanı ve tedaviye ek olarak sağlık eğitimi, koruyucu uygulamalar aile hekimlerinin görevleri olarak sayılmaktadır. Aile hekimleri sadece hastaların danışmanı veya koruyucusu değil aynı zamanda öğretmenleri, eğitimcileri ve bazen de araştırmacılarıdır. Aile hekimleri, genelde pek çok uzmanın tedavisini koordine ettiğinden dolayı geniş oranda bilgi birikimine sahip olmaları gerekmektedir. Aile hekimlerinden, kronik hastalıkları olan hastaları tedavi etmeleri ve bunlara danışmanlık ve rehberlik etmeleri istenir. Aile hekimlerine psikosomatik ve mental bozuklukların bakım sorumluluğu verilir. Buna ek olarak ağır ve ölümcül hastaların bakımını bilmelidirler. Aile hekimleri toplumda yaygın olan ya da olmayan çok sayıdaki hastalık ve bütün koruyucu durumlar hakkında bilgi sahibi olmalıdırlar. Uygun ve gerekli olduğu yere hastalarını yönlendirebilmeleri için diğer sağlık alanlarındaki tedavi olanaklarını bilmeleri ve bunları göz önünde bulundurmaları gerekir. Yüksek kalitede hizmet sunabilmeleri için, Genel Pratisyen /Aile Hekimlerine uzmanlık eğitimi sırasında iletişim becerilerinin kazandırılması önemlidir. Bu beceriler, hastalığın ve tedavinin tartışılmasını gerektiren kronik hastalık yönetiminin, tedavi süreçlerinin ve uygun hasta-doktor ilişkisinin temelini oluşturur (17).

Avrupa ülkelerinde uzmanlık eğitimi yöntem ve bağlam bakımından farklılık göstermektedir. Avrupa Genel Hekimler Birliğinin (UEMO) üye ülkelerde bu eğitimin içeriğiyle ilgili bir bildiri yayınlamaya karar vermesinin nedeni de budur. Bu bildiriye hazırlayan UEMO Uzmanlık eğitimi çalışma grubu ile birlikte Avrupa Aile Hekimliği Eğiticileri Akademisi (EURACT) ve Genç Doktorlar Grubu (PWG), UEMO'ya üye bütün ülkelerin yerel gereksinimler, deneyimler ve olanaklarına göre aile hekimliğinde uzmanlık eğitimi üzerine kendi belgelerini hazırlamalarını beklemektedir (17).

Avrupa'da aile hekimlerinin uzmanlık eğitimi ile ilgili en son düzenlemeler, 5 Nisan 1993 tarih ve 93/16/EEC sayılı "Avrupa Konseyi Doktorların Serbest Dolaşımı ve Diplomaların ve Diğer Resmi Belgelerin Karşılıklı Tanınması Hakkındaki Direktifi"nin 23, 32, 33 ve 34. maddelerinde dile getirilmiştir. Bu maddelerin incelenmesi sonrasında şöyle bir sonuç ortaya çıkmaktadır (22):

- Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi, tıp fakültesi eğitimi sonrasında verilmeli,
- Bir üniversite bünyesinde ya da denetiminde olmalı,
- En az 2 yıl aralıksız (*tam gün*) olmalı,
- Eğitim uygulama ağırlıklı olmalıdır.

Avrupa kanunlarınca aile hekimliği uzmanlık eğitimi üzerinde anlaşılan süre üç ile beş yıl arasında değişir. Bu sürenin en azından yarısı aile hekimliği ortamında geçirilir. UEMO'nun Genel Pratisyen / Aile hekimleri için eğitim süresi hedefi diğer uzmanlık eğitimlerinin süresiyle eşit olmasıdır. UEMO aile hekimliği alanının sağlık alanındaki diğer uzmanlıklar gibi algılanması gerektiğine inanmaktadır (17). UEMO ülkelerinde Genel Pratisyenlik/ Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminin yapısı ve süresi Tablo 4'de verilmiştir.

Tablo 4. UEMO ülkelerinde aile hekimliği uzmanlık eğitiminin yapısı ve süresi (2003)

Ülke	Klinik kısmı	GP/ FM kısmı	Toplam süre (ay)
Slovenya	24	24	48
Avusturalya	30	6	36
Belçika	6-12	24-30	42
Hırvatistan	23	13	36
Danimarka	36	24	60
Finlandiya	30	42	72
Almanya	18-44	18-36	60
Macaristan	20	40	60
İzlanda	36	24	60
İrlanda	24-36	12-24	48
İtalya	24	12	36
Lüksemburg	veri yok	veri yok	veri yok
Hollanda	12	24	36
Portekiz	11	22	36
İspanya	25	11	36
İsveç	30	30	60
İsviçre	48	12	60
Slovakya	32	4	36
Birleşik Krallık	24	12	36

Daniel ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada İngiltere ve ABD’ de genel pratisyenlik ve aile hekimliği birçok açıdan karşılaştırılmıştır (25). Her iki ülkede de genel hekimlik ve aile hekimliği süresi üç yıldır ancak arada bazı önemli farklılıklar vardır. İngiltere’de öğrenciler, liseyi bitirdikten sonra 5 yıllık tıp fakültesine girerler. Tıbbı bitirdikten sonra cerrahi ve genel hekimlikte 12 aylık staj eğitimi yaparlar. Bu noktada belirli bir alana katılım eğitim programlarının %50’sinden fazlasını oluşturmaktadır. İngiltere’deki genel hekimlik eğitimi iyi bir eğitimsel uygulama modeli olmuş ve diğer pek çok ülke için bir referans noktası olarak görülmüştür (25).

İngiltere tıp fakültesi öğrencileri bir senelik stajın ardından hekimlik yapmadan önce, bir uygulama ortamında iki yıl çeşitli uzmanlar tarafından yürütülen hastane rotasyonu yapmaktadır. İlk yıllarında altı ay Aile Hekimliğinde, altı ay Genel Cerrahide rotasyon yapmaları gerekir. İkinci yıllarında Aile Hekimliği, Geriatri, Pediatri, Psikiyatri, Jinekoloji, Acil Yardım ve Genel Cerrahiden herhangi ikisinde altı ay süreyle rotasyon yapmak zorundadırlar. Üçüncü yıllarında, uzman kadronun gözetiminde iki kez 6 aylık rotasyon yaparlar. İkinci ve üçüncü eğitim yıllarında, önceden aile hekimliğine ve eğitimi planlayan aile hekimlerince geliştirilen resmi programa katılanlar, uygulamaya dayalı dördüncü eğitim yılında haftada yarım günlük ‘serbest gün’ seminer programına katılırlar (25).

Eğitimlerinin dördüncü yılında, İngiliz öğrenciler onaylı, uygulamalı genel hekimlik eğiticilerine iş başvurusunda bulunurlar. Orada uzman rehber eğitmen ile bir eğitim planı hazırlar ve geliştirir. Öğrenci, rehber öğreticiden kısmen daha az oranda hasta kabul eder. Evlere pek çok birebir eğitim gezisi yapılır (25).

ABD’de birinci basamaktaki mezuniyet sonrası eğitimin tıp eğitimine daha açık entegrasyonu yapılmaktadır. İngiltere’dekinden farklı olarak, ABD tıp fakültesi aile hekimliği bölümleri, okul yıllarındaki eğitim ile birlikte aile hekimliğindeki uzmanlık eğitimi programını da yönetir. Bu sistemde, uzmanlık eğitimi yoluyla tıp öğrencisinin aile hekimliği eğitimine uyumu sağlanmış olur. İngiltere’de üniversite ve üniversite sonrası eğitim tamamen birbirinden farklıdır ve bütüncül değildir (25).

Klinikle ilgili olarak, ABD aile hekimlerinin genelde hem hastanede yatan hastaların sorumluluğu hem de cerrahi sorumlulukları bulunmaktadır. Kadın Hastalıkları ve Doğum, yıllık 25–50 bebek doğurtan aile hekimlerinin yaklaşık üçte birinin önemli bir uygulama alanıdır. ABD’de aile hekimleri genellikle muayenehanede ve hastanede bazı işlemler yerine getirmektedir; her iş gününde ortalama 25-30 muayenehane hastası tedavi eder, en yaygın kronik ve akut hastalıklarla mücadele eder. Geceleri ve hafta sonları, tedavi edilmesi gereken hastalar muayenehanede veya acil bakım ünitesinde tedavi edilir (25).

Bunun aksine İngiliz genel pratisyenliği nadiren hastaneyle ilgili sorumluluğa sahiptir. Astım, şeker ve hipertansiyon gibi kronik rahatsızlıkları olan hastalar artık daha çok genel pratisyenler tarafından tedavi edilmektedir. Kadın Hastalıkları ve Doğum ile ilgilenen genel hekimlerin oranı 20 yıl önce %28’den günümüzde %2,5’e düşmüştür.

Sonuç olarak Amerikan aile hekimliği ve İngiltere genel pratisyenlik eğitiminin incelenmesi, iki ülkedeki birinci basamak bakımın temel ortaklıklarına, birinci basamaktaki doktorlarının rollerine, sorumluluklarına ve eğitimindeki farklılıklara işaret etmektedir (25).

3. AMAÇ

Bu tez çalışmasının amacı;

- Umurlu Aile Hekimliği uygulama polikliniğine başvuran hastaların yaş, cinsiyet gibi demografik verilerini, başvuru nedenlerini, tanılarını ve tıbbi uygulama alanlarına göre dağılımını incelemek,
- Umurlu Aile Hekimliği Merkezi'ndeki aile hekimliği uygulaması ve hasta profilinin, uzmanlık ve tıp öğrencilerinin eğitiminin temel bileşenlerinden olan alan eğitimini ne ölçüde karşıladığını saptamak,
- Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminde önem verilmesi gereken, sık görülen rahatsızlık/hastalık ve uygulamalara dikkati çekmek ve
- Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminin içeriğinin belirlenmesine katkıda bulunmaktadır.

4. GEREÇ VE YÖNTEM

Kasım 2002-Aralık 2004 tarihleri arasında Umurlu Aile Hekimliği Merkezine başvuran 1961 olguya ait elle tutulmuş dosya kayıtları geriye dönük olarak incelendi. Her bir olgunun, varsa sonraki başvuruları da ele alındı. Olgular yaş, cins, meslek, başvuru nedenleri, tanılar, konsültasyon istemi, sevk yerleri, reçete yazma ve izlem açısından değerlendirildi.

Kayıtlara dayalı bir durum saptaması olan bu çalışma, tanımlayıcı niteliktedir. Verilerin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

5. BULGULAR

Kasım 2002 – Aralık 2004 dönemi boyunca Umurlu Aile Hekimliği Merkezi'nden sağlık hizmeti alan kişi sayısı 1961'dir. Bu kişiler toplam 2618 kez merkezimize başvurmuştur. Kişi başına düşen ortalama başvuru sayısı 1,3'tür. Başvuranların 1217'si kadın (%62,1), 744'ü erkekti (%37,9). Hastaların yaş ortalaması 37,4 olarak saptandı (0 yaş ile 95 yaş). Her yaş grubundan hasta bulunmaktaydı. Başvuran hastaların yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 5'te verilmiştir. Başvuran hastaların mesleklerine göre dağılımı incelendiğinde çoğunluğunu ev hanımları (%50,7), okul öncesi çocuklar (%15,3) ve çiftçiler(%10,4) oluşturmuyordu. Başvuranların mesleklerine göre dağılımı Tablo 6'da verilmiştir. Başvuruda bulunan hastaların sosyal güvencelerine göre dağılımı incelendiğinde çoğunluğunu SSK (%71,8) ve Emekli Sandığı (%16,9) hastaları oluşturmakta idi. Başvuranların sosyal güvencelerine göre dağılımı Tablo 7'de verilmiştir.

Umurlu Aile Hekimliği Merkezi'ne başvuran hastaların %71,4'ü Umurlu'da oturmakta olup, diğerleri Umurlu dışından başvurmuştur.

Tablo 5. Başvuruda bulunan 1961 hastanın yaş gruplarına göre dağılımı*

Yaş Grubu	Sayı	%
0-6	313	16,0
7-14	142	7,3
15-64	1195	61,2
65 yaş üstü	303	15,5
Toplam	1953	100

*8 dosyada yaş kaydı bulunmamaktaydı.

Tablo 6. Başvuruda bulunan 1961 hastanın mesleklerine göre dağılımı*

Meslek	Sayı	%
Ev hanımı	989	50,7
Okul öncesi çocuk	298	15,3
Çiftçi	203	10,4
Öğrenci	186	9,5
Emekli	120	6,2
İşçi	69	3,5
Serbest çalışan	55	2,8
Memur	30	1,6
Toplam	1950	100

* 11 dosyada meslek kaydı bulunmamaktaydı.

Toplam 2618 kez aile hekimliği merkezimize başvuruda bulunan hastaların, başvuru sıklıkları incelendiğinde 1585 (%80,8) hastanın bir kez, 244 (%12,4) hastanın iki kez başvuruda bulundukları tespit edildi. 1961 başvuranın başvuru sıklığına göre dağılımı Şekil 1’de verilmiştir.

Umurlu Aile Hekimliği Merkezine başvuran hastaların yakınma sayıları üç ile sınırlandırıldı. ten fazla yakınması olan hastaların yakınmasına göre gruplandırma yapıldı. 2618 başvuruda hastaların ilk (başlıca) olarak ifade ettikleri 197 farklı yakınma olup toplamda 222 farklı yakınma bulunmaktaydı.

2618 başvuruda hastaların ifade ettikleri tüm yakınmalar incelendiğinde, en sık belirtilen ilk beş yakınma sırasıyla öksürük, ateş, baş ağrısı, boğaz ağrısı ve bel ağrısı idi. Aile Hekimliği Merkezimize başvuran hastaların sırasıyla en sık ÜSYE (%26,3), iskelet sistemi (%20,8) ve GİS (%10,8) yakınmaları ile başvuruda bulundukları saptandı.

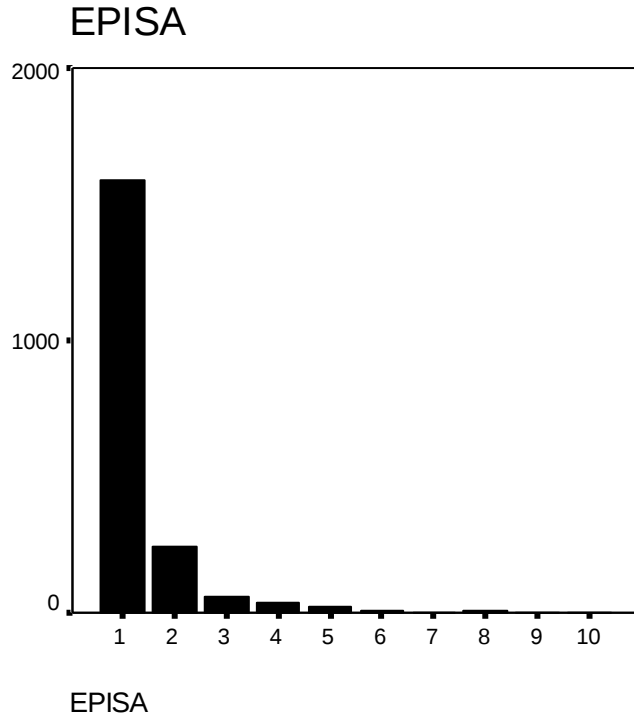
2618 başvuruda hastaların ifade ettikleri ilk (başlıca), ikinci ve üçüncü yakınma nedenleri Tablo 8, 9 ve 10’da ve tüm yakınmalar dikkate alınarak değerlendirildiğinde en sık belirtilen ilk 20 yakınma nedenleri ise Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 7. Başvuruda bulunan 1961 hastanın sosyal güvencelerine göre dağılımı*

Sosyal güvence	Sayı	%
SSK	1401	71,8
Emekli Sandığı	329	16,9
Bağkur	217	11,1
Yeşil kart	5	0,2
Toplam	1952	100

* 9 hastanın sosyal güvence kaydı bulunmamaktaydı.

Şekil 1. Başvuruda bulunan 1961 hastanın başvuru sıklığına göre dağılımı



Tablo 8. 2618 başvuruda hastaların ilk (başlıca) belirttiği geliş nedenleri

	Başvuru nedeni	Sayı	%
1	Öksürük	297	11.4
2	Ateş	131	5
3	Baş ağrısı	122	4.7
4	Bel ağrısı	108	4.1
5	Boğaz ağrısı	100	3.8
6	Halsizlik	96	3.7
7	Karın ağrısı	80	3.1
8	Diz ağrısı	75	2.9
9	Kaşıntı	72	2.8
10	Göğüs ağrısı	63	2.4
11	Baş dönmesi	58	2.2
12	Sırt ağrısı	49	1.9
13	Ayak ağrısı	49	1.9
14	Genel kontrol	91	3.4
15	Mide ağrısı	39	1.5
16	Bacak ağrısı	35	1.3
17	İshal	37	1.4
18	Burun akıntısı	28	1.1
19	Boyun ağrısı	27	1
20	Bulantı	26	1
21	Çarpıntı	26	1
22	Kol ağrısı	27	1
23	Kusma	27	1
24	Sıkıntı hissi	26	1
25	Yan ağrısı	25	1
26	Döküntü	23	0.9
27	Genel vücut ağrısı	23	0.9
28	İştahsızlık	23	0.9
29	Omuz ağrısı	23	0.8
30	Tetkik yaptırma	18	0,7

Tablo 9. 2618 başvuruda hastaların ikinci sırada belirttiği geliş nedenleri

	Başvuru nedeni	Sayı	%
1	Öksürük	119	8.6
2	Ateş	81	5.9
3	Baş ağrısı	56	4.1
4	Kusma	55	4
5	Burun akıntısı	47	3.4
6	Boğaz ağrısı	34	2.5
7	Bulantı	29	2.1
8	Bacak ağrısı	27	2
9	Göğüs ağrısı	27	2
10	Nefes darlığı	27	2
11	Mide ağrısı	22	1.6
12	Sırt ağrısı	22	1.6
13	Balgam çıkarma	20	1.4
14	Bel ağrısı	19	1.4
15	Diz ağrısı	20	1.4
16	Kaşıntı	19	1.4
17	Kulak ağrısı	19	1.4
18	Çarpıntı	18	1.3
19	Boyun ağrısı	17	1.2
20	İshal	16	1.2
21	Kol ağrısı	17	1.2
22	Burun tıkanıklığı	14	1
23	Sıkıntı hissi	14	1
24	Yan ağrısı	14	1
25	Genel vücut ağrısı	12	0.9
26	Terleme	12	0.9
27	Ayak ağrısı	11	0.8
28	Kasık ağrısı	11	0.8
29	Titreme	11	0.8
30	Uykusuzluk	11	0.8

Tablo 10. 2618 başvuruda hastaların üçüncü sırada belirttiği geliş nedenleri

	Başvuru nedeni	Sayı	%
1	Öksürük	42	8.2
2	Halsizlik	27	5.2
3	Ateş	24	4.7
4	İştahsızlık	22	4.3
5	Baş ağrısı	18	3.5
6	Kusma	17	3.3
7	Boğaz ağrısı	14	2.7
8	Burun akıntısı	14	2.7
9	Nefes darlığı	14	2.7
10	İshal	12	2.3
11	Karın ağrısı	12	2.3
12	Sırt ağrısı	12	2.3
13	Burun tıkanıklığı	9	1.7
14	Huzursuzluk	9	1.7
15	Titreme	9	1.7
16	Ayak ağrısı	8	1.6
17	Bel ağrısı	8	1.6
18	Sıkıntı hissi	8	1.6
19	Bacak ağrısı	7	1.4
20	Balgam çıkarma	7	1.4
21	Baş dönmesi	7	1.4
22	Çarpıntı	7	1.4
23	Diz ağrısı	7	1.4
24	Solunum sıkıntısı	7	1.4
25	Kabızlık	6	1.2
26	Yan ağrısı	6	1.2
27	Göğüs ağrısı	5	1
28	Kol ağrısı	5	1
29	Midede yanma	5	1
30	Uykusuzluk	5	1

Tablo 11: 2618 başvuruda en sık belirtilen geliş nedenleri (tüm yakınmalar)

	Başvuru nedeni	Sayı	%
1	Öksürük	458	17,4
2	Ateş	236	9
3	Baş ağrısı	196	7,4
4	Boğaz ağrısı	148	5,6
5	Bel ağrısı	145	5,5
6	Halsizlik	123	4,6
7	Diz ağrısı	102	3,8
8	Kusma	99	3,7
9	Kaşıntı	95	3,6
10	Göğüs ağrısı	92	3,5
11	Baş dönmesi	91	3,4
12	Sırt ağrısı	91	3,4
13	Ayak ağrısı	89	3,3
14	Genel kontrol	83	3,1
15	Mide ağrısı	69	2,6
16	Bacak ağrısı	68	2,5
17	İshal	65	2,4
18	Burun akıntısı	65	2,4
19	Boyun ağrısı	61	2,3
20	Bulantı	55	2,1

2618 başvuruda konulan toplam tanı çeşidi sayısı 221 idi. 2618 başvuruda ilk konulan tanı sayısı ise 195 idi. Umurlu Aile Hekimliği Merkezine 2618 kez başvuruda bulunan hastalara en sık konulan tanıları incelendiğinde sırasıyla %26,3'ne tanı konulmadığı, %19,1'ne ÜSİYE (viral ve bakteriyel ÜSİYE, otit, tonsillit, faranjit, gripal enfeksiyon), %9'una hipertansiyon, %4,2'sine anemi, %3,5'ine diabetes mellitus, %3,3'üne depresyon tanısı konulduğu saptanmıştır. Tablo 12, 13 ve 14'de 2618 başvuruda en sık konulan ilk, ikinci ve üçüncü tanı ve Tablo 15'te tüm tanıların dikkate alındığında en sık konulan tanıların verilmiştir.

En sık konulan 20 tanı göz önüne alındığında kronik hastalıklar (Hipertansiyon, Diabetes Mellitus, Depresyon, Osteoporoz) %18,8 oranında idi. Bunların %4,4'ünün kronik hastalık izleminde olduğu saptandı.

Tablo 12. 2618 başvuruda en sık konulan ilk tanılarının sıklığı

	Tanı adı	Sayı	%
1	Tanı yok	689	26,7
2	Hipertansiyon	150	5,8
3	USYE	118	4,6
4	Otit	93	3,6
5	Tonsillit	83	3,2
6	Myalji	76	2,9
7	Viral ÜSYE	67	2,6
8	Depresyon	60	2,3
9	Diabetes Mellitus	53	2,1
10	ASYE	48	1,9
11	İYE	43	1,7
12	Anemi	40	1,5
13	Farenjit	39	1,5
14	Gastroenterit	39	1,5
15	Dermatit	36	1,4
16	Gribal enfeksiyon	36	1,4
17	Normal bulgular	34	1,3
18	Gastrit	34	1,3
19	Lumbalji	34	1,3
20	Anksiyete	32	1,2
21	Yüzeyel mantar enf.	29	1,1
22	Peptik ulcus	24	0,9
23	Gastro özafajial reflü	22	0,9
24	Bronşit	19	0,7
25	Osteoporoz	19	0,7
26	KOAH	18	0,7
27	Dispepsi	18	0,7
28	Aftöz stomatit	17	0,7
29	Anksiyeteli depresyon	17	0,7
30	Gonartroz	17	0,7

Tablo 13. 2618 başvuruda en sık konulan ikinci tanıların sıklığı

	Tanı adı	Sayı	%
1	Hipertansiyon	67	10,5
2	Anemi	45	7
3	Diabetes mellitus	31	4,9
4	Otit	21	3,3
5	Depresyon	19	3
6	İYE	19	2,8
7	Sinüzit	18	2,7
8	Parazitoz	17	2,5
9	Osteoporoz	16	2,5
10	ÜSYE	16	2,3
11	Tonsillit	15	2,2
12	Dermatit	14	1,9
13	Gastro özafajial reflü	12	1,9
14	Aritmi	12	1,7
15	ASYE	11	1,7
16	Gonartroz	11	1,6
17	Farenjit	10	1,6
18	Gastroenterit	10	1,4
19	Dislipidemi	9	1,3
20	Guatr	8	1,1
21	Aftöz stomatit	7	1,1
22	Anksiyete	7	1,1
23	Artralji	7	1,1
24	Yüzeyel mantar enf.	7	1,1
25	Dispepsi	7	1,1
26	Buşon	6	0,9
27	Viral ÜSYE	6	0,9
28	Anksiyeteli depresyon	6	0,9
29	Konjuktivit	5	0,8
30	Bronşit	5	0,8

Tablo 14. 2618 başvuruda en sık konulan üçüncü tanıların sıklığı

	Tanı adı	Sayı	%
1	Hipertansiyon	16	10,5
2	Anemi	11	7,2
3	Dislipidemi	10	6,6
4	Diabetes mellitus	7	4,6
5	Depresyon	6	3,9
6	Obezite	6	3,9
7	ASKH	4	2,6
8	Gonartroz	4	2,6
9	Osteoporoz	4	2,6
10	Peptik ulcus	4	2,6
11	Parazitoz	4	2,6
12	Dispepsi	4	2,6
13	İYE	3	2
14	KOAH	3	2
15	Kalp yetmezliği	3	2
16	Konjuktivit	3	2
17	Osteopeni	3	2
18	Otit	3	2
19	Bozulmuş açlık glukozu	3	2
20	Anksiyete	2	1,3
21	Gastrit	2	1,3
22	Gastroenterit	2	1,3
23	Guatr	2	1,3
24	Hipertiroidi	2	1,3
25	Kapak hastalığı	2	1,3
26	Myalji	2	1,3
27	Osteoartrit	2	1,3
28	Sinüzit	2	1,3
29	Tonsillit	2	1,3
30	Aftöz stomatit	1	0,7

Tablo 15. 2618 başvuruda en sık konulan tanılar (tüm tanılar içinde)

	Tanı adı	Sayı	%
1	Tanı yok	689	26,3
2	Hipertansiyon	237	9
3	ÜSYE	134	5,1
4	Otit	117	4,4
5	Anemi	111	4,2
6	Tonsillit	100	3,8
7	Diabetes mellitus	93	3,5
8	Depresyon	87	3,3
9	Myalji	79	3
10	Viral ÜSYE	73	2,7
11	İYE	67	2,5
12	ASYE	59	2,2
13	Gastroenterit	51	1,9
14	Dermatit	50	1,9
15	Farenjit	49	1,8
16	Anksiyete	41	1,5
17	Osteoporoz	40	1,5
18	Gastrit	36	1,3
19	Gribal enfeksiyon	36	1,3
20	Lumbalji	35	1,3

Başka bir bölüme sevk oranımız %5,2 (136 sevk) idi. En sık sevk edilen bölüm acil (%36,1) ve pediatri (%15,8) bölümleri idi. Başvuranların sevk edildikleri bölümlere göre dağılımı Tablo 16’da verilmiştir.

Üniversite hastanesindeki diğer klinik bölümlerden istenen toplam konsültasyon oranı ise %9,7 (255) idi. Konsültasyonlar sırasıyla kardiyoloji (%12,3), KBB (%11,4), ortopedi (%7,6), genel cerrahi (%7,6), dermatoloji (%7,2), üroloji (%6,4) kliniklerinden istenmiştir. Başvuranların konsültasyon istenen bölümlere göre dağılımı Tablo 17’de verilmiştir.

255 Konsültasyon içinde sonuçlanan 57’sinin oranı %22,4’dür. Kardiyoloji ve KBB konsültasyon istemlerimiz en sık olarak geri dönmüştür.

2618 başvuruda hastalar %2,7 (71 başvuru) oranında ilaç yazdırmak için başvurmuştur

2618 başvuruda %7,5 oranında hasta eğitimi verilmiştir.

2618 başvuruda hastaların %44,5’inden (1160 başvuru) inceleme istenmiştir. İstenen incelemeler, laboratuvar ve radyolojik incelemeleri kapsamakta olup ayrıntılandırılmamıştır.

Tablo 16. Başvuranların sevk edildikleri bölümlere göre dağılımı

En sık sevk edilen bölümler	Sayı	Sayı
Acil	49	36,1
Pediyatri	21	15,8
KBB	10	6,8
Kardiyoloji	8	6
Kadın Hastalıkları ve Doğum	8	6
Ortopedi	6	4,5
Diğer	34	24,8
toplam	133	100

Tablo 17. Başvuranların konsültasyon istenen bölümlere göre dağılımı

En sık konsültasyon istenen bölümler	Sayı	%
Kardiyoloji	29	12,3
KBB	27	11,4
Ortopedi	20	7,6
Genel Cerrahi	20	7,6
Dermatoloji	17	7,2
Üroloji	16	6,4
Diğer	126	47,5
Toplam	255	100

6. TARTIŞMA

Aile Hekimliği Merkezinin bulunduğu Umurlu beldesinin nüfusu, Umurlu Sağlık Ocağının 2004 yılı ETF kayıtlarına göre toplam 17903'dür. Bu sayının 9069'unu erkekler, 8834'ünü kadınlar oluşturmaktadır (26).

Adnan Menderes Üniversitesi Umurlu Aile Hekimliği Merkezi, birinci basamakta sağlık ocağı gibi çalışmayı hedefleyen bir poliklinik olmasına rağmen, iki yıllık süreçte hizmet verdiği hedef nüfusa yeterli oranda ulaşamamıştır. Umurlu bölgesinde birinci basamak sağlık hizmeti veren bir sağlık ocağının bulunması, halkın büyük bir kısmının sosyal güvencelerinin SSK ve BAĞ-KUR olması nedeniyle aldıkları hizmet için ücret ödemek zorunda olmaları, hastaların her başvurularında farklı bir hekim tarafından görülmesi başvuran sayısının düşük olmasına neden olduğunu düşünüyoruz.

Kadınlar erkeklerden daha fazla oranda aile hekimliği merkezine başvuruda bulunmuştur. Başvuran hastaların meslekleri incelendiğinde çoğunluğunu ev hanımları (%50,7), okul öncesi çocuklar (%15,3) ve çiftçiler (%10,4) oluşturmaktaydı. Çukurova Üniversitesi, Akdeniz Üniversitesi, Kocaeli Üniversitesi Değirmendere Aile hekimliği Polikliniği, Kocaeli Üniversitesi Hereke Aile Hekimliği Merkezi ve Buğdaycı ve arkadaşlarının Mersin 2 Nolu Sağlık Ocağı bölgesinde yaptıkları çalışma verilerinde de kadınların erkeklerden daha sık oranda sağlık merkezine başvurdıkları ortaya çıkmıştır (sırasıyla erkek kadın oranı %32 / %68, %34,7 / %65,3, %29,4 / %70,6, %41,1 / %58,9, %43,3 / 56,7) (27, 28, 29, 30, 31). Kadınların daha sık başvuruda bulunmasının nedeni olarak ev kadınlarının daha çok zaman bulmaları ve kendilerini daha iyi ifade etmeleri, erkeklerin ise sağlık konusunda kendilerini ihmal ettiklerini düşünmekteyiz.

Umurlu Aile Hekimliği Merkezine başvuran hastaların yaş ortalaması 37,4 olarak saptandı. Hastaların yaş ortalamasının, Çukurova Üniversitesi (24,7±19,8 yıl), Akdeniz Üniversitesi (31±17,9 yıl), Kocaeli Üniversitesi Hereke AHP'ne (32,3±18,4 yıl) başvuranlarda bizden düşük, Kocaeli Üniversitesi Değirmendere AHP (48,9±18,2 yıl) ve ADÜ Hastanesi Ali Tepe Tıp Merkezine (45,1±17,8) başvuranlarda bizden yüksek olduğu görülmektedir (27, 28, 30, 29, 3).

Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; Çukurova Üniversitesi AHP'ne başvuranların %35,1'i 1-14 yaş, %51,5'i 15-64 yaş, %6,7'si 65 ve üzeri yaş idi. Buğdaycı ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada başvuranların %32,9'u 0-14 yaş, %57,4'ü 15-64 yaş, %9,7'i 65 ve üzeri yaş grubunda idi. Değerlendirmede Adnan Menderes Üniversitesi Umurlu Aile Hekimliği Merkezine başvuran 0-14 yaş grubu hasta sayısının (%16), Çukurova Üniversitesi ve Buğdaycı ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmadan çok düşük, erişkin (%61,2) ve geriatric hasta (%15,5) sayısının ise yüksek olduğu görülmüştür (27, 31).

Hastaların sosyal güvencelerine göre dağılımı incelendiğinde; ADÜ Umurlu Aile Hekimliği Merkezine başvuruda bulunan hastaların çoğunluğunu SSK (%71,8) ve Emekli Sandığı (%16,9) hastaları oluşturmaktadır. Kocaeli Üniversitesi Değirmendere AHP'ne başvuran hastaların %79,2'i Emekli Sandığı, %8,1'i Resmi Sevklı, %7,1'i SSK, %0,5'i BAĞ-KUR idi (29). Bursa Ertuğrul Gazi Aile Hekimliği Merkezi'ne başvuran hastaların sosyal güvenceleri %53'ü SSK, %35,3'ü Emekli Sandığı, %9'u BAĞ-KUR idi (33). 2004 sağlık ocağı ETF sonuçlarına göre Umurlu beldesinde oturan kişilerin çoğunluğunun sosyal güvencesi SSK ve BAĞ-KUR'dur. Bu nedenle bizim verilerimiz Bursa Ertuğrul Gazi Aile Hekimliği Merkezi verileri ile benzer, Kocaeli Üniversitesi Değirmendere AHP verilerinden ise farklı çıkmıştır.

ADÜ Umurlu Aile Hekimliği Merkezine başvuran 1961 hastanın %80,8'nin bir kez başvurması dikkat çekicidir. Bir kez başvurunun yüksek çıkmasını, randevu sistemi ile çalışmadığımız için hastaların her başvuruda farklı bir hekim tarafından karşılanmasına ve hastaların çoğunluğunun sosyal güvencesinin SSK olması nedeni ile muayene ve tetkik için ücret ödemek zorunda olmalarına bağlıyoruz.

ADÜ Umurlu Aile Hekimliği Merkezine klinik yakınma ile başvuran hastaların ifade ettikleri yakınma sayısı (222), Kocaeli Üniversitesi Değirmendere AHP verileri (190) ile benzerdir (29).

ADÜ Hastanesi Ali Tepe Tıp Merkezindeki AHP'ne başvuran hastaların en sık belirttikleri ilk beş yakınma sırasıyla genel kontrol (%9,2), eklem-iskelet ağrısı (%8,3), öksürük (%7,1), karın-mide ağrısı (%6,5), baş ağrısıdır (%5,9) (32).

Kocaeli Üniversitesi Değirmendere AHP'ne başvuran hastaların en sık başvuru nedenleri sırasıyla. ekstremit ve eklem ağrıları (%16,2), öksürük (%7,7), göğüste ağrı-yanma-sıkışma (%7), baş ağrısı (%7), sırt ve yan ağrısıdır (%7) (29).

Kocaeli Üniversitesi Hereke Aile Hekimliği Merkezine başvuran 2691 hastanın en sık başvuru nedenleri sırasıyla ilaç yazdırma isteği (%37,4), başka birime sevk edilme isteği (%22,4), kontrol (%9,2) ve boğaz ağrısı (%4,1), burun tıkanıklığı-akıntı-hapşırık (%3,7), öksürük (%2,8) gibi solunum yakınmalarıdır. Kontrol hastaları içinde en büyük grubu şeker hastaları (%5,1) oluşturmaktadır. Bunu Hipertansiyon, Obezite gibi kronik hastalıklar, Üriner Enfeksiyon ve ÜSYE gibi akut hastalıkların kontrolü izlemektedir (30).

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ve Check Up polikliniğine başvuran, yaşları 17-80 arasında değişen toplam 279 hastanın ilk başvuru nedenleri sırasıyla ağrı (ekstremit ağrıları, bel-sırt ağrısı), halsizlik/yorgunluk, baş

dönmesi, dispeptik yakınmalar olarak saptanmıştır. Kronik hastalık olarak ise en çok hipertansiyon tanısı bulunmaktadır (34).

Marmara Üniversitesi AHP'ne, aile hekimliği hizmeti almak için başvuran 249 hastanın başvuru nedenleri, sıklık sırasına göre öksürük (%11), bel ve sırt ağrısı (%9), baş ağrısı (%9), halsizlik-kırgınlık (%8), periyodik muayenedir (%6) (35).

Cerrahoğlu'nun, Aile Hekimliği Ofisine başvuran, uygun kayıt ve kodlamaları yapılmış olan 3333 hasta üzerinde yaptığı çalışmada, ilk başvuru nedenleri sırasıyla ağrı (%38,13), ateş (%12,27), öksürük (%10,20), vajinal akıntı (%5,13), vajinal kanama (%4,74) olarak saptanmıştır (36).

Koksu ve arkadaşlarının, Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde kurum hekimi olarak çalışan bir aile hekiminin poliklinik defter kayıtlarından yaptığı araştırmada hastalar en sık ÜSYE (%74), yüksek tansiyon (%53) ve gastrointestinal rahatsızlıklar (%36) nedeniyle başvurmuştur (37).

ADÜ Umurlu Aile Hekimliği Merkezine başvuruda bulunan hastaların en sık belirttikleri ilk beş yakınma sırasıyla öksürük (%17,4), ateş (%9), baş ağrısı (%7,4), boğaz ağrısı (%5,6) ve bel ağrısı (%5,5) idi.

Bu çalışmadaki veriler; eskiden Ali Tepe'de bulunan AH polikliniğimizin verileri, Kocaeli Üniversitesi Değirmendere AHP'i verileri, Kocaeli Üniversitesi Hereke AHP'i verileri, Cerrahoğlu'nun yaptığı çalışma verileri, Koksu ve arkadaşlarının yaptığı çalışma verileri ile karşılaştırıldığında, Umurlu'da ilk sırada yer alan öksürük yakınmasının yukarıda belirtilen merkezlerde hem sıralamada daha geride hem de oranda daha düşük olduğu saptanmıştır. Marmara Üniversitesi AHP verileri ile karşılaştırıldığında ise öksürük semptomu ilk sırada yer almasına karşın, oran olarak Umurlu verimizden daha düşük olarak saptanmıştır. Bizim verilerimizden farklı olarak, Kocaeli Üniversitesi Hereke Aile Hekimliği Merkezinin bir kurum hekimliği gibi

alışmasından dolayı hastalar en sık ilaç yazdırma ve sevk edilme istemi ile başvurmuştur. Diğer sık başvuru nedeni olan üst solunum yolu semptomları, ağrı (baş ağrısı, ekstremit-e-klem ağrıları, bel-sırt ağrısı), halsizlik/yorgunluk, dispeptik yakınmalar Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ve Check Up polikliniğı, Değirmendere AHP'i, Marmara Üniversitesi AHP'i verileri ile karşılaştırıldığında farklı oranlarda çıkmıştır.

Umurlu Aile Hekimliği Merkezine başvuruda bulunan hastalara en sık konulan tanılar incelendiğinde sırasıyla %26,3'ne tanı konulmadığı, %19,1'ne ÜS YE (viral ve bakterial ÜS YE, otit, tonsillit, faranjit, gripal enfeksiyon), %9'na hipertansiyon, %4,2'ne anemi, %3,5'ne diabetes mellitus, %3,3'ne depresyon tanısı konulduğu tespit edilmiştir.

ADÜ Hastanesi Ali Tepe Tıp Merkezindeki AHP'ne başvuran 1473 hastaya en sık konulan tanılar sırasıyla hipertansiyon, ÜS YE, normal bulgular, idrar yolu enfeksiyonu ve anemidir (32).

Kurum hekimliği gibi çalışan Marmara Üniversitesi AHP'ne, aile hekimliği hizmeti almak için başvuran 249 hastaya en sık konulan tanılar sırasıyla ÜS YE (A.sinüzit, A.faranjit, A.rinit), hiperlipidemi, hipertansiyon ve dermatitler olmuştur (35).

Kurum hekimliği gibi çalışan, Akdeniz Üniversitesi AHP'ne başvuran 7309 hastaya en sık konan tanı ve ön tanılar sırasıyla üst solunum yollarına ait enfeksiyonlar (ÜS YE, sinüzit, tonsillit) ve hipertansiyondur (28).

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi AHP'ne başvuran 285 hastaya en sık konulan tanı ise hipertansiyondur (38).

Başkent Üniversitesi Medikososyal Sağlık Merkezi'ne başvuran 11012 hastaya en sık konulan tanılar sırasıyla akut ÜS YE (%10,2), baş ağrısı (%7), akut tonsillit (%5,1), influenza (%3,6), dispepsi (%3,3) olarak saptanmıştır (39).

Cerrahoğlu'nun, Aile Hekimliği Ofisine başvuran hastalarının üzerinde yaptığı çalışmada, en sık konulan tanılar sırasıyla ÜS YE (gripal enfeksiyon (%8,28) faranjit-tonsillit (%4,22), normal gebe takibi (%5,10), aşılama(%4,42), , hipertansiyon (%3,84), servikal erezyondur (%3,69) (36).

Buğdaycı ve arkadaşlarının Mersin 2 Nolu Sağlık Ocağı bölgesinde yaptıkları çalışmada en sık konulan tanılar sırasıyla ÜS YE, Hipertansiyon, kas iskelet sisteminin diğer hastalıklarıdır (40).

Bursa Ertuğrul Gazi aile hekimliği merkezine başvuran hastalara en sık konulan tanılar sırasıyla akut ÜS YE, akut tonsillit ve akut bronşit-bronşiolit olarak saptanmıştır (33).

Değerlendirmede bizim verilerimizde hastalarımızın %26'sına tanı ya da ön tanı koymadığımız ortaya çıkmıştır. Bu durumun hasta kayıt sistemimizin iyi olmamasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Marmara Üniversitesi AHP'nde, Akdeniz Üniversitesi AHP'nde, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi AHP'nde, Başkent Üniversitesi Medikososyal Sağlık Merkezi'nde, Bursa Ertuğrul Gazi AHP'nde, Cerrahoğlu'nun Aile Hekimliği Ofisinde, ve Buğdaycı ve arkadaşlarının Mersin 2 Nolu Sağlık Ocağı bölgesinde yaptıkları çalışmada en sık konulan tanılar ÜS YE ve hipertansiyon olup bizim verilerimizle uyumludur. Kronik hastalık izleminde en sık takip ettiğimiz hastalar hipertansiyon hastaları olup bu veri Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi AHP verileri ile aynıdır (34).

Umurlu AHP'ne başvuran hastalar için en sık kardiyoloji, KBB, ortopedi, kliniklerinden konsültasyon istenmiştir. Marmara Üniversitesi aile hekimliği

polikliniğine, aile hekimliği hizmeti almak için başvuran hastalardan en sık konsültasyon istenen klinik dallar ise sırasıyla Kadın Hastalıkları ve Doğum, Üroloji ve KBB'dir (35).

Umurlu AHP'den başka bir bölüme sevk oranımız %5,2 (136) idi. En sık sevk edilen bölüm acil (%36,1), pediatri (%15,8) ve KBB (%6,8) bölümleriydi. Akdeniz Üniversitesi AHP'ne başvuran hastaların sevk oranı ise %50,8'di (3714). En sık sevk edilen bölümler Acil, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarıdır (28). Kocaeli Üniversitesi Hereke AHP'ne başvuran hastaların sevk oranı %24,4 olarak bulunmuştur. Hekim tarafından en sık sevk edilen bölümler sırasıyla KBB (%17,6), Üroloji (%12,1), Göz (%6,8), Ortopedi (%6,8), Nöroloji (%6,8) olarak bildirilmiştir (30). Buğdaycı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sevk oranı %17'dir. En sık Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (%17,9), İç Hastalıkları (%12,6) ve Kadın Hastalıkları ve Doğum (%9,6) polikliniğine sevk edilmiştir (31). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Doğankent Sağlık Eğitim Araştırma bölgesinde sevk oranı %5,5, Gürsoy ve arkadaşlarının İzmir'de yaptığı çalışmada sevk oranı merkez sağlık ocaklarında %8,3 ve ilçe sağlık ocaklarında % 13, Ünsal ve arkadaşlarının Eskişehir merkezinde yaptığı bir çalışmada da sevk oranı %16 olarak bildirilmiştir (31). Kosku ve arkadaşlarının yaptığı bir başka çalışmada hastaların sevk oranı %9,6 olarak bildirilmiştir (37).

Forrest ve arkadaşlarının ABD'deki 141 aile hekiminin verilerini inceledikleri bir çalışmada ofis vizitlerinde hekimler tarafından yapılan sevk oranı %5,1'dir (41).

Sağlık Bakanlığı 2004 yılı verilerine göre Türkiye'deki sağlık ocaklarının II. basamak kuruluşlara sevk hızı ortalaması %14,5'dir (9). Genel olarak kabul edilen anlayışa göre birinci basamağa başvuran hastaların % 95'inin tanı ve tedavisinin bu basamakta gerçekleştirilmesi gerekir. Sevk hızının standart değeri % 5-10 arasında olmalıdır. Değerlendirmede Umurlu AHP sevk oranı, Forrest ve arkadaşlarının yaptığı

Çalışma sonuçları, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Doğankent Sağlık Eğitim Araştırma bölgesinde yapılan çalışma sonuçları ve sevk hızının beklenen değeri ile oran olarak karşılaştırıldığında benzerdir. Sevk oranının normal olmasını, Umurlu beldesinde hastaların bir niversite hastanesi bölümüne üçüncü basamak sağlık hizmeti almak üzere başvurmalarına, hastane bağlantısının iyi kurularak laboratuvar incelemelerinin oldukça iyi bir şekilde yapılabilmesine ve hastaların sevk kararını genellikle hekime bırakmalarına bağlıyoruz. Akdeniz Üniversitesi AHP ve Kocaeli Üniversitesi Hereke AHP'nin kurum hekimliği gibi çalışması nedeni ile sevk oranları bizden yüksek ıkmiştır. Umurlu AHP'nden en sık AD Tıp Fakültesi Hastanesinin acil bölümüne sevk yapılmış olup, bu veri Akdeniz Üniversitesi AHP verileri ile aynıdır.

Umurlu AHP'ne başvuran hastaların ilaç yazdırma oranı %2,7'dir. Kocaeli Üniversitesi Hereke AHP'ne başvuran hastaların ilaç yazdırma oranı % 37,4'dr (30). İlaç yazdırma oranımızın düşük olmasını, Umurluda oturan hastaların çoğunluğunun sosyal güvencelerinin SSK olması nedeni ile ilaç yazdırmak için öncelikli olarak sağlık ocağını tercih etmelerine bağlıyoruz.

Umurlu AHP'ne başvuran hastaların %44,5'inden tetkik istenmiştir. Akdeniz Üniversitesi AHP'ne başvuran hastalardan tetkik istenme oranı % 10,8'dir (28).

Umurlu AHP'ne başvuran hastaların %44,5'den tetkik istenmiştir. Akdeniz Üniversitesi AHP'ne başvuran hastalardan tetkik istenme oranı % 10,8'dir (28).

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin önemli bir bölümünü, birinci basamak ortamlarda gerçekleştirilen klinik uygulama eğitimi oluşturmaktadır. Eğitimini tamamlayan aile hekimliği uzmanının hekimlik uygulaması yapacağı ortamlarda karşılaşılan sorunların çözümünü ve burada kullanılan klinik yöntemin öğrenilmesi,

yine bu ortamlarda gerçekleştirilmek zorundadır. Problem çözmenin problemin olduğu ve çözüleceği ortamla ilişkili olduğu eğitilimin önemli bir saptamasıdır.

Birinci basamaktaki uygulama eğitiminin verileceği merkezlerin ve bu merkezlerde çalışacak alan eğiticilerinin belli ölçütleri karşılaması gerekir. Bu merkezlerinin uzmanlık öğrencisinin eğitim gereksinimlerini karşılayacak şekilde düzenlenmesi gerekir. Bu konu uluslar arası aile hekimliği örgütlerinin ve ilgili eğitim kurullarının sürekli gündemini oluşturmuş ve konuyla ilgili çeşitli belgeler yayınlanmıştır. Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) Avrupa Örgütünün eğitim kurulu Avrupa Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Eğiticileri Akademisi'nin (EURACT) uzmanlık eğitimi ile ilgili bir alt komitesi tarafından hazırlanan bildirgede, birinci basamaktaki eğitim merkezlerinin seçiminde önemli görülen unsurlar şöyle sıralanmaktadır (42):

- “Nitelikli altyapısının, donanımının, kütüphane olanaklarının ve diğer eğitim gereçlerinin bulunması
- İyi düzenlenmiş tıbbi kayıtların tutulması
- Uzmanlık öğrencisinin yeterli deneyim kazanmasını sağlayacak sayıda hasta ve iş yükünün olması
- Nitelikli bir sağlık ekibinin var olması
- Etkili bir yönetim ve
- Denetim, araştırma etkinlikleri ve bakımın sürekliliği gibi diğer unsurların bulunması.”

Bu ölçütler dikkate alınarak değerlendirildiğinde Umurlu Aile Hekimliği merkezinin bir eğitim merkezi olarak bazı üstünlüklerinin yanı sıra bazı eksikliklerinin de olduğunu görüyoruz. Aynı bir binada oldukça iyi bir alt yapıyla hizmet veriyor olması önemli bir özellik gibi görünüyor. Umurlu Aile Hekimliği Merkez binası iki katlı

olup; zemin katında acil müdahale odası, dört tane hasta muayene odası, arşiv-tıbbi sekreter odası, hasta bekleme salonu, toplantı salonu, tuvalet, üst katta hasta gözlem odası, beş tane öğretim görevlisi odası, araştırma görevlisi odası ve hemşire odası bulunmaktadır.

Hasta profili oldukça çeşitli gibi görünse de bazı sıkıntılar da kendini hissettirmektedir. Özellikle kronik hastalık yönetimi açısından oldukça geniş hasta profili bulunmakta iken, bazı klinik alanlarda ve koruyucu hekimlik uygulamaları için başvurular yetersizdir. Gebe izlemi, doğum ve loğusa izlemi gibi obstetrik hizmetlerle Bağışıklama ve aile planlaması gibi kişiye yönelik koruyucu hizmetler yeterince verilmemektedir. Hasta eğitimi, sağlıklı beslenme, sağlıklı yaşam önerileri gibi bireye yönelik sağlığı geliştirici hizmetler de yetersiz görünmektedir ya da en azında yeterince belgelenmemiş durumdadır. Sonuç olarak, uzmanlık öğrencisi için kronik hastalıklar gibi birinci basamakta sık karşılaşılan sorunların büyük çoğunluğunu görme fırsatı bulunmakta, ancak bazı alanlar yetersiz kalmaktadır.

Merkezin ve merkezde çalışan aile hekimi alan eğitimcilerinin kendilerine ait hasta listeleri bulunmamaktadır. Aile Hekimliği Anabilim Dalına bağlı olarak çalışan merkez, ülkenin sağlık sisteminin birinci basamak örgütlenmesi içinde yer almamaktadır. Üniversite hastanesinin bir polikliniği gibi çalışmakta, bu da hastalar için giriş sorunları oluşturmaktadır. Bu durum ülkemizde var olan diğer anabilim dalları için de geçerlidir. Hasta girişinde sorun yaratan bu durum, bakımın sürekliliğinin sağlanmasında da engel oluşturmuştur. Tek epizodluk hasta başvuruları oldukça fazladır.

Merkezde tutulan hasta kayıtları konusunda da büyük sıkıntılar vardır. Oturmuş bir hasta kayıt sistemi bulunmamaktadır. Hastalık ve rahatsızlık kodlaması uluslar arası birinci basamak hastalık kodlamalarına uyumlu değildir. Hasta dosyaları eksik, içindeki

bilgiler yetersizdir. Bu ise hasta bakımının düzgün tutulan kayıtlarla desteklenmesi gereken sürekliliğini engellemektedir.

Konuyla ilgili olarak Algin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada aile hekimlerinin AH uzmanlık eğitiminde yetersiz olduğunu düşündükleri alanlar araştırılmıştır. Bu alanlar “klinik bilimler” ve klinik dışı bilimler” olarak iki gruba ayrılmıştır. Klinik bilimle ilgili olarak en fazla yetersiz düşünülen alanlar cilt hastalıkları (%83,33), birinci basamak saha uygulamaları (% 79,41), kulak burun boğaz (% 65,68), ortopedi (% 54,90), enfeksiyon hastalıkları (% 51,96), göz hastalıkları (% 51,96) olarak sıralanmıştır. Klinik dışı bilimlerde en çok yetersiz olduğu düşünülen alanlar epidemiyoloji (% 70,58), sağlık yönetimi (% 60,78), koruyucu hekimliktir (54,90). En az düzeyde yetersiz olduğu düşünülen alanlar ise psikoloji (% 20,58) ve sosyoloji /antropolojidir (% 19,60) (43).

Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin birinci basamak ortamlarda aile hekimliği alan eğiticileri tarafından eğitilmesi konusunda ülkemizde önemli sorunlar bulunmaktadır. Bu konuda yolun henüz başında sayılırız. Ülkemize özgü standartların oluşturulması ve bunun için var olan uygulamaların değerlendirilmesi yönünde de fazla bir çalışma bulunmamaktadır. Yapılması gereken, var olan deneyimlerin artırılması, örnek eğitim merkezlerinin oluşturulması ve konuyla ilgili araştırmaların artırılmasıdır.

7. SONUÇ

Bu araştırmada,

- Umurlu Aile Hekimliği Merkezi'ne sağlık hizmeti almak için başvuran kişi sayısı 1961 olup bu kişiler toplam 2618 kez merkezimize başvurmuştur. Kişi başına düşen ortalama başvuru sayısı 1,3'tür.
- 1585 hasta (%80,8) bir kez, 244 hasta (%12,4) iki kez, 58 hasta (%3) üç kez ve 74 hasta (%4) dört ve üzeri başvuruda bulunmuştur.
- Umurlu Aile Hekimliği Merkezi'ne başvuran hastaların %71,4'ü Umurlu'da oturmaktadır.
- Hastaların yaş ortalaması 37,4 olarak saptanmıştır (0 yaş ile 95 yaş).
- Başvuranların 1217'si kadın (%62,1), 744'ü erkektir (%37,9).
- Başvuran hastaların çoğunluğunu ev hanımları (%50,7), okul öncesi çocuklar (%15,3) ve çiftçiler(%10,4) oluşturmaktadır.
- Başvuran hastaların çoğunluğunun sosyal güvenceleri SSK (%71,8) ve Emekli Sandığıdır (%16,9).
- 2618 başvuruda, hastalar tarafından en sık belirtilen ilk beş yakınma sırasıyla öksürük, ateş, baş ağrısı, boğaz ağrısı ve bel ağrısıdır.
- 2618 başvuruda, hastalara en sık konulan tanıların incelendiğinde, sırasıyla %26,3'ne tanı konulmadığı, %19,1'ne ÜSİYE (viral ve bakterial ÜSİYE, otit,

tonsillit, faranjit, gripal enfeksiyon), %9'na hipertansiyon, %4,2'ne anemi, %3,5'ne diabetes mellitus, %3,3'ne depresyon tanısı konulduğu saptanmıştır.

- En sık konulan 20 tanı göz önüne alındığında kronik hastalıklar %18,8 (Hipertansiyon, Diabetes Mellitus, Depresyon, Osteoporoz) oranındadır. Bunların %4,4'ünün kronik hastalık izleminde olduğu saptanmıştır.
- Hastaların başka bir kliniğe sevk oranı %5,2'dir (136). En sık sevk edilen bölüm acil (%36,1) ve pediatri (%15,8) bölümleridir.
- Hastalarımızdan %9,7 (255) oranında konsültasyon istenmiştir. Konsültasyonlar en fazla kardiyoloji (%12,3), KBB (%11,4), ortopedi (%7,6), Genel Cerrahi (%7,6), dermatoloji (%7,2), üroloji (%6,4) kliniklerinden istenmiştir. 255 Konsültasyon içinde sonuçlanan 57'sinin oranı %22,4'dür.
- Umurlu AHP'ne hastalar; %24,9 (631) oranında kontrol muayenesi için başvurmuştur.
- Umurlu AHP'ne hastalar %2,7 (71) oranında ilaç yazdırmak için başvurmuştur.
- 2618 başvuruda hastaların %44,5'den (1160) tetkik istenmiştir.

8. ÖNERİLER

- Aile hekimliği uzmanlık eğitimi üniversiteler ve bakanlık eğitim ve araştırma hastanelerine bağlı birimler tarafından yürütülmelidir. Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Aile Hekimliği Şeflikleri oluşturulmalıdır. Eğitim sorumluları Aile Hekimliği uzmanı olmalıdır. Aile hekimliği uzmanlık eğitimindeki uygulamalarda üniversitelerin anabilim dalları ve Sağlık Bakanlığı, protokollerle belirlenmiş işbirliği yapmalıdır.
- Aile Hekimliği saha eğitimleri, akademik birimlere bağlı aile hekimliği uygulama merkezlerinde ya da diğer BB ortamlarda yapılmalı ve bu merkezlerde Aile Hekimliği eğiticileri bulunmalıdır. Bu amaçla, belirli eğitim ve eğitici standardına sahip olan ve aile hekimliği eğitim merkezlerine dönüştürülmüş sağlık ocakları, semt poliklinikleri ve AÇSAP merkezleri kullanılabilir.
- Rotasyonların yeri ve süresi aile hekimliği uzmanının kazanması hedeflenen yeterlikler, bilgi, beceri ve tutum hedefleri dikkate alınarak belirlenmeli ve eğitimin yapılacağı akademik merkezler için esneklik sağlanmalıdır. Eğitimdeki klinik konular birinci basamağa yönelik olarak ve aile hekimliği klinik yaklaşımı çerçevesinde ele alınmalıdır.

- Birinci Basamak sağlık hizmetlerinde yeniden bir düzenlemeye gidilmelidir. Birinci Basamakta çalışacak olan hekimlerin mezuniyetten sonra en az üç yıl süreli bir mezuniyet sonrası eğitimi alması sağlanarak bilgi ve deneyimleri arttırılmalıdır.
- Dünya Sağlık  rg t  1978 Alma-Ata konferansında “2000 Yılında Herkese Sağlık” projesinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemini vurgulamış ve bu hizmetin aile hekimleri tarafından verilmesini öngörmüştür.
- Birinci basamak sağlık hizmetleri bireylere istedikleri hizmeti verebilecek, bireylerin sağlıklı olmasından hareketle toplumun sağlıklı olmasını sağlayacak bir anlayışa kavuşturulmalıdır.

9. KAYNAKLAR

1. Başak O, Atay E, Polatlı D. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği: Pratisyen hekimlerin yaklaşımları. Türkiye Aile Hekimliği Derg, 2002; 6(1): 36-41.
2. Ünlüoğlu İ. Dünyada ve Türkiyede aile hekimliğinin gelişimi. Aktüel Tıp Derg, Mayıs 2004; 9(6): 5-9.
3. Görpelioğlu S. Aile Hekimliği nedir? Ne değildir. Aktüel Tıp Derg, Mayıs 2004; 9(6): 1-4.
4. Marguerite Duane, MD, MHA, Larry A. Green, MD, Susan Dovey, MPH, Sandy Lai, MD, Robert Graham, MD, and George E. Fryer, PhD. Length and Content of Family Practice Residency Training. J Am Board Fam Pract 2002; 15:201– 8.
5. Başak O. Tıp öğrencisi ders notları: Sağlık hizmeti sunumunda basamaklandırma ve konsültan kullanımı. ADÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Eğitim Materyali
6. Olesen F, Fleming D. Patient registration and controlled access to secondary care. Prerequisites for integrated care. Eur J Gen Prac 1998; 4(2): 81-3.
7. Rakel RE. The Family Physician. İn Rakel RE (Ed): Textbook of Family Practice 6 th Edition. Philadelphia, W.B.Saunders Company, pp 3-18, 2002.
8. Akalın M.A. Konak Sağlık Grup Başkanlığı. <http://www.konaksgb.com/hizmetyonetim.htm> adresinden 01.01.2005 tarihinde erişilmiştir.
9. T.C. Sağlık Bakanlığı. [http:// www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/temel2004/tablo20.htm](http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/temel2004/tablo20.htm) adresinden 01.05.2005 tarihinde erişilmiştir.
10. Sadıkoğlu G. Bir sağlık hizmet modeli olarak aile hekimliği. <http://aile-hekimligi.uludag.edu.tr/ders2.html> adresinden 01.05.2005 tarihinde erişilmiştir.

11. T.C. Sağlık Bakanlığı. [http:// www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler /apk_2002/s_030. htm](http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/apk_2002/s_030.htm) adresinden 01.05.2005 tarihinde erişilmiştir.
12. ÇÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı. <http://lokman.cu.edu.tr/family/tanimlar.html> adresinden 01.02.2005 tarihinde erişilmiştir.
13. Birinci basamak sağlık hizmetleri. Hekimce Bakış. Bursa Tabip Odası, Türk Tabipleri Birliği Yayını, 2003; 54(Ocak-Mart): 31-39.
14. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği. 21-22 Aralık 2002 Çalıştayı Sonuç Bildirgesi, Ankara
15. Allen J, Gay B. A definition of the key features of the discipline of general practice and the role of the general practitioner. Draft document Barcelona 2001. European Society of General Practice/ Family Medicine-Wonca Europe.
16. Başak O. Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Avrupa tanımı. WONCA EUROPE – 2002. Çeviri Haziran 2003
17. UEMO 2004 Policy Document on Specialist Training. UEMO 2004/034
18. Bursa Sağlık Müdürlüğü. Erişim: ([http://www.bsm.gov.tr/aile hekimligi /geçiş.html](http://www.bsm.gov.tr/aile-hekimligi/gecis.html)) Erişim tarihi: 01.05.2005
19. Ünlüoğlu İ, Çağlayaner H. Aile hekimliğinde oluşan akademik gelenek ve gelecek. Aile Hekimliği Dergisi, 1997; 1(1): 46-49.
20. Adnan Menderes Üniversitesi Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Programı. UzmEP Mart 2002
21. Güldal D. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi özet. V. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Özet Kitabı. Adana, 27-30 mart 2002; 246-250.
22. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği geçiş dönemi eğitim stratejileri çalıştayı .1-2 Şubat 2003, Ankara.
23. Aile Hekimliği Türkiye Modeli. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ankara 2004

24. Başak O, Saatçi E, Ceyhun G. Akademik Aile Hekimliği ve Gelişme Özellikleri:Türkiye Deneyimi (Baskıda)
25. Daniel K. Comparisons of UK General Practice and US Family Practice, J Am Board Fam Pract 1999; 12(2): 162-172.
26. Umurlu Merkez Sağlık Ocağı 2004 yılı Ev Halkı Tespit Fişi kayıtları
27. Öksüz E, Saatçi E, Bozdemir N, Akpınar E, Ergün UG. Aile hekimliği uygulama polikliniğine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri. V. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Özet Kitabı. Adana, 27-30 Mart 2002; 389.
28. Alimoğlu MK, Mamaklı S. Tıp fakültesi kurum hekimliğine ait altı aylık veriler. V. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Özet Kitabı. Adana, 27-30 Mart 2002; 421.
29. Topallı R, Aladağ N, Filiz TM, Topsever P, Ciğerli Ö, Görpelioğlu S. Tıp fakültesi aile hekimliği polikliniklerinin sağlık hizmeti sunumundaki yeri: Değirmendere deneyimi. Türk Aile Hek Derg, 2003; 7(4):165-170.
30. Topallı R, Topsever P, Filiz TM, Ciğerli Ö, Görpelioğlu S. Hereke aile hekimliği merkezi 2001 yılı başvuru nedenleri ve yapılan sevklerin değerlendirilmesi. Türk Aile Hek Derg, 2003; 7(1):18-22.
31. Buğdaycı R, Şaşmaz T, Kurt A.Ö, Saatçi E, Tezcan H, Yıldırım F. Kent merkezinde bulunan bir sağlık ocağına 2000 yılı içinde yapılan poliklinik başvurularının incelenmesi. Sağlık ve Toplum, Ocak-Mart 2002; 12: 51-6.
32. Gemalmaz AF, Gürel FS, Başak O. 1473 olgu ve 2304 başvurunun incelenmesi: ADÜ Tıp Fakültesi aile hekimliği uygulaması deneyimi V. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Özet Kitabı. Adana, 27-30 mart 2002; 366.
33. Göktaş O. T.C. Sağlık Bakanlığı Bursa ertuğrul gazi aile hekimliği merkezi 2001 yılı çalışmaları ve hedefleri. V. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Özet Kitabı. Adana, 27-30 Mart 2002; 218-224.

34. Özkan Ş, Aydın S. Aile hekimliği polikliniğine başvuran 16 yaş üstü hastaların profili ve ilk geliş yakınmaları. VI. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Özet Kitabı. Bursa, 4-7 Mayıs 2004; 191.
35. Apaydın Ç, Ünalın P, Tiryaki D, Harmancı H, Kalaça Ç. Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniği. IV. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Özet Kitabı. İstanbul, 14-17 Ekim 1999; 35.
36. Cerrahoğlu A. Bir aile pratiğinde 3333 hasta ve 6608 hasta muayenesinin incelenmesi. 3. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Özet Kitabı. İzmir, 23-25 mayıs 1997; poster #19.
37. Kosku N, Yıldırım A, Oskay YG,. Aile hekimliği modeli olarak kurum hekimliği. IV. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Özet Kitabı. İstanbul, 14-17 Ekim 1999; 30.
38. Turfaner EN, Aran SN, Sipahioğlu F. Cerrahpaşa tıp fakültesi aile hekimliği anabilim dalına başvuran hastaların 3 yıllık profili. VI. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Özet Kitabı. Bursa, 4-7 Mayıs 2004; 152.
39. Öksüz E. Başkent Üniversitesi Medikososyal Sağlık Merkezi sağlık hizmet profili. VI. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Özet Kitabı. Bursa, 4-7 Mayıs 2004; 179.
40. Buğdaycı R, Şaşmaz T, Kurt A.Ö, Tezcan H. Bir kent tipi sağlık ocağında yazılan tanılarının incelenmesi. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, Ekim 2002; Sayı 4.
41. Forrest CB, Nutting PA, Starfield B, von Schrader S. Family Physicians' referral decisions from ASPN referral study. J Fam Pract 2002; 51: 215-22.

42. EURACT Statement on Selection of Trainers and Teaching Practices for Specific Training in General Practice. The European Academy of Teachers in General Practice, Tartu 2002, pp.11-12.
43. Algın K, Şahin İ, Top M. Aile hekimlerinin sorunlarına yönelik tanımlayıcı bir araştırma. Sağlık ve Toplum Dergisi, yıl: (15) 2005, sayı:1



10. EK-1

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve Soyadı : Nazlı (Yıldız) Şensoy
Doğum yeri, tarihi : Ankara, 10.08.1966
Medeni hali : Evli, Dr. Mehmet Şensoy, Çocuk: Burak Şensoy (9 y), Kerem Şensoy (6 y),
Ev Telefonu : 256-226 2602
e-mail : nazlisensoy2005@yahoo.com
Eğitim Durumu :

- Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği
Uzmanlık Eğitimi (28.08.01-2005)
- Beyşehir Verem Savaş Dispanseri, Pratisyen (23.04.92-15.08.01)
Doktor
- Beyşehir Merkez Sağlık Ocağı, Pratisyen (19.09.91-23.04.92)
Doktor
- Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi (01.10.84-30.06.91)
- Ankara Etlik Lisesi (1980-1983)
- Ankara Yalçinkaya Ortaokulu (1977-1980)
- Ankara Etlik İlkokulu (1972-1977)

Üyelikleri : Türkiye Toraks Derneği

ALDIĞI EĞİTİMLER VE KATILDIĞI KONGRELER

1. Kanıta Dayalı Tıp Atölye Çalışması. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aydın, 24 Eylül 2001.
2. Antibiyotik kullanımında Güncel Yaklaşımlar Simpozyumu. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Aydın, 12 Ekim 2001.
3. Ağrı ve ağrı tedavisinde yenilikler. Kuşadası, 26-27 Ocak 2002.
4. V. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi, Adana, 27- 30 Mart 2002.
5. I. Ege Dahili Tıp Günleri. İzmir, 25-27 Nisan 2002
6. Emzirme Danışmanlığı ve Bebek Beslenmesinde Yenilikler (Unicef Katkılarıyla), Aydın, 4-6 Ekim 2002.
7. 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi. Ankara, 20-23 Nisan 2003.
8. VI. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi, Bursa, 4-7 Mayıs 2004.
9. Aile Hekimliği İçin Temel Epidemiyoloji kursu. VI. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi, Bursa, 3 Mayıs 2004.
10. 7. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Sempozyumu, Aydın, 13-14 Mayıs 2004.
11. Hastane Enfeksiyonları Eğitim Programı. Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi, Aydın, 10-11 Haziran 2004.
12. Neonatal Resüsitasyon Kursu. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, İzmir Tabip Odası, Aydın, 21-23 Mart 2005
13. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi. Ankara, 20-23 Nisan 2005.
14. Olgularla Metabolik Sendroma Güncel Yaklaşım. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aydın, 09 Mayıs 2005
15. 3. Ulusal Aile Hekimliği Günleri. Kuşadası. 25-28 Mayıs 2005
16. Cinsiyete Dayalı Şiddet Olgularına Sağlık Personelinin Yaklaşımı. Aydın, Haziran 2005

YAYIN LİSTESİ

1. Gürel F.S, Gemalmaz A, Dişçigil G, Tekin N, Şensoy N, Başak O. Kalori Bilgisinin Yeme Miktarı Üzerine Etkisi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2004;30(1):21-25.
2. Başak Okay, Gürel F. Serdar, Dişçigil Güzel, Gemalmaz Ayfer, Tekin Nil, Şensoy Nazlı. Bir Grup obez kadında kısa süreli eğitimin porsiyon büyüklüğü tahminine etkisi. VI Ulusal Aile Hekimliği Kongresi (Uluslar arası Katılımlı), Kongre Kitabı, sayfa 124, Bursa, 4-7 Mayıs 2004.
3. Gemalmaz Ayfer, Dişçigil Güzel, Gürel F. Serdar, Tekin Nil, Şensoy Nazlı. Kalkaneal kantitatif ultrasonografi sonuçları ile osteoporoz risk faktörlerinin ilişkisi. VI Ulusal Aile Hekimliği Kongresi (Uluslar arası Katılımlı), Kongre Kitabı, sayfa 155, Bursa, 4-7 Mayıs 2004.
4. Tekin Nil, Dişçigil Güzel, Başak Okay, Gemalmaz Ayfer, Gürel F. Serdar, Şensoy Nazlı. Aile hekimliği hasta popülasyonunda major depresyon sıklığı. VI Ulusal Aile Hekimliği Kongresi (Uluslar arası Katılımlı), Kongre Kitabı, sayfa 207, Bursa, 4-7 Mayıs 2004.
5. Başak Okay, Gürel F. Serdar, Dişçigil Güzel, Gemalmaz Ayfer, Tekin Nil, Şensoy Nazlı Bir grup obez kadında kısa süreli eğitimin porsiyon büyüklüğü tahminine katkısı. VI Ulusal Aile Hekimliği Kongresi (Uluslar arası Katılımlı), Kongre Kitabı, sayfa 124, Bursa, 4-7 Mayıs 2004.
6. Dişçigil Güzel, Şensoy Nazlı, Tekin Nil. Do women in Aydın do self breast examination. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Kongre Kitabı, sayfa 256, Ankara 20-23 Nisan 2005.