

T.C.

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ MERKEZ POLİKLİNİĞİ'NİN
2012 VE 2013 YILLARINA AİT HASTAKAYITLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mustafa ACARTÜRK

SAMSUN- 2015

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ MERKEZ POLİKLİNİĞİ'NİN
2012 VE 2013 YILLARINA AİT HASTAKAYITLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ
Dr. Mustafa ACARTÜRK

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Mustafa Fevzi DİKİCİ

SAMSUN- 2015

TEŞEKKÜR

Her zaman yanımda olan ve yoğun çalıŐmalarım sırasında da sabır gösterip bana yardım eden, çok sevgili eŐim Tuğba ACARTÜRK'e,

Beni hayata hazırlayan, bu günlere getiren ve bu süreçte sevgisini, desteğini benden esirgemeyen çok sevgili Anneciğim, Babacığım, Dayıcığım ve Ablalarım,

Uzmanlık eğitimim süresince; emek, yardım, hoŐĐörü ve desteğini esirgemeyen ve kendisini iyilikle andığımız merhum Prof. Dr. Füsün YARIŐ hocamıza, kıymetli hocam ve tez danıŐmanım olan Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakóltesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı BaŐkanı sayın Prof. Dr. Mustafa Fevzi DİKİCİ' ye, uzmanlık eğitimim süresince eğitimime olan değerli katkıları ve desteğinden dolayı sayın Doç. Dr. Füsün AyŐın ARTIRAN İĞDE hocama, yine emek ve katkılarını bizden esirgemeyen anabilim dalımızın değerli hocaları olan sayın Doç. Dr. B. Murat YALÇIN'a, sayın Yrd. Doç. Dr. Mustafa ÜNAL'a ve sayın Yrd. Doç. Dr. Mustafa Yasin SELÇUK'a,

Anabilim dalımızdaki, değerli asistan hekim arkadaşlarıma, rotasyon yaptığım bölümlerdeki değerli hocalarıma ve asistan hekim arkadaşlarıma,

ÇalıŐmamda katkısı bulunan tüm personel arkadaşlarıma,

Teşekkür ederim.

Dr. Mustafa ACARTÜRK

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLO LİSTESİ	iv
ŞEKİL LİSTESİ	vi
KISALTMA LİSTESİ	vii
ÖZET VE ANAHTAR SÖZCÜKLER	viii
ABSTRACT-KEYWORDS	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. Tarihçe	2
2.2. Birinci Basamakta Neden Kayıt Tutulmalı?	4
2.3. Kayıtların Amaçları	7
2.4. Aile Hekimliğinde İyi Bir Kayıt Sisteminin Sahip Olması Gereken Özellikleri	7
2.5. Birinci Basamakta Kayıt Çeşitleri	10
2.6. Tıbbi Kayıtlara Ulaşım (Gizlilik)	12
2.7. Tıbbi Bilgi Kartları	15
2.8. Önerilen Kayıt Sisteminin Özellikleri	15
2.9. Verilerin Aktarılması	16
2.10. Amerikan Aile Hekimliği Konseyi ve Ulusal Kalite Sağlama Komitesinin Önerdiği Kayıt Sistemi	17
2.11. Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 10.Versiyon (ICD-10)	20
2.12. ICPC-2 (International Classification of Primary Care Second Edition Plus)	23
2.13. Türkiye'de Tıbbi Kayıtların Durumu	25
2.14. Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Uygulanan Kayıtlar	26

3. GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1.Çalışma Grubunun Seçimi	27
3.2. Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Merkez Polikliniği	27
3.3. Veri Toplama	28
3.4. Dosya Kayıtlarından Bilgisayar Ortamına Veri Girişi	28
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	28
4. BULGULAR	
4.1. Çalışmaya Giren Kişilerin Sosyodemografik Bilgileri	30
4.2. Aile Hekimliği Merkez Polikliniği'ne 2012 ve 2013 Yıllarında İlk Başvurularını Yapan Kişilerin Başvurularının Yıllara Göre Dağılımı	35
4.3. Aile Hekimliği Merkez Polikliniği'ne 2012 ve 2013 Yıllarında Başvuranlara Konulan Tanılar	36
4.4. Aile Hekimliği Merkez Polikliniği'ne 2012 ve 2013 Yıllarında Başvuranların Geldiği Yerlerin Göre Cinsiyet Dağılımı	38
4.5. Aile Hekimliği Merkez Polikliniği'ne 2012 ve 2013 Yıllarında Başvuranların Tanılarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	41
5. TARTIŞMA	63
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	
6.1. Sonuçlar	69
6.2. Öneriler	73
7. KAYNAKLAR	75
8. EKLER	
8.1. Ek-1	78
8.2. Ek-2	79
8.3. Ek-3	83
9. ETİK KURUL ONAYI	90

TABLO LİSTESİ

Tablo No	Tablo Başlığı	Sayfa No
Tablo 1	Hastaların Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre Dağılımı	30
Tablo 2	Hastaların Sosyal Güvence Tipi ve Dağılımı	31
Tablo 3	Başvuranların En Sık Geldiği İllerin Cinsiyete Göre Dağılımı	32
Tablo 4	Başvuranların En Sık Geldiği Bölgelerin Cinsiyete Göre Dağılımı	33
Tablo 5	Başvuranların En Sık Geldiği Ülkelerin Cinsiyete Göre Dağılımı	34
Tablo 6	Başvuruların Yıllara Göre Dağılımı	35
Tablo 7	Birinci Başvurudaki Tanıların Dağılımı	36
Tablo 8	Tüm Başvurularda En Sık Konulan İlk 20 Tanının Dağılımı	37
Tablo 9	Başvuranların Geldiği İllere Göre En Sık Aldığı Tanılar	38
Tablo 10	Başvuranların Geldiği Bölgelere Göre En Sık Aldığı Tanılar	39
Tablo 11	Başvuranların Geldiği Ülkelere Göre En Sık Aldığı Tanılar	40
Tablo 12	0-14 Yaş Grubundaki Çocukların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	41
Tablo 13	15-64 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete göre Dağılımı	42
Tablo 14	65 Yaş Üzeri Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	43
Tablo 15	0-4 Yaş Grubundaki Çocukların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	44
Tablo16	5-9 Yaş Grubundaki Çocukların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	45

Tablo 17	10-14 Yaş Grubundaki Çocukların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	46
Tablo 18	15-19 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	47
Tablo 19	20-24 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	48
Tablo 20	25-29 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	49
Tablo 21	30-34 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	50
Tablo 22	35-39 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	51
Tablo 23	40-44 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	52
Tablo 24	45-49 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	53
Tablo 25	50-54 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	54
Tablo 26	55-59 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	55
Tablo 27	60-64 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	56
Tablo 28	65-69 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	57
Tablo 29	70-74 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	58
Tablo 30	75-79 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	59
Tablo 31	80-84 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	60
Tablo 32	85-89 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	61
Tablo 33	90-94 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı	62
Tablo 34	Çalışmaya Alınan Hastaların Başvuru Durumlarına, Geldiği Yerlere ve Yaş Gruplarına Göre En Sık Aldığı Tanılar	70
Tablo 35	Çalışmada geçen ICD-10 Tanı Kodları	83

ŒEKİL LİSTESİ

<u>Œekil</u>	<u>Œekil BaŒlığı</u>	<u>Sayfa No</u>
Œekil 1.	Weed'e göre probleme yönelik tıbbi kayıtların temel bileŒenleri	11
Œekil 2.	Kayıt programının giriŒ sayfası	79
Œekil 3.	Kayıt programının dosya no, isim, cinsiyet, doğum tarihi, uyruk, medeni durum, adres verilerinin girildiği sayfa.	80
Œekil 4.	Kayıt programının tanı giriŒ sayfası.	81
Œekil 5.	Kayıt programının baŒvuru tarihi ve tanılarının kontrol sayfası.	82

KISALTMA LİSTESİ

- MRE** : Medical Record Envelope (Tıbbi Kayıt Zarfı)
- MIC** : Medical Information Cards (Tıbbi Bilgi Kartları)
- POMR**: Problem Oriented Medical Records (Problem Yönelimli Tıbbi Kayıtlar)
- SOMR**: Source Oriented Medical Records (Kaynak Yönelimli Tıbbi Kayıtlar)
- ICD-10**: International Classification of Diseases-Version 10
(Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması-10. versiyon)
- ICPC-2**: International Classification of Primary Care – 2nd Edition
(Birinci Basamaktaki Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması-2. edisyon)
- BEACH**: Bettering the Evaluation and Care of Health
(Avustralya’da Sağlık Hizmetlerinin İyileştirilmesine Yönelik Periyodik Kayıt Değerlendirme Çalışmaları)
- SGK** : Sosyal Güvenlik Kurumu

ÖZET

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Merkez Polikliniği'nin 2012 ve 2013 Yıllarına Ait Hasta Kayıtlarının Değerlendirilmesi

Giriş ve Amaç: Tüm basamaklardaki hekimler ve araştırmacılar için; Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri, maliyet etkin uygulamalar açısından tıbbi kayıtların önemi gün geçtikçe daha da artmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda kalitenin ve hasta memnuniyetinin artırılması, takiplerin iyi yapılabilmesi için iyi bir hasta kayıt sisteminin geliştirilmiş olması gerekmektedir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda üçüncü basamakta görev yapan, aile hekimliği anabilim dalı merkez polikliniğinin tıbbi ve demografik hasta profilinin ortaya konulması amacı ile Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Merkez Polikliniği'ne 2012 ve 2013 yıllarında başvuran 6062 kişinin dosyaları retrospektif olarak incelendi. Veriler bilgisayar ortamına, 'Nucleus V9.12.109' programı ile aktarıldı. Hastaların tanıları ICD-10'a göre kodlandı.

Bulgular: Aile Hekimliği Merkez Polikliniği'ne başvuran hastaların yaş ortalaması 30.2±14.1 yıl olup hastaların % 56,5'i kadındı. Tüm başvurulardaki tanılar incelendiğinde ise en sık akut üst solunum yolu enfeksiyonları, laboratuvar muayenesi ve anemi tanılarının konulduğu bulundu. Başvuruların daha çok 15-64 yaşları arasında olmak üzere (% 95); en fazla 20-24 yaş grubu hastalar tarafından yapıldığı (% 32) saptandı.

Sonuç; Üçüncü basamakta görev yapan, aile hekimliği anabilim dalı merkez polikliniğimizin sağlık hizmetlerinin gelişimini sağlamak için periyodik olarak hasta kayıtları gözden geçirilmeli ve hasta profili ortaya konmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Aile Hekimliği, ICD-10, Tıbbi Kayıtlar.

ABSTRACT

Assesment of Patient Records in Ondokuz Mayıs University Faculty of Medicine Family Medicine Center Outpatient Clinic in 2012 and 2013

Background and Aim: The importance of medical records is continuously increasing both for the researchers and primary care physicians in terms of preventive and curative health care services and cost-effective practice. A good medical record system is required to improve the quality of primary care services and to increase patient satisfaction and to organize follow-ups.

Materials and Methods: In our study, to draw medical and demographic patient profile of family medicine department center outpatient clinic which works at tertiary care service, 6062 files of the patients whom applied to Ondokuz Mayıs University Faculty of Medicine Family Medicine Department Center Outpatient Clinic between the years of 2012 and 2013 assessed retrospectively. Data was installed in computer using ‘Nucleus V9.12.109’ program. Diagnoses were coded using ICD-10.

Results: The mean age of the patients was $30,2 \pm 14,1$ years and 56,5% of them were female. The most common diagnosis were acute upper respiratory tract infections, anemia, abdominal and pelvik pain, Of visits, 95,2% were made by 15-64 age group patients and at most (32,0)% by 20-24 age group patients.

Conclusions: Medical records should be revised periodically to improve the quality of health care services of family medicine department center outpatient clinic which works at tertiary care service and the patient profile should be drawn.

Key Words: Family Medicine, Medical Records, ICD-10.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tıbbi kayıt, tüm basamaklardaki hekimler için çok önemlidir. Birinci basamağa yönelik olan tıbbi kayıtlar, kronik hastalıkların takibi, koruyucu hekimlik hizmetleri, maliyet etkin uygulamalar için oldukça önemlidir. Tıbbi kayıtların önemi, birinci basamak sağlık hizmetlerinde görevli hekimler ve birinci basamak sağlık hizmetlerine ait verileri derleyerek değişik amaçlarla kullanan araştırmacılar için her geçen gün artmaktadır. Düzenli tutulan tıbbi kayıtlar, işgücü, zaman ve mali açıdan gerçekleşen kayıpları en aza indirmektedir. Böylece tıbbi hatalar azalmaktadır. Hekimler, hastaları ve çalıştıkları birimlerle ilgili bilgilere kısa sürede ulaşabilmektedirler.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha güçlü hale getirilmeye çalışıldığı ve Aile Hekimliği Tıp Disiplini uygulama ve öğretilerinin birinci basamak sağlık hizmeti sunumunun içinde konumlandırılmasının zorunluluğunun anlaşıldığı günümüzde, düzenli ve güvenilir tıbbi kayıt tutulmasının gerekliliği açık hale gelmektedir. Bunun doğal sonucu olarak, Aile Hekimliği Poliklinikleri'nde güvenilir ve çok iyi bir kayıt sisteminin geliştirilmesinin ve ülke genelinde standart hale getirilerek kullanılmasının gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Bu çalışmada; Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Merkez Polikliniği'ne 2012 ve 2013 yıllarında başvuran bireylerin dosyaları retrospektif olarak değerlendirilmiştir. 2012 ve 2013 yıllarında başvuran tüm kişilerin kayıtları incelenerek üçüncü basamakta birinci basamak hizmeti veren Aile Hekimliği Merkez Polikliniğimizin hasta profilinin ortaya konması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tarihçe

Geçmiş olaylar üzerine yapılan çalışmalar, daha önce olanları ve gelecekte ne yapılması gerektiğini göstermenin bir yoludur. Bütün araştırmacılar, kendi araştırma faaliyetleri için diğerlerinin bilgi ve araştırma sonuçlarını incelemeye ihtiyaç duyarlar. Araştırma sonuçlarını incelemeyi ve sunmayı kolaylaştırmak amacıyla, makaleler için belirli yazı biçimlerinin kullanımı önerilirken, aynı zamanda her hastanın tedavisinden elde edilen tıbbi kayıtları ve bulguları incelemeyi kolaylaştırmak için de bir çeşit hasta kayıt formatı oluşturulması önerilmektedir.³

Bilim adamları, araştırmalarının sonuçlarını yazılı materyaller temelinde gelecek kuşaklara aktarmasalar da bilim bu kadar büyük bir gelişmeyi hiçbir zaman başaramazdı. Resmi bilimsel kitaplar ve dergilerin yardımıyla, çeşitli bilimsel gelişmeler hakkında bilgi edinmekteyiz. Mağara duvarlarındaki resimler, kil tabletler, papirüs ya da deri parşömenler, bilimin ilk kayıtlarının bazı örnekleridir ve geçmişten gelen bilgilerin bugünkü insanlara aktarılmasını sağlamıştır. Antik çağ kitaplarının ve denemelerinin formatı, modern ve yaygın olanlardan farklıdır ancak kayıtlı bilgi açısından yeterli öneme sahiptirler ve bugünkü kitaplar kadar eşit önemde oldukları söylenebilir.

Hastalara bakıldıktan ve tedavisi yapıldıktan sonra hekimler, muayene bulgularını kaydederler. Tıbbi kayıtlar olarak bilinen bu güvenilir dokümanlar, geleceğin hekimlerinin eğitiminde kullanılır. Bilimsel deneme yazmak isteyen kişi, ilgili kesin bulguları bir araya getirir. Geçmişten günümüze, hekimler, her zaman hastaya baktıkları sırada tıbbi kayıt formunda bilgi üretirler ve daha sonra bilimsel denemelerini yazmak ve gelecek kuşaklara sunmak için bu bilgileri düzenlerler. Dünya çapında ün kazanmış olan büyük tıp dehası İbn-i Sina, Hipokrat'ın çalışmalarını temel alarak kendi derlemesini yaptı. Hekim olarak yaptığı gezilerde öğrendiklerini derledi ve ünlü denemesi “Kanun” ortaya çıktı. İbn-i Sina kendi çağında belgelemenin rolüne ve önemine dikkat çekmiş ve tıbbi kayıtların üretimine başlamıştır.¹

Geçmişten günümüze ulaşabilen tıbbi uygulamalar, o günkü insanların yaptıklarını kaydetmeleri nedeniyle ulaşmıştır. Şüphesiz başka toplumlar da insanlarına sağlık hizmeti sunmuşlardır ama biz tıp tarihi denince Hammurabi Kanunları'nı, Chan Hanedanını, Mısır papirüslerini, Hipokrat'ı, Galen'i, İbn-i Sina'yı veya Florence Nightingale'i hatırlarız.

Bunun esas nedeni, bu toplulukların ve bilim önderlerinin kayıt tutmaya önem vermeleridir.²

Geçmiş olaylar üzerine çalışmalar, daha önce olanları ve gelecekte ne yapılması gerektiğini göstermenin bir yoludur. Bütün araştırmacılar, kendi araştırma faaliyetleri için diğerlerinin bilgi ve araştırma sonuçlarını incelemeye ihtiyaç duyarlar. Araştırma sonuçlarını incelemeyi ve sunmayı kolaylaştırmak amacıyla, makaleler için belirli yazı biçimlerinin kullanımı önerilirken, aynı zamanda her hastanın tedavisinden elde edilen tıbbi kayıtları ve bulguları incelemeyi kolaylaştırmak için de bir çeşit hasta kayıt formatı oluşturulması önerilmektedir. Kâğıt kayıtları ve doküman kaydı için format düşüncesi 1960 yılından beri ileri sürülmektedir. Dokümanların kaydında aynı zamanda kâğıtla kayıt kullanıldığından beri, araştırmacılar, tıbbi kayıtları yeniden bulmak ve kullanmak için çok uğraşırlar. Kayıta belirli bir biçime sahip olmak, gözlemleri kaydetmede de temel oluşturabilir. “Sorun Odaklı Tıbbi Kayıtlar” adı verilen biçim, esasında tıbbi eğitim düzeyini yükseltmek ve uygun eğitimi geliştirmede hasta kayıtlarını kullanma yaklaşımı sunmak için geliştirilmiştir. “Kaynak Odaklı Tıbbi Kayıtlar” ya da “Zaman Odaklı Tıbbi Kayıtlar” gibi diğer biçimler de aynı zamanda geleneksel biçimler içerisine dahil edilirler. Bununla birlikte, bu iki biçimin kullanımı, kayıtların ve dokümanların özel yazım biçimleri olduğundan beri “Sorun Odaklı Tıbbi Kayıtlar”ın kullanımından daha çok sorun çıkarır. Kayıt ve dokümantasyon talimatlarına ek olarak, tüm tedavi ekibi için dokümanların nasıl kaydedileceğine dair öneriler vardır. Örneğin klinik hemşireleri, klinik bakımın sonuçlarını hemşire gözlem kâğıtlarına kaydedeceklerdir. Böylece hemşire eğitimi, bu yolla kolaylaştırılacaktır. Kayıtlar yeterli, doğru, düzenli ve kesin veri içerdiğinde eğitimde kullanımı yararlı olur. Veriler form şeklinde hazırlanmalıdır, böylece gelecekte kullanılabilir olurlar.³

Aile Hekimliğinde kayıtların temeli, çalışan erkek personelin zorunlu olarak sigortalandığı 1911 tarihli Lloyd George's National Insurance Act'e dayanmaktadır. 1920 yılında özellikle birinci basamak hekimlerinin kayıt formlarını gözden geçirmek amacıyla Rollstone Komitesi kuruldu. Komitenin temel amacı, hekimin hastasına verdiği önemi arttırmaktı. Hekimler, kendilerine kayıtlı hastaların sürekli kayıtlarını tuttular. Kayıt sistemi, ekonomik yararları da beraberinde getirdi. Bu komite, kayıtların, uluslararası sigorta kartları ile aynı form ve ölçülerde olmasını önerdi. Böylece “The Lloyd George” zarf ve kayıt kartı (Medical Record Envelope: MRE) kabul görerek, günümüzde aile hekimlerinin en önemli standart formları olarak devam etti. İngiltere'nin Londra kentinde 1967 yılında A4 kayıt dosyaları önerildi. Yaygın olarak kullanılan

dosyaları, hasta bakımını iyileştirmede kolaylık sağladı. Çünkü kolay okunabiliyor ve kronolojik olarak düzenli tutulabiliyordu.⁴

Birinci basamakta kayıtların standardize edilmesini istemek her zaman gerçekçi olmayabildiği halde, kayıtlarla ilgili mevcut karmaşaya bir düzen getirmek için seçenekler vardır. Bilgisayarların ortaya çıkması tartışmalara yeni bir boyut getirmiştir. MRE ve A4 olarak adlandırılan iki manüel kayıt formatında olduğu gibi, bilgisayar kayıt sistemini de savunanlar ve karşı çıkanlar olmuştur. İleri teknolojiye sahip ülkelerde tıbbi kayıtlar, kağıt üzerinden elektronik ortama hızlı bir geçiş sürecindedir.⁵

2.2. Birinci Basamakta Neden Kayıt Tutulmalıdır?

Verilerin düzenli olarak kaydı etkin hasta bakımı için gereklidir. Bilgi sistematik, mantıklı, tutarlı bir yapıda organize edilmeli ve hastanın durumunu doğru olarak yansıtmalıdır. Uzun bir süre tam ve iyi organize olmuş tıbbi kayıtların tutulması, koruyucu hizmetlere odaklanılabilen kaliteli hizmet sunumunu mümkün kılar. Kayıtlar, iletişim araçlarıdır. Kronik veya çoklu sorunu olan karmaşık hastaların sürekli bakımlarında kayıtlar oldukça kolaylık sağlamaktadır. Kayıt, hastanın tüm sorunlarının yönetimine yardımcı olmalıdır. İyi organize kayıtlar; hekime, tanımlanmışbelirgin risk faktörlerini kullanarak hastanın gelecekteki sağlık durumunu tahmin etmesinde destek olabilir.⁷

Bütün alanlarda olduğu gibi aile hekimliğinde de bilgi; güç ve başarı demektir. Günlük uygulamamızda tanıların %80'ini sadece tıbbi öykü ve fizik muayene ile koyabiliriz. Bilgi, tıbbi pratiğimizde güçlü bir araçtır. Bu bilgiyi bir kez kullanıp hafızamızın derinliklerinde unutmaya terk edebileceğimiz gibi gelecekteki uygulamamızda kullanmak üzere kaydetmemiz de mümkündür. Hasta bakımında en değerli aracımızı çöpe atmaya kim razı olabilir?²

Tıbbi kayıtlar; nerede ve nasıl kaydedildiğine ve saklandığına bakılmaksızın hastayla ilgili herhangi bir zamana ait biyopsikososyal bilgilerdir. Bunlar kağıt üzerinde kayıtlı olabileceği gibi bilgisayar verisi, ses veya görüntü kayıtları şeklinde de olabilir. Aile hekimleri olarak kayıt tutmamızın yararlarını şu başlıklar altında toplayabiliriz:

- 1) Kayıtlar bilginin düzenli olarak saklandığı bir depodur.
- 2) Sağlık hizmeti sunucusunun bilgiyi kolay kaydetmesini ve ulaşmasını sağlar.
- 3) Hasta bakımının hem o andaki hem de gelecekle ilgili planlara destek olur.

- 4) Ekonomik boyutu vardır. Kaynakların gereksiz kullanımını önleyerek,sağlık hizmetlerinin maliyet etkin bir şekilde yürütülmesini sağlar.
- 5) Epidemiyolojik çalışmaları mümkün kılar.
- 6) Sağlık istatistikleri çıkarılmasını sağlar.
- 7) Aile hekimliği merkezinin yönetimini ve sağlık politikası oluşturmayı kolaylaştırır.
- 8) Uygulama hataları (malpractice) gibi davalarda hekimi korur.
- 9) Bilimsel araştırmalara zemin hazırlar.
- 10)Kayıtlar birer iletişim aracıdır.
- 11)Kaynakların akılcı kullanımını sağlar.²

Birinci basamak ekibinin, bireylere uyguladıkları sağlıkla ilgili işlemleri, gözlemlerini ve laboratuvar bulgularını belleklerinde tutmaları olanaksızdır. Benzer şekilde, bireyin de kendisine yapılan işlemleri en ince ayrıntısına kadar bilmesi ve belleğinde tutması beklenemez. Oysa bu bilgiler kaydedilirse, bu kayıtlarda işlem ya da inceleme yapacak olan herkes, bu kişiye neler yapıldığını tarihleri ve diğer ayrıntıları ile görebilecektir. Yeterli bir kayıt sistemi, bir kitaplık ve bir laboratuvar gibi olup öğrenci ve asistan eğitiminde ve bilimsel çalışmalarda yararlanılan önemli bir kaynaktır. Yönetici ve diğer teknik kişiler, yönetsel ve diğer teknik konularda durum tespiti, öncelikleri saptama, yeniden düzenleme ve değerlendirme aşamalarını uygun bir biçimde planlayabilmek için gereksinim duydukları verilerin büyük bir kısmını kayıt sisteminden sağlarlar.⁶

Tıbbi kayıtlar gerektiğinde mahkemelere delil olarak sunulabileceğinden son derece önemli belgelerdir. Bu nedenle düzenli ve ayrıntılı tutulmaları gerekir. Kayıtların okunaklı şekilde yazılması karışıklıkları önleyecektir. Tutulan kayıtlardaki yanlış anlaşımaların ve bundan kaynaklanacak zararların sorumlusu da kayıtları tutan kişi olacaktır. Kayıtlar tutulurken hata yapılmışsa hatanın üzeri alttaki yazı okunacak şekilde çizilmeli ve yenisi yanına yazılmalıdır. Kayıtları yapan kişi düzeltmenin yanına düzeltmeyi yaptığı tarihi ve saati not etmelidir. Burada kayıtlar tutulurken saatin de belirtilmesinin özellikle adli olaylarda önemi büyüktür. Kişinin belli bir saatte nerede olduğunun ispatının yanında, kişiye yapılan tıbbi işlemlerin başlama saati de önemlidir. Örneğin kişi hekimi mesleki ihmalden dolayı dava ettiğinde, tıbbi girişime başlanması gereken saatte başlandığının ispatı ancak kayıtlarla mümkündür.⁷ Mahkemeler kaydedilmemiş bir olayı yapılmamış kabul etme eğilimindedir. Bu nedenle muhtemel yasal sorunlar halinde sıkıntı yaşamamak için kayıtların çok iyi tutulması gerekir. Bazı

durumlarda mahkemeye çağrılmak 2–3 yıl sürebileceğinden yapılan işlemleri hatırlamak mümkün olmayabilir. Yasal sorunlarla karşılaşmamak için;

* Her yapılan mutlaka kaydedilmelidir (Telefon veya başka iletişim araçlarıyla verilen bilgi ve danışmanlıklar da dahil),

*Dosyanın her sayfasında hastanın adı bulunmalıdır,

*Kayıtlarda kurşun kalem kullanılmamalıdır.

*Hastalar veya meslektaşlar hakkında incitici veya küçük düşürücü yazılar yazılmamalıdır.

* “Hasta kendisini daha iyi hissediyor” gibi belirsiz ifadelerden kaçınılmalıdır.

* Kayıtlarda değişiklik yapılacaksa, hastanın işlemi tamamlanmadan yapılmalı ve önceki kaydı karalamak yerine üzerine tek çizgiyle çizmeli, köşesine değişiklik tarihi yazılmalıdır.

*Hastanın koopere olmadığı belirtilmişse nedeni yazılmalıdır.

*Hasta bir testin yapılmasını reddediyorsa bu durum belirtilmeli ve testi istememe gerekçesi yazılmalıdır.²

Karşılaşılan durumların kayıtlarının sistematik, ayrıntılı, soruna yönelik kayıt tutulması; süreklilik, hastalık nedenlerinin saptanması, hastalık öyküsünün tam olarak oluşturulması ve hizmet sunumunda yer alan diğer sağlık çalışanlarının hizmetlerinde eşgüdümün sağlanması açısından önemlidir. Kayıtlar, çalışma şartları ve yaşam biçimi gibi hastalara sunulacak hizmet ile ilgili diğer bilgileri de içermelidir. Risk altındaki hasta gruplarının tanımlanmasını sağlayan uygun bir kayıt sistemi olmadan, sistematik koruyucu sağlık hizmeti sunulması mümkün değildir. Sonuç olarak, kayıtlar kalitenin geliştirilmesi ve verilen hizmetin denetimi için gerekli olup, iyi tutulması ve iyi saklanması tedavi maliyetlerinde azalma ile birlikte zaman kaybını da önleyecektir.⁸

2.3. Kayıtların Amaçları

Birinci basamak hekimliğinde, tıbbi kayıtlar çok önemlidir. Hatta birinci basamak hekimlerini diğer disiplinlerden ayıran özelliklerden birisinin, iyi bir dokümantasyon olduğunu söyleyebiliriz. Hastanın kaydının düzenli tutulması takibini ve tıbbi bakımını da kolaylaştıracaktır.²

Aile Hekimliğinde kayıtlar birçok amaca hizmet eder:

- (a) Hastalar hakkında temel verilerin hazır olmasını ve kolayca ulaşılmasını sağlar. Böylece bir veri tabanı veya hasta profili oluşturulmuş olur. Veri tabanı hastanın ilk kaydının yapıldığı andan başlar ve sonraki sağlıkla ilgili olayların eklenmesi ile genişler.
- (b) Bütün hastalıkların sürekli klinik kayıtlarını sunmalıdır: Veriler sadece yazan kişi tarafından değil, herhangi bir doktor tarafından da kolaylıkla anlaşılır, doğru ve kesin olmalıdır. Kayıtlar bütün pozitif bulguları, önemli negatif bulguları, tanı ve problem listesini, araştırma sonuçlarını, tedavi planını ve reçete edilen ilaçları içermelidir.
- (c) Hastaların tedavilerinin takibine yardımcı olur.
- (d) Koruyucu sağlık hizmeti için organize bir yaklaşım sunar.
- (e) Hekimin kendi entellektüel gelişimini destekler.
- (f) Klinik araştırma için veri sağlayabilir.
- (g) Sonuç olarak kayıtlar, kalitenin değerlendirilmesi ve aile hekimliği merkezinin yönetimi için esas araçlardır.⁵

2.4. Aile Hekimliğinde İyi Bir Kayıt Sisteminde Olması Gereken Özellikler

Tıbbi hasta kayıtlarının en önemli özellikleri sistematik, mantıklı, güncel, kolay ulaşılabilir, kullanıcı dostu, mahrem ve sürekli olmasıdır. Kayıtlar bir gün lazım olabilir düşüncesiyle depolanmamalı; her an kullanılmak üzere hazır olmalı ve bilgilerden sürekli faydalanmak mümkün olmalıdır. Bilgilerin depolanmasından ve kullanılmamasından kaçınılmalıdır.²

- 1) Kayıt sistemi kullanıcıya hizmet etmelidir. Kullanıcının iş yükünü azaltmalıdır.
- 2) Hizmetin kalitesini objektif bir biçimde artırmalıdır.
- 3) Bilgiler kolay erişilebilir olmalıdır.
- 4) Zamanla gelişen yeni teknolojilere ve takip ile tedavi tekniklerine uyum sağlayabilir olmalıdır.
- 5) Sistem sürekli çalışır olmalı ve aksamamalıdır.
- 6) Yedekleme sistemi tam ve güvenilir olmalıdır.

- 7) Kullanıcının karşılaştığı sorunların kısa sürede çözülebilmesi için teknik destek olmalıdır.
- 8) Kartoteks sistemi veya bilgisayar programı, kullanıcının gereksinimlerine göre düzenlenmeli ve yapımında mutlaka kullanıcı veya bir temsilci görev almalıdır.
- 9) Kullanılmayan detaylar yer almamalı, ancak kullanıcı için önemli olan detaylara, çok seyrek kullanılması gerekse bile yer verilmelidir.
- 10) İstatistik her zaman ihmal edilmektedir. Kaliteli bir sağlık hizmeti sunulabilmesi için çalışanların, istatistiksel bilgilere gereksinimleri vardır.
- 11) Edinilen deneyimlerin diğer gruplar veya kişilerce paylaşılabilmesi amacıyla akademik çalışmalar sistem tarafından desteklenmelidir. Hasta muayene ve takip hizmeti verilirken bir yandan da birçok çalışma planlanmalı ve hizmeti aksatmadan titizlikle yürütülmelidir.
- 12) Tıp bilimi son yıllarda büyük bir değişim göstermekte, tüketici konumunda bulunan hasta ya da sağlıklı bireyin memnuniyeti ön plana çıkmaktadır. Bu nedenle hastanın da bekleme süresinden başlayıp muayene ve tedavinin sonuna kadar olan süreç için görüş, öneri ve beklentileri alınmalı, çalışma düzeni ona göre yapılandırılmalıdır. Hastanın, hizmet kalitesini objektif kriterlerle değerlendirmesi sağlanmalıdır.
- 13) Aile Hekimliğinin temel ilkelerinden birisi, hizmetin sürekliliğidir. Hasta sevk ve konsültasyon sonuçları (konsültasyon, mektup, epikriz) kayıt sistemine dahil edilmelidir.
- 14) Kayıt ve dosyalama işlemlerinde yardımcı sağlık personelinin maksimum katkısı sağlanmalıdır. Ancak, hekimin hastayla ilgili kısa notları ve tedavi planlarını bizzat kaydetmesinde gelecekte odaklanmayı kolaylaştırmak açısından yarar vardır.
- 15) Kişisel kayıtlarda gizlilik esastır. Tıbbi etik doğrultusunda, kişi/hasta bilgilerinin üçüncü kişiler tarafından öğrenilmesinin engellenmesi bilgisayar teknolojisi ile mümkündür. Bu yönde çalışmalar yapılmalıdır. Hastanın kişisel bilgileri hekime emanettir. Hasta dosyalarının hastalara verilmesi konusu tartışmalı olmakla birlikte genel kanaat hastanın istediğinde kendisiyle ilgili bilgilere ulaşması yönündedir.²
- 16) Uzak mesafeli danışma ve eğitim amacıyla, laboratuvar ve görüntüleme sonuçlarının bilgisayara kaydedilmesi hekime yardımcıdır.
- 17) Hasta dosyasında bilgiler gözönünde olmalı, menüler arasında geçişler zahmetsiz olmalı, detaylı ve özel bilgilere ayrı ayrı ulaşılabilmeli, yardımcı bilgilere geçişler

(ilaç, formüller, özel notlar, adresler) kolay olmalı, sık kullanılan özellikler ve kısaltmaları içermelidir.

18) Hastanın rutin gelişlerini organize etmelidir (aşılar, kontroller, EKG, tetkik zamanları, doğum günleri).

19) Aile hekimliğinde hasta-hekim ilişkisine verilen önem doğrultusunda özel günlerde haberleşmeli ve tıbbi yenilikler posta, faks, e-mail gibi yöntemlerle kişilere ulaştırılabilmelidir.

20) Yüksek standartta sağlık hizmeti sunumunu kolaylaştırmak için kayıt sistemi, hekimler tarafından kolayca kabul edilebilir olmalıdır. Kayıt sistemi, birinci basamak ekibine hizmet ettikleri nüfusa iyi bir toplum sağlığı hizmeti sunma konusunda yardımcı olmalıdır. Bunu yapabilmek için risk altındaki hasta gruplarını tanımlamak gerekmektedir. Buna bağlı olarak sağlık eğitimi, tarama, bağışıklama ve diğer koruyucu hekimlik uygulamaları ekonomik olarak uygulanabilmelidir. Bu amaç için sağlık ekibi, belirli cinsiyet ve yaş gruplarında, belirli hastalığı olan, belirli ilaçlarla tedavi edilen hastaların kayıtlarına gerek duyacaktır. Kayıt sistemi hekime, özellikle periyodik hizmetleri hatırlatma özelliğine sahip olmalıdır. Bu durum, özellikle kronik hastalıkların uzun süreli takiplerinde, koruyucu hekimlikte, ilaç etkileşimleri ve ilaç alerjilerinin önlenmesinde önemlidir.

21) Kayıt sistemi hekime, hastasıyla görüşmesi sırasında, tanı, tedavi ve yönetim ile ilgili güncel uygulamaları, hastanın ihtiyaçlarına uygun olarak hatırlatmalıdır.

22) Kayıtlar, gizlilik beklentilerini tam olarak karşılayabilir şekilde saklanmalıdır.

23) Kayıtların saklanma ve iletilme yöntemleri, kaybolma riski en az olacak şekilde gerçekleşmelidir.

24) Kayıtlar, ulaşılabilir, okunaklı ve yoğun çalışan bir hekim tarafından kolayca güncelleştirilebilir olmalıdır.

25) Fazla veya eski veya geçersiz bilgilerin silinmesi ve detayların gerektiğinde hızlı ve kolay özetlenmesi mümkün olmalıdır.

26) Sistem, her hastanın bilgilerinin ömür boyu saklanmasına uygun kapasitede olmalıdır.

27) Kaydın tamamı ve uygun kısımları, ihtiyaç duyulduğunda kolayca elde edilebilir olmalıdır.

28) Sistem; semt, saha, bölge ve ulusal düzeylerde sağlık hizmeti yönetimi için gereken verilerle donatılabilirdir. .

29) Benzer şekilde sistem, klinik ve yöneylem araştırmalarını kolaylaştırmalıdır.

30) Kayıtlar, hasta yeni bir hekime başvurduğunda hızlı ve güvenilir şekilde devredilebilir olmalıdır. Devir sırasında klinik veriler erişilebilir olmamalıdır.

31) Kayıt sistemi, personelin en ekonomik ve en etkili istihdamı da dahil olmak üzere aile hekimliği merkezinin yönetimine yardımcı olmalıdır.

32) Sistem yeni değişimlere uyulanabilir özellikte olmalıdır.

2.5. Birinci Basamakta Kayıt Çeşitleri

Birinci Basamakta iki çeşit tıbbi kayıt kullanılmaktadır:

2.5.1. Problem Yönelimli Tıbbi Kayıtlar (Problem Oriented Medical Records) (POMR)

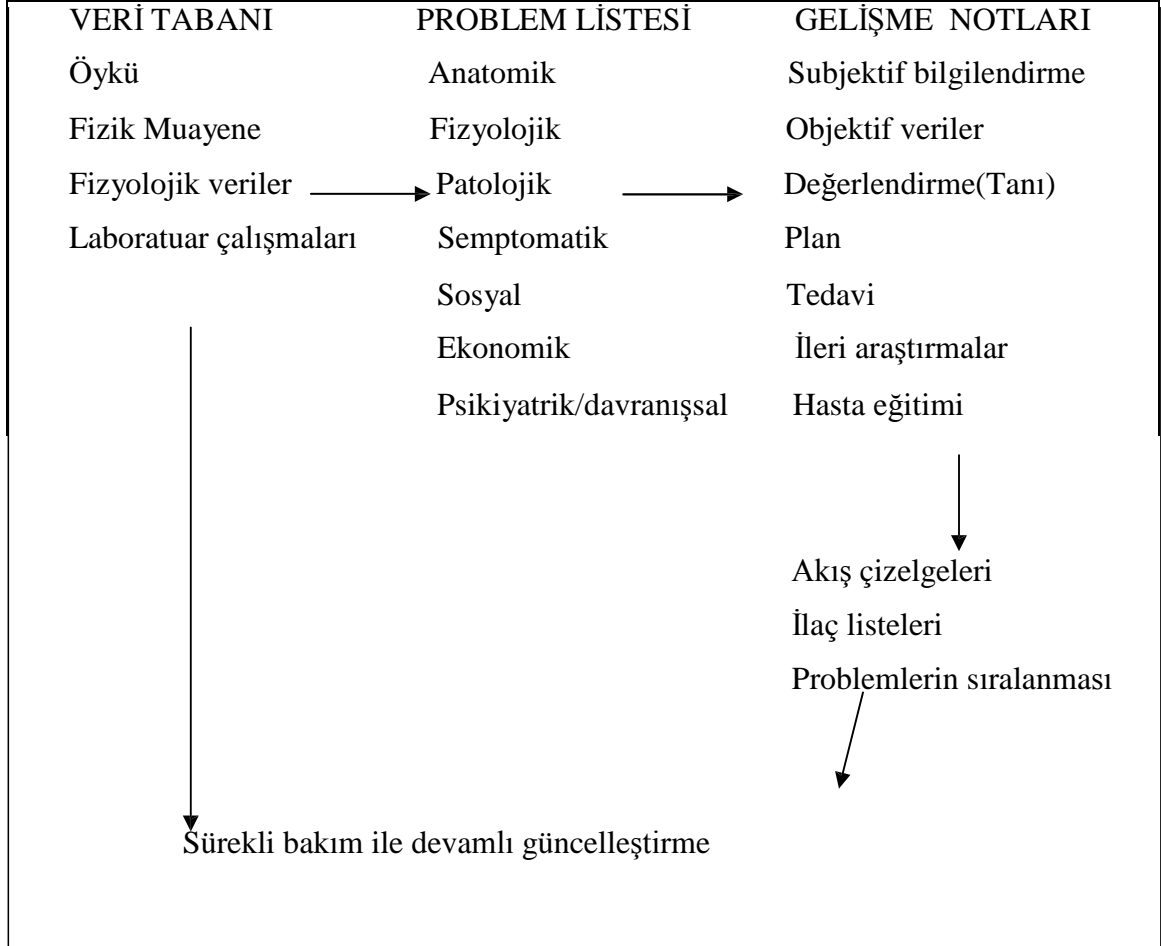
2.5.2. Kaynak Yönelimli Tıbbi Kayıtlar (Source Oriented Medical Records) (SOMR)

2.5.1. Problem Yönelimli (Hasta Merkezli) Tıbbi Kayıtlar

Birinci basamak hekimlerini diğer branşlardan ayıran en önemli özelliğın iyi bir dokümantasyon olduğunu söyleyebiliriz. Hasta verilerinin kaydında değişiklik fikri 1969 yılına dayanmaktadır. İlk çalışmalar Dr. L. Weed tarafından yapılmıştır. Bu kayıt sisteminde hastalık değil birey ön plandadır(= patient oriented). Bu sisteme göre doldurulmuş bir dosya incelendiğinde; bir safra kesesi hastalığı değil, safra kesesi hastalığı olan bir bireyle karşılaşılır. Probleme yönelik tıbbi kayıt azami kullanım alanını birinci basamak hekimliğinde bulmaktadır. Özellikle birden çok kronik hastalığı olan karmaşık vakalarda üstündür. Bu nedenle probleme yönelik tıbbi kayıt sisteminin yaygınlaştırılmasında da en büyük çabayı birinci basamak hekimleri göstermektedir.⁹

Aile hekimi daha çok kronik hastalığı olan ve sürekli takip gerektiren hastalarla ilgilendir. Kronik hastalığı olan bu hastaların yönetimi için hastanın şu anki ve geçmişteki tıbbi sorunlarını her an için tam ve doğru olarak yansıtan ve hekimi, her an için önemli konuma gelebilecek potansiyel sorunlar konusunda uyarıcı dinamik kayıtlara ihtiyaç vardır.¹⁰ Probleme yönelik tıbbi kayıtların tıbbi çekirdeğini Weed şu dört temel elemanı içerecek şekilde tanımlamıştır.

- 1- Veri tabanı
- 2- Problem listesi
- 3- Progres notları (gelişim notları)
- 4- Plan (o andaki problem için)



Şekil 1. Weed'e Göre Probleme Yönelik Tıbbi Kayıtların Temel Bileşenleri.⁹

İyi hazırlanmış tıbbi kayıt, aile hekimine yardımcı olan en faydalı araçlardan birisidir. Efektif olduğunda sağlık çalışanları arasında hastanın bakımı ile ilgili önemli bilgilerin iletilmesini, kolayca dokümantasyonunu, hastanın sürekli bakımı için gerekli hayati bilgilerin elde edilmesini sağlar. Verilerin sadece toplanmasından ve insani düşünceden arınmasından kaçınılmalıdır.⁹ Aile hekimi hastalarını uzun bir dönemde izlemektedir. Akut hastalıklar tamamıyla izole bir olay olarak tedavi edilemez, kişinin ve ailenin bakımı uzun bir süreyi kapsadığı için bu perspektif içinde ele alınmalıdır. Örneğin gebe bir kadında kan basıncı hafif yüksek olabilir.

Daha önceki dönemdeki kan basınçları karşılaştırılmalı ve böylece gerçek önemi anlaşılmalıdır. Benzer şekilde, gebenin sigara ve alkol alışkanlığı, kilo alımı, psikolojik durumu not edilmeli ve izlenmelidir.¹⁰

Probleme yönelik tıbbi kayıtların bir çok avantajı vardır: Hastanın sorunları başarı ile belirlenmekte, tedavi için mantıklı bir formül hazırlanmakta, tüm sorunlar içinde spesifik olanlar ayrıca değerlendirilmekte, problem listesine göre tedavi düzenlenmektedir. Böylece tedaviye devam eden başka bir hekim, hastayı rahatça izleyebilir. Dezavantajları; çok zaman alması, araya giren problemlerin tasnif güçlüğü nedeniyle polikliniklerden ziyade eğitim veren hastanelerde uygulanmasıdır.

2.5.2. Kaynak Yönelimli Tıbbi Kayıtlar

Önceden kullanılan geleneksel aile hekimliği merkezi kayıtları, kayıttaki materyalin kaynağına göre yapılandırılıyordu ve buna kaynak yönelimli tıbbi kayıt adı veriliyordu (Kaynak Yönelimli Tıbbi Kayıtlar = Source Oriented Medical Records =SOMR). Bu kayıtlar; laboratuvar verileri, EKG raporları, konsültan raporları, hekim notları, hemşire notları, radyografi notları idi ve bunların her biri birbirinden bağımsız olarak farklı alanlarda farklı kişilerce dolduruluyordu. Materyallerin bu şekilde organize edilmesi sonucunda dosya bir günlük gibi oluyordu ve takip edilen hastanın bakımında göreceli olarak kısıtlı bir değeri vardı ve muhtemelen akut hastalık epizotlarında yeterliydi. Kaynağına yönelik kayıt tutmanın avantajları; çok kullanılır ve anlaşılır olması ve kolayca devam ettirilebilmesidir.¹⁰ Kaynak yönelimli tıbbi kayıtlar kolay toparlanabilir olmasına rağmen dezavantajları vardı. Hastayı tanımayan birisi için hastanın sorunu hakkında tam bir bilgi almak çok zaman alıyordu; hastanın tüm sorunlarının bir arada görülmesini engellemekteydi. Özellikle öyküde, kişinin tanısı konulan bir sorununun seyrinin sorgulanması ve izlenmesi çok zaman alıyordu.⁹

2.6. Tıbbi Kayıtlara Ulaşım ve Gizlilik

Hasta dosyaları gizli bilgiler içerir ve bilgilerin gizliliği varolan yasal düzenlemelere uygun olarak korunmalıdır. Hasta dosyalarının hastalara verilmesi konusu tartışmalı olmakla birlikte genel kanaat hastanın istediğinde kendisiyle ilgili bilgilere ulaşması yönündedir.

1974 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) hasta hakları yasası kabul edildi. Hastanın tıbbi kayıtlara ulaşması konusunda bazı eyaletlerde,

daha önceki örnek dava kararlarına göre hastanın tıbbi kayıtlara ulaşması lehinde kararlar alındı. Hastanın klinik bakıma katkısı hala tartışmalı bir konudur. Hasta kayıtlarının hasta ile paylaşılmasının sağlık hizmetinin kalitesini artırdığı konusunda herhangi bir kanıt olmamasına rağmen genel kanı, hastanın anlayışını ve uyumunu artırdığı yönündedir. Schade (California, Los Gatos'da bir aile hekimi) hastalarına kendi tıbbi kayıtlarının tamamını saklama izni veriyor, sadece kısa bir ofis notunu kendinde bulunduruyordu. Böylece hastalar acilde bir konsültan tarafından görüldüğünde ya da yeni bir bölgeye taşındıklarında kendilerine ait tıbbi kayıtları oluyordu. Hastalarına kendi tıbbi kayıtlarına ulaşma imkanının verilmesinin kendi tıbbi sorunlarını ve tedavilerini daha iyi anlamının yanında, hastanın hekimi dava etme olasılığını azalttığına inanıyordu.²

1998 yılında Ülkemizde Resmi Gazete'de yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nde mahremiyete saygı gösterilmesi ve bilgilerin gizli tutulması ile ilgili maddeler bulunmaktadır. Mahremiyete saygı gösterilmesi (madde 21), hastanın mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta mahremiyetinin korunmasını açıkça talep edebilir. Her türlü tıbbi müdahale hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir. Mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu isteme hakkı;

*Hastanın sağlık durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesini

*Muayenenin, teşhisin, tedavinin ve hastayla doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makul bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesini

* Tıbben sakınca olmayan hallerde yanında bir yakını bulunmasına izin verilmesini

* Tedavisiyle doğrudan ilgisi olmayan kimselerin, tıbbi müdahale sırasında bulunmamasını

* Hastalığın mahremiyeti gerektirmedikçe hastanın şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemesini

* Sağlık harcamalarının kaynağını gizli tutulmasını kapsar. Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez. Eğitim verilen sağlık kurum ve kuruluşlarında hastanın tedavisiyle doğrudan ilgili olmayanların tıbbi müdahale sırasında bulunması gerekli ise; önceden veya tedavi sırasında bunun için hastanın ayrıca rızası alınır. Bilgilerin gizli tutulması (madde 23), sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanunla müsaade edilen haller dışında, hiçbir şekilde açıklanamaz.

Kişinin rızasına dayansa bile, kişilik haklarından bütünüyle vazgeçilmesi, bu hakların başkalarına devri veya aşırı şekilde sınırlandırılması neticesini doğuran hallerde bilginin açıklanması, bunların açıklayanın hukuki sorumluluğunu kaldırmaz. Hukuki ve ahlaki yönden geçerli ve haklı bir sebebe dayanmaksızın hastaya zarar verme ihtimali bulunan bilginin ifşa edilmesi, personelin ve diğer kimselerin hukuki ve cezai sorumluluğunu da gerektirir. Araştırma ve eğitim amacıyla yapılan faaliyetlerde de hastanın kimlik bilgileri rızası olmaksızın açıklanamaz.¹¹

Schade (California, Los Gatos'da bir aile hekimi) hastalarına kendi tıbbi kayıtlarının tamamını saklama izni veriyor, sadece kısa bir ofis notunu kendinde bulunduruyordu. Böylece hastalar acilde bir konsültan tarafından görüldüğünde ya da yeni bir bölgeye taşındıklarında kendilerine ait tıbbi kayıtları oluyordu. Hastalarına kendi tıbbi kayıtlarına ulaşma imkanının verilmesinin kendi tıbbi problemlerini ve tedavisini daha iyi anlamanın yanında, hastanın doktoruna yönelttiği malpraktis suçlamalarını azalttığına inanıyordu. Michael ve Bordley'in 1982'de yaptıkları bir çalışmada; hastaların %80'inin tıbbi kayıtlarının görülmesine izin verilmesi gerektiğine inandıkları bulunmuştur. Fakat hastalar tıbbi kayıtların bir örneğinin kendilerinde olmasının, onları görmek kadar önemli olduğu konusunda emin değillerdi. Herhangi bir geçerli tıbbi neden yoksa en iyi tutum, hastaların kendi kayıtlarını incelemesine istendiğinde bir örneğinin alınmasına izin verilmesidir. Tufo ve ark., hastaların kendi kendilerine yardım ve sorumluluklarını vurgulamak amacıyla tıbbi kayıtlarını kendilerine verdiler. Beklenen, hastanın, bilginin doğruluğu konusunda geri bildirim vermesi ve hastanın kendi sağlık durumunu anlama düzeyinin artmasıdır. Fischback ve ark. hastanın da sağlık bakımına katılmasını destekliyorlardı. Hastanın bilmediği değil fakat şüphelendiği bir durum endişeye yol açıyordu.²

Tıbbi kayıtların hasta ile paylaşılmasına yer verilmesi önemlidir. Fakat eğer zararlı olacaksa gizli tutulmalıdır. Örneğin, bazı yaşlı hastalar için, 10–12 problemten oluşan listeyi ve birçok tedaviyi görmek kafa karıştırıcı olabilir veya depresyona neden olabilir. Emosyonel sorunları olan hastalar, progres notlarını anlamakta ve bunlarla başa çıkmakta güçlük çekebilirler.

Tıbbi kayıtları tutmada bilgisayarın kullanılması ile bu bilgilerin kişiye özel gizli bilgiler olduğu konusu daha fazla dikkat çekti. Tıbbi kayıtlara yönetim amacı ile, sağlık hizmeti sunmayan kişilere de kayıtlara erişim izni verilmeye başlandı. Bu kişilerin

hastanın bilgilerinin gizliliği konusundaki duyarlılıkları ve bu bilgilerin kullanımı konusundaki etik ve profesyonel kodları sınırlıydı.

2.7. Tıbbi Bilgi Kartları

Mobil toplumun bir gereği olarak günümüzde hasta hakkındaki bazı bilgileri içeren manyetik kartların hazırlanıp hastaya verilmesi gündeme gelmiştir. Hastanın tıbbi pasaportu şeklinde olması planlanan bu kartlar kredi kartı büyüklüğündedir ve hastayla ilgili tıbbi sorunları ve diğer gerekli tıbbi bilgileri içerir. Gelişen teknoloji sayesinde bu kartlara çok sayıda tıbbi bilgi, hastanın fotoğrafı, imzası, röntgen filmleri, EKG, CT ve MR sonuçları yüklenebilmektedir.²Bu kart kişinin tıbbi kaydının seçilmiş bir bölümünü içeren bir mikrofilmdir. Örneğin geçirilmiş MI, DM, ilaç allerjileri, antikoagülan ilaçlar ve immunizasyon durumunu içerir. Lazer optik teknoloji sayesinde bu kartlarda 800 sayfa veri depolanabilmektedir. Kartları kullanabilmek için özel oku-yaz ünitesi ve IBM uyumlu bilgisayarlar gereklidir. Özel yazılım programları tıbbi kayıtların gizliliğini sağlar. Hastanın resmi ve imzası görünmeyen bir şekilde karta yerleştirilebilir ve bu sahtesinin yapılmasını ya da transferini imkansız kılmaktadır.

2.8. Önerilen Kayıt Sisteminin Özellikleri

Geliştirilmiş ve iyi organize edilmiş tıbbi kayıt, beraberinde çok iyi bir tıbbi bakımı getirecektir. Fakat aynı zamanda kötü veya yetersiz bakımı da gözler önüne serecektir. Aile hekimliği merkezi kayıt sistemlerini, problem yönelimli sisteme dönüştüren hekimlerin, geçmiş sistemden kaynaklanan olumsuz tecrübeleri olmuştur. Kayıtlar içinde kaybolan sorunlar tanımlanmış ve daha ileri araştırma yapılmamış anormal laboratuvar bulguları ortaya çıkarılmıştır.

Yeni bir kayıt sistemine dönüşüm, kayıt sisteminin tekrar değerlendirilmesini ve organizasyonu beraberinde getirecektir ki; bu sistem, hasta ve hekim için sorunları ortaya çıkarması ve yeni bir bakış açısı getirmesi açısından önemlidir.

Kayıtlar problem yönelimli formata dönüştürüleceği zaman en iyisi en aktif kayıtlarla başlamak ve daha az aktif olanları sonraya bırakmaktır. En faydalı olanı bütün yeni hastalara yeni formatta başlamak ve kronik hastalığı olan ve sık izlenenleri ise yeni formata çevirmektir. İndeks kartlarını yazmak ve kayıtları transfer etmek için akşamları çalışabilecek geçici bir personel alınabilir. Hekim, problem listesini hazırlamalıdır. Bu oldukça zaman alan bir aktivite olmasına rağmen gözden geçirme; hekimin unuttuğu konularla tekrar karşılaşması nedeni ile faydalıdır.

2.9. Verilerin Aktarılması

Hastanın tüm tıbbi geçmişinin kayıtlara geçirilmesi önemlidir. Böylece gerektiğinde, hastanın karşılaştırmalı tıbbi profili diğer hekim ve hekim dışı sağlık çalışanlarına sunulabilir. Kıymetli tıbbi bilgi sıklıkla düzensiz olarak her tarafta bulunur ve ihtiyaç olduğunda bulunamaz ya da arşiv yapılamaz. Yeni bir hasta görüldüğünde, hastanın bakımında daha önce görev alan diğer hekimler, resmi kurumlar, hastaneler ve özel sağlık kurumlarından hastanın tüm tıbbi bilgilerine ulaşılmalıdır. Her bir hekimin hasta ile ilgili tam bir tıbbi bilgi birikimine ulaşması için birçok tetkiki tekrar etmesi, tedavi edici süreci geçirmesi gerekecektir ve böylece zaman ve para kaybedilecektir. Transfer edilen kayıt POMR ya da buna benzer kayıt sisteminde ise eski ve yeni hekim için, hastanın bakımı için faydalı olacağından ve kolayca anlaşılacağından dolayı kaygı uyandırmayan bir deneyim olacaktır. Gelecekte tıbbi kayıtların merkezi bilgisayar sistemine alınması, bu sorunları ortadan kaldıracaktır. Ulusal sağlık hizmetleri olan ülkelerde örneğin İngiltere’de tıbbi kayıt devletin malıdır ve hasta başka bir bölgeye onunla birlikte otomatik olarak transfer olur.

Anderson ve Birtwhist’in 1989’da yaptığı bir çalışmada, aile hekimlerinin sadece yarısının (%52) düzenli olarak hastanın daha önceki tıbbi kayıtlarını istediği gösterilmiştir. Bilgi elde edildiğinde, hastanın sorununun kısa bir öyküsü, daha önceki konsültan raporlarının kopyası ve hastane çıkış özetinin tercih edildiği saptandı. Şaşırtıcı olarak, aile hekimliği merkezinde progres notları nadiren kullanılıyordu.

Aile hekiminin POMR gibi iyi organize bir kayıt sistemi, konsültasyon isteğiyle problem listesini özetleyerek hastasının tüm sağlık durumu hakkında konsültan hekim ile daha etkin iletişimine izin verir. Bu da uzman hekimi, sadece kendisinin ilgili olduğu alandaki hastalığı tedavi etmekten uzaklaştırır ve hastanın tüm tıbbi, sosyal, psikiyatrik problemleri konusunda ve konsültasyon istediği sorun konusunda bilinçlilik yaratır. Eğer bir kardiyologa koroner bakım ünitesinde ciddi bir hasta danışılmış ise düşünülmesi ve yönetimi yapılması gereken diğer sorunları da içeren açık bir problem listesi, aile hekiminin rolünü kolayca gözönüne serer Herhangi bir verinin gözden geçirilebilmesi ve hızlı, doğru ve faydalı bir biçimde derlenmesi için okunabilirliği şarttır. Bu, hastaların sağlık durumunun tam olarak ve hızla gözden geçirilmesini sağlar. Hekimin el yazısı yıllar içerisinde hızlı not tutmanın ürünü olarak okunmaz olmuştur. Bu da etkin iletişim ve iyi kayıt için büyük bir engel oluşturur. Bu sorun, şimdilerde artan sayıda hekimin, progres notlarını daktilo ettirmesi ile aşılmıştır.

Okunabilirliğin iyileştirilmesi, grup halinde çalışılan merkezler için de bir avantajdır. Okunmayan kayıtlara mahkemede güvenilmez. Hekimlerin kendi notlarını okuyamaması utanç vericidir. Çünkü hakim okunamayan kaydın kullanılmayacağını düşünecektir. Buna ek olarak, organize olmayan ve okunamayan kayıt, hekimin hasta bakım kalitesinin sorgulanmasına neden olacaktır. Anlaşılabilir ve doğru tıbbi kayıt iyi bakımı sembolize eder ve hekimin kaliteye önem verdiğini gösterir ki bu organize bir bakım planında istenen bir özellik olmuştur.

2.10. Amerikan Aile Hekimliği Konseyi ve Ulusal Kalite Sağlama Komitesi'nin

Önerdiği Kayıt Sistemi

Amerikan Aile Hekimliği Birliği'nin önerilerine göre hasta kayıtları anlaşılır olmalı ve hastanın genel sağlık durumuyla birinci basamak hekimleri, konsültanlar ve yabancı sağlık personeli için yeterli ve hızlı bir bakış sağlayabilmelidir. ²

A-Kayıtlar okunabilir olmalıdır.

B-Hasta ile ilgili bilgiler

1- Hastanın profili

- Yaş (doğum tarihi)
- Cinsiyet
- Meslek
- Eğitim
- Ekonomik durum
- Aile yapısı
- Aktivite durumu
- Ağırlığı
- Boyu
- Alışkanlıkları
- Kan basıncı

2- Olası risk faktörleri hakkında bilgi

- Ailesel ve genetik hastalık öyküsü
- Alkol ve içki alışkanlıkları
- Sigara alışkanlığı

- Çevresel riskler
- Yaşam tarsi
- Stres faktörleri

3- Varlığı veya yokluğu mutlaka belirtilmesi gereken özel durumlar

- Alerji
- İlaç etkileşimi ve intoleransı

4- Geçmiş öykü hakkında bilgiler

- Geçirdiği hastalıkları
- Geçirdiği ameliyatları
- Mevcut olan küçük sorunları

5- Açık ve kolaylıkla tanımlanan bilgiler

- Primer sorunlar
- İlgili ve diğer sorunlar
- Hastanın aldığı diğer ilaçlar
- Aşılama durumu
- Laboratuar ve röntgen sonuçları

6- Aşağıdaki konularda iyi organize edilmiş klinik gelişmelerin uygun kaydı olmalı ve bu kayıtlara ulaşılabilmelidir.

- Hastanın sağlık durumu
- Hastanın sorunları hakkında gözlemler
- Tartışma
- Testler

7- Aşağıdaki konularda kolayca anlaşılabilir ve açık bir şekilde bilgi olmalı ve ulaşılabilmelidir.

- Hastanın sağlık bakımında her bir sorunu için tedavi ve yönetim planı
- Her sorun için sağlık eğitim

Bu konuda Amerikan Ulusal Kalite Sağlama Komitesi'nin öngördüğü şartlar ise Őunlardır:

1. Hasta kaydındaki her sayfada hasta adı veya dosya numarası bulunmalıdır.
2. Kişisel/biyografik bilgiler içerisinde hastanın adresi, iş vereni, ev ve iş telefonları ve evlilik durumu bulunmalıdır.
3. Her türlü tıbbi kaydın başına kimin tarafından kaydedildiği yazılmalıdır.
4. Kayıtların hepsinde tarih bulunmalıdır.
5. Kayıtlar okunaklı olmalıdır.
6. Problem listesinde önemli tıbbi durumlar ve hastalıklar belirtilmelidir.
7. İlaç alerjileri ve yan etkileri belirgin bir şekilde kaydedilmelidir. Eğer bu konuda bilgi yoksa bilgi olmadığı da yazılmalıdır.
8. Özgeçmişte önemli kazalar, ameliyatlar ve hastalıklar yazılmalıdır.
9. 14 yaşı n üzerindeki hastalar için sigara, alkol ve madde kullanımını sorgulanmalıdır.
10. Hikaye ve fizik muayenede hastanın başvuru nedeniyle ilgili yeterli bilgi bulunmalıdır.
11. Laboratuvar ve diğer testler uygun bir şekilde kaydedilmelidir.
12. Tanılar bulgularla uyumlu olmalıdır.
13. Tedavi planı bulgularla uyumlu olmalıdır.
14. Takiple veya bir sonraki muayeneye ilgili not bulunmalıdır.
15. Bir önceki görüşmede çözümlenmemiş sorunlar sonraki görüşmede ele alınmalıdır.
16. Yetersiz ve aşırı konsültan kullanımı gözden geçirilmelidir.
17. Konsültasyon istenmişse konsültan notu da dosyada bulunmalıdır.
18. Konsültasyon, laboratuvar ve görüntüleme raporları yeniden incelenmesi mümkün olacak şekilde dosyalanmalıdır.
19. Hasta, tanı veya tedavi amacı ile gereksiz riske maruz bırakılmamalıdır.
20. Aşılama kaydı bulunmalıdır.
21. Koruyucu hizmetler ve kurumun uygulamaları doğrultusunda kaydedilmelidir.¹²

2.11. Uluslararası Hastalık Sınıflandırması Versiyon-10 (ICD-10)

"Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması", İngilizce olarak " International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems " ya da kısaca "ICD" olarak kullanılan tanımlamanın dilimizdeki karşılığıdır. Bir hastalık sınıflandırması, hastalık isimlerinin kesin kriterlere göre bir araya getirilmesinden oluşan bir kategoriler sistemi olarak tanımlanabilir. Tamamen teorik açıdan bakılırsa, hastalıkları çeşitli eksenlerde, örneğin etkilenen vücut kısmına (topografi), nedene (etiyoloji), dokudaki patolojik değişikliğin tipine (morfoloji) ya da sonuçta ortaya çıkan fonksiyonel anormalliğe göre sınıflandırmak mümkündür. Fakat pratikte, hastalıkların vücudun birden fazla bölümünü etkileyebilmeleri, bazı hastalıkların nedeninin bilinmemesi ve bazı patolojik değişikliklerin özgün olmaması gibi nedenlerle hiçbir eksen tek başına yeterli değildir. Alternatif olarak, her bir hastalığın birkaç eksene göre sınıflandırıldığı, çok eksenli bir sınıflandırma yapılabilir ancak bu durum hastalığın tüm kriterlere göre tanımlanmasını gerektireceğinden kullanımı zorlaştırır.

Hastalıkların istatistiksel sınıflandırması, hastalık verilerinin, kullanıcı tarafından kolayca değerlendirilip incelenebileceği bir formda sunulmasını gerektirir. O halde, kullanışlı ve anlaşılır bir bilgi elde edebilmek için, hastalıkların sistemli ve anlamlı bir şekilde düzenlenmesi gereklidir. Bu amaçla, tamamen teorik bir yaklaşım yerine pratik bir yaklaşımda bulunmak en uygun yoldur ve ICD'nin geliştirilmesinde bu yaklaşım göz önüne alınmıştır.

ICD, istatistiksel bir sınıflamadır. ICD'nin getirdiği istatistiksel sınıflama ile tıp kitaplarında bölüm başlarında bulunan hastalık sınıflandırmaları arasındaki ayrımı belirlemek gerekir. Burada, genellikle birbiri ile karıştırılabilecek durumlarla etkenlerinin farklılığına göre düzenlenmiş bir hastalık grubu değerlendirilir. İstatistiksel sınıflamada ise birbirine benzer hastalık veya durumlar bir araya getirilip, taşıdıkları öneme göre sınıflandırılmaktadır. Buna ek olarak, her hastalık için o hastalığa özgü bir kod kullanılmaktadır. ICD, bu yapısı sayesinde, gerek sağlık hizmetlerinin yönetimi gerekse epidemiyolojik çalışmalarda kullanım kolaylığı sağlamaktadır. Hasta takibi, hasta kayıt ve arşivlerinin tutulması ve bunlara erişim, kaynak yönetimi gibi idareye yönelik kullanımının yanı sıra hastalıklarla ilgili istatistiksel çalışmalar ve uluslararası niteliği sayesinde ülkeler arasında sağlıkla ilgili karşılaştırmalar yapma olanağı da

sağlamaktadır. Buradan da anlaşılacağı üzere ICD'nin önemli bir fonksiyonu da hastalıklara uluslararası ortak bir dil kazandırmaktadır. Bunlara ek olarak ICD, hastalık ve ölüm kodlamalarında getirdiği bazı uluslararası kural ve hatırlatmalarla hastalık tanısının yazılması ya da ölüm nedeninin belirtilmesinde kayıtların mümkün olduğu kadar doğru tutulması konusunda dolaylı bir katkıda da bulunmaktadır.

Hastalıklarla ilgili istatistik çalışmalarının geçmişi 300 yıl öncesine kadar dayanmaktadır. İlk etkin çalışma 17. yüzyılın sonunda İngiltere'de John Graunt'un hazırlanmış olduğu ölüm verileri ile ilgili London Bills of Mortality adlı çalışmadır. Graunt bu çalışmasında, ölüm kayıtlarında ölen kişilerin yaşlarının yazılmadığı tarihlerde, 6 yaşın altında ölen çocukların oranını hesaplamaya çalışmış ve o günün koşullarına göre oldukça iyi bir tahminde bulunmuştur. Graunt bu hesaplamayı yaparken, ölüm nedenlerinin çocuklar için de benzer olduğu varsayımından hareket etmiştir.

Hastalıkların sistematik bir şekilde sınıflandırılması ile ilgili gelişmeler ise 18. yüzyılda başlamıştır. Bugünkü mevcut sınıflamanın yapısı büyük ölçüde İngiltere Genel Kayıt Bürosu'nda ilk tıbbi istatistik uzmanı olarak çalışan William Farr'ın çalışmalarına dayanmaktadır. Yüzyılın ikinci yarısında çalışmalar hastalık terminolojisi ve bunların kullanımında uluslararası birlikteliğin sağlanmasına odaklanmıştır. Bu dönemlerde dikkati çeken üçüncü bir nokta da hastalıkların istatistiksel sınıflamasının uluslararası önemi olmuştur.

Uluslararası İstatistik Enstitüsü, 1891 yılında Jacques Bertillon başkanlığında ölüm nedenleri ile ilgili yeni bir sınıflama hazırlanması için bir komite kurmuş, bu komitenin yapmış olduğu çalışmalar 1893 yılında tamamlanmış ve önerileri Enstitü tarafından kabul edilmiştir. Sınıflama, genel hastalıklar ile belli bir organ ya da anatomik bölgeye özgü hastalıkların birbirinden ayrılması ilkesine dayanmaktadır. Bu çalışma başlangıçta "Bertillon Ölüm Nedenleri Sınıflaması" olarak adlandırılmış ve birçok Avrupa, Kuzey ve Güney Amerika ülkelerinde kullanılmaya başlanmıştır.

Fransa hükümeti 1900 yılında, Ölüm Nedenleri Uluslararası Sınıflamasının (Bertillon Ölüm Nedenleri Sınıflaması) revizyonu için çağrıda bulunmuş ve bu girişim yaklaşık 10 yılda bir yapılan revizyon konferansları serisini başlatmış ve bugün onuncu revizyon olan ICD-10'a kadar ulaşılmıştır. 1948 yılında kurulan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 6. Konferans'tan bu yana Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması'ndan sorumlu olmuştur.

Bu tarihsel gelişim süreci içinde, bazı dönemlerde ICD yapı ve içeriğinde önemli değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Bunlardan birincisi, önceleri sadece ölüm nedenlerini kapsayan sınıflamaya hastalık nedenlerinin de dahil edilmesidir. 1938 yılında yapılan 5. Konferans'ta morbidite istatistikleri için hastalık sınıflamasına olan gereksinim dile getirilmiş ve 1948 yılındaki 6. Konferans "Ölüm Nedenleri ve Hastalıkların Uluslararası Listesi"nin revizyonu amacıyla toplanmıştır. Bu konferansta hem mortalite hem de morbidite ile ilgili kapsamlı bir liste kabul edilmiştir. Bununla beraber ölümün temel nedenini seçmede uluslararası kurallar getirilmiş, hayati istatistikler ve sağlık istatistikleri alanında uluslararası işbirliğinin sağlanması konusunda önerilerde bulunulmuştur. Yine önemli değişikliklerin ikincisi 1975 yılında kabul edilen 9. revizyonda gerçekleşmiştir. Bu değişiklikler, daha spesifik kodlama için belli bazı kodlara isteğe bağlı beşinci basamağın dahil edilmesi, neoplazmların morfolojileri ile ilgili ayrı bir kod grubu (M kodları) oluşturulması, bazı tanısal durumlarda isteğe bağlı çift kodlama sisteminin getirilmesi ve akıl hastalıkları ile ilgili her bir kategorinin içeriğinin açıklanmasıdır. Bu sonuncusunun nedeni, akıl hastalıklarında uluslararası kabul görebilecek bir terminolojinin bulunmasındaki güçlülüdür. ICD-9 kitapçığı 1977/78 yıllarında basılmış ve pek çok ülkede kullanıma girmiştir.

Üçüncü önemli değişiklik, 1989 yılında Cenevre'de toplanan 10. Uluslararası Konferans'ta kodlama sisteminde yapılan köklü değişikliktir. DSÖ 1991 yılında ICD-10'un yayınlanmasını kabul etmiş, 1994 yılında da uygulamaya geçirilmesini planlamıştır. ICD-10, daha önceki revizyondan (ICD-9) üç temel farklılık taşımaktadır:

- Cilt sayısı ikiden üçe çıkarılmıştır.
- Birinci ciltte hastalık kodlarının yer aldığı bölüm sayısı 17'den 21'e çıkarılmıştır.
- Numerik kod yerine alfanumerik kodlama yapısı getirilmiştir.

ICD-10 kodlarında birinci basamakta kullanılabilecek 26 harften 25'i kullanılmıştır. "U" harfi ile başlayan kod yoktur, bunlardan U00-U49 arası kodlar, yapılan revizyon kesinleşinceye kadar olabilecek ilaveler ve revizyonlar arasında ulusal ya da uluslararası düzeyde ortaya çıkabilecek zorluklarda geçici kodlamalar için, U50-U99 arası kodlar ise yerel araştırmalarda kullanılmak üzere boş bırakılmıştır.¹³

2.12.ICPC-2 (International Classification of Primary Care Second Edition Plus)

Birinci basamak araştırmalarındaki veri toplama işlemleri 1970'lere kadar çoğunlukla ICD kullanılarak sınıflandırılmaktaydı. ICD'nin yapı olarak hastalıkları temel alması ve orijinal mortalite istatistiklerini kaydetmesi, birçok semptomun ve hastalık dışı durumların görüldüğü birinci basamakta kodlama zorluklarına neden olması ile The International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC), Dünya Aile Hekimleri Birliği (Wonca) ve Amerikan Hastaneler Birliği (American Hospital Association (AHA) tarafından ICD-8 temel alınarak, 1972 yılında geliştirilmeye başlanmış ve 1975 yılında yayınlanmıştır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri için tamamlanmış bir sınıflandırma veya kodlama sistemi yoktur. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM- IV) sınıflandırması, Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından ICD'den derlenerek geliştirilen ve idame edilen bir kodlama sistemidir. DSM-IV, mental hastalıkların tanımlamaları ve tanı kriterlerini de içeren; tanı konulması, tedavi, eğitim, araştırma ve yönetsel amaçlarla kullanılan bir kodlama sistemidir. ICD'den derlenen bir diğer kodlama sistemi olan International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O); neoplastik oluşumların, yeri, huyu ve morfolojik yapılarına göre sınıflandırılmalarında kullanılan bir kodlama sistemidir. International Classification of Impairments, Disability and Handicaps (ICIDH) kodlama sistemi ise WHO tarafından, sakatlık, engellilik ve özürlülüğün sınıflandırılması için geliştirilmiştir. Bu üç ana sistem için de farklı merkezlerde "kodlama" süreci devam etmektedir; ICPC (Hollanda), Read Kodları (İngiltere) ve SNOMED Systematized NOmenclature of MEDicine Clinical Terms (SNOMED CT) (Kanada). Güçlü ve zayıf yönleri olan ve rekabet içindeki bu sistemler farklı ülkelerde kullanılmaktadır. Tüm sistemlerin gelişimi devam etmektedir.

ICPC, WONCA Sınıflandırma Komitesi tarafından oluşturulmuş, birinci basamak sağlık hizmetleri için geliştirilmiştir. İlk önce ICD yapısına dayalı olarak ICHPPC oluşturulmuştur. 1979'da geliştirilen ICHPPC-2 de birinci basamakta karşılaşılan pek çok hastalık ve semptom için uygun ve yeterli olamamıştır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde sınıflandırmanın genel özellikleri şunlardır: Hasta merkezli bakımı desteklemeli, birinci basamak sağlık hizmetlerinde karşılaşılan semptom ve hastalıkların geniş spektrumuna yanıt verebilmeli, eşanlımlı olmayan zengin bir sözlüğe sahip olmalı, yapısal temeli olmalı, hizmet özelliklerinde kolaylıkla

veri toplanabilmeli, olası tüm birinci basamak alanlarında kullanılabilir olmalı, multilingual ve multikültürel olmalı, veri analizleri ve veri toplamayı destekliyor olmalıdır.

Bu özelliklerle karşılaştırıldığında ICPC, probleme dayalı tıbbi kayıt yapısı ve iki eksenli sınıflaması ile bazı güçlü ve zayıf yönleri sahiptir. ICPC; uluslararası, multilingual, kolay kullanılabilir, hasta merkezli, birinci basamak için özgül, geliştirilebilir, epidemiyolojik araştırmalar, hasta hakları ve sorumluluklar, komorbidite, takip aralıkları ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin geniş spektrumu açısından uygundur. ICPC'nin zayıf yönleri; geniş hastalık ve hastalık tanılarına yanıt verememesi, eşanlı listelerin ve ayrıntı düzeyinin sınırlı olması, diğer kodlarda geniş haritalamanın olmaması, klinik hasta bakımı veya uygulama ihtiyaçları için tam bir kodlamaya sahip olmaması, pek çok sorunun anlamsız kodlarla bitmesi (F99 Gözün diğer hastalıkları gibi), kodlamaların nedenlerinde veri karşılaştırmasının zor olmasıdır. 1993 yılında, WONCA International Classification Committee (WICC) ICPC-2 üzerinde çalışmaya başladı. İlk hedefleri ICHPPC-2 içerdiği eski kriterleri ICPC'ye yerleştirerek genişletmekti. Ancak kullanıcılar için tanı kriterleri değil, sınıflandırma kriterleri gerçekçi değildi. Ayrıca ICD-9 ile karşılaştırmaya uygun değildi. Her bir ICPC sınıfına ICD-10 ile karşılaştırmalı eklemeler yapılarak aile hekimliği için indirekt olarak tanı uygulamaları desteklenebildi. 1995 yılında ICPC Plus yayınlandı. 1998 yılı Nisan ayında ICPC-2 Plus7 yayınlandı. Bu yayının ardından hızlı bir şekilde, İngilizce olarak elektronik versiyonu oluşturuldu (ICPC2-E). Bugün ICPC-2 kodlamasının Oxford Üniversitesi tarafından yayınlanan kitapçığı 31 dilde çevirisini de kapsamaktadır.

ICPC2-E'nin en önemli kullanım alanları, yeni bilgisayar tabanlı hasta kayıtları ve bakım epizotlarının oluşturulmasıdır. Bu ikisi yakın ilişkili olup birinci basamakta ve aile hekimliğinde hasta verilerinin oluşturulması için ilkeler geliştirir. Bakım epizodu, bir sağlık sorunu nedeniyle kişinin ilk başvurusuyla, bu sorunun tamamen geçmesine kadar olan süreçtir. ICPC-2 yapı olarak iki eksenlidir. Birinci ekseninde 17 bölümden oluşan vücut sistemleri, ikinci ekseninde ise iki basamaklı sayıdan oluşan, numerik kodlar bulunmakta ve yedi benzer komponent içermektedir. Bu yedi komponent ;

1. Şikayet ve semptom
2. Teşhise yönelik, tarama ve koruyucu
3. Medikasyon, tedavi, prosedürler
4. Test sonuçları
5. İdari

6. Sevk ve diğ er başvuru nedenleri

7. Teş his/hastalık

Verilerin manuel kodlanmasını basitleştiren ve hekim tarafından kullanımını kolaylaştıran ve ezberi kolaylaştıran özelliğ i mevcut olup kodlar üç haneli, başlıklar ICD–10 başlıklarına uygun ve kısadır. Kullanımda organ, sistem veya bölümlere göre doğru alfa kodu seçilip belirti, tanı veya uygulamaya uyan, iki rakamlı numerik kod seçildikten sonra kodlama iş lemi yapılır. Numerik kodlar 1’den 99’a kadardır. 1’den 29’a kadar olanlar semptom/ş ikayet, 30’dan 69’a kadar olanlar(giriş imler, ilaç yazımı, sevk vb.) ve 70’den 99’a kadar olan kodlar ise tanılarla ilgilidir.¹⁴

2.13. Türkiye'de Tıbbi Kayıtların Durumu

Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi arasında yapılan protokol ile DSÖ tarafından tüm dünyada uygulanması amaçlanan “Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması”nın “Avustralya Uyarlaması” olan ICD–10-AM eğitimine ilk olarak başlanmıştır.¹⁵

Sonra ICD-10 web sayfası oluşturulmuştur. Ş u an dört basamaklı tanılar, listeler, indeksler ve kullanım kurallarını içeren metinler ulaşılabilir durumdadır. İletişim, sorun çözüme ve kısmen eğitim için bir web sitesi ile bir mail adresi kullanımdadır. Hastanelerde kodlamalar, basit arama bulma araçları ile yapılabilmektedir. Birçok sağlık merkezinde otomasyonda sık kullanılanlar listesi mevcuttur. Devlet Hastaneleri’nde bazı servislerde 20–50 kod içeren ve yardımcı sağlık personeli tarafından (hemşire, tıbbi sekreter) kullanılan listeler bulunmaktadır. Eğitim hastanelerinde asistanlar kendi oluşturdukları listeleri kullanmakta fakat kodlama kuralları iyi bilinmediğ inden hatalı kodlamalar olmaktadır. “Diğ er” açıklamalı kodlar sık kullanılmaktadır. ICD-10’un bu haliyle kullanımı bile, hastanelerin karşılaştırılmasına imkan tanımaktadır. Eğitim ile uygulama kuralları daha da yaygınlaştırılacaktır. Veri toplama için standartlar, minimum veri seti ve veri toplama alt yapısı oluşturulup daha da geliştirilecektir. Eğitim kitapçıkları basılmalı ve ICD–10 ile ilgili eğitimler; tıp, diğ hekimliğ i, hemşirelik, sağlık meslek yüksek okullarının müfredatına eklenmelidir. ICD–10 ile ilgili verileri değ erlendirip, sağlık politikaları haline dönüştürecek birimler geliştirilmelidir.¹⁶

2.14. Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Kullanılan Kayıtlar

Birinci basamak Sağlık merkezinde çalışan sağlık personelinin tutacağı kayıtlar formlar şeklinde düzenlenmiştir.¹⁶Sağlık merkezinde kullanılacak kayıt formları ile bunların nasıl kullanılacağı, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan “Veri Toplama ve Bildirim Formları Kullanım Kılavuzu” ile belirlenmektedir.¹⁷

Bu kayıtların neler olacağı, sağlık hizmetlerindeki gelişmeler ve uygulamaya konulan hizmet programları dikkate alınarak; zaman zaman gözden geçirilerek yeniden düzenlenmektedir. Bütün birinci basamak sağlık merkezlerinde doldurulması gereken bilgi formları aynı olduğundan, ülke düzeyinde toplanan bilgiler de temelde standardize edilmiş olurlar. Bazı illerde, sağlık müdürlükleri gerekli gördükleri ek bilgileri de sağlık merkezlerinden istemektedirler. Sağlık merkezlerinden toplanan bilgiler bir ili, illerden toplanan bilgiler de ülkeyi yansıtır. Sağlık merkezlerinde ne kadar iyi kayıt tutulursa, ülke hakkında o kadar doğru ve geçerli bilgiler elde edilmiş olur.¹⁸

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Grubunun Seçimi

Çalışma grubu olarak Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Merkez Polikliniği'ne 2012 ve 2013 yıllarında başvuran 6062 kişinin dosyaları retrospektif olarak incelendi.

3.2. Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Merkez Polikliniği

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Merkez Polikliniği, Atakum İlçesi'ne bağlı Ondokuz Mayıs Üniversitesi Kurupelit yerleşkesindedir. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin A katında, Aile Hekimliği Anabilim Dalı içerisinde bulunmaktadır. Giriş kısmında hastaların müracat ettikleri, hasta kayıt kabul bürosu; biri periyodik sağlık muayenesi için olmak üzere iki adet poliklinik odası; öğretim üyelerine ait odalar; asistan odası, intörn doktorların ve asistanların eğitimi için kullanılan eğitim salonu, kütüphane, çay ocağı bulunmaktadır. Poliklinik odalarında; muayene masaları, tansiyon ölçüm cihazları, otoskop, oftalmoskop, ateş ölçer ve hasta verilerini içeren bilgisayarlar bulunmaktadır.

Aile Hekimliği asistanları hastanedeki rotasyonlarını tamandıktan sonra Aile Hekimliği Polikliniğinde çalışmaktadırlar. Polikliniklerden her ay bir öğretim üyesi sorumlu olmaktadır. Hastalar günlük başvuru yoluyla muayene olmaktadır. Sosyal sağlık güvencesi olanlar ücretsiz muayene olabilmekte, güvenceleri olanlara resmi reçete yazılabilmekte ve laboratuvar incelemeleri yapılabilmektedir.

3.3. Veri Toplama

Veriler bilgisayar ortamına, “Nucleus V9.12.109”¹⁹ programı ile aktarıldı(Ek 1). Her dosya için; hastanın adı-soyadı, hasta numarası, cinsiyeti, yaşı, başvuru yılı, geldiği il, uyuğu, sosyal sağlık güvencesi olup olmadığı kontrol edildi; ikinci aşamada hastanın tanıları, tarihleri ile birlikte ICD-10'a göre kodlandı (Ek 2).

3.4. Dosya Kayıtlarından Bilgisayar Ortamına Veri Giriş

Tetkik istemi nedeniyle başvuran hastaların tanıları “laboratuvar muayenesi” olarak kodlandı.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Nucleus V9.12.109¹⁹ programına girilen veriler önce Excel formatına çevrildi. Veriler; SPSS Statistcs Version 20.0 paket program yardımıyla sayı ve yüzde olarak değerlendirildi. Bu verilerin minimum-maksimum ve tutarlılık hata kontrolleri yapıldı.

İstatistiksel analizde t-testi ve ki- kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel açıdan anlamlılık düzeyi, ki-kare testiyle bulunmuştur. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Merkez Polikliniği'ne 2012 ve 2013 yıllarında başvuran kişilerin dosyalarının retrospektif olarak incelenmesi ve sağlık hizmet profilinin ortaya konulması planlanan bu çalışmada, veriler beş ana başlık altında analiz edilmiştir.

4.1. Çalışmaya Giren Kişilerin Sosyodemografik Bilgileri

4.2. Aile Hekimliği Merkez Polikliniği'nin 2012 ve 2013 Yıllarına Ait Başvuru Dağılımı

4.3. Aile Hekimliği Merkez Polikliniği'ne Başvuranlara Konulan Tanılar

4.4. Aile Hekimliği Merkez Polikliniği'ne Başvuranların Geldiği Yerlere Göre En Sık Aldığı Tanılar

4.5. Aile Hekimliği Merkez Polikliniği'ne Başvuranların Tanılarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

4.1.Çalışmaya Giren Kişileri Sosyodemografik Bilgileri

İncelenen 6062 hasta dosyasından 2636'sı erkek; 3426'sı ise kadın hastalara aitti. 6005'i T.C. uyruklu, 57'si yabancı uyrukludur.

Tablo 1. Hastaların Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre Dağılımı

Yaş Grupları	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	% *	n	% *	n	% **
0-4	14	0,5	13	0,4	27	0,4
5-9	12	0,5	12	0,4	24	0,4
10-14	24	0,9	36	1,1	60	1,0
15-19	456	17,3	581	17,0	1037	17,1
20-24	820	31,1	1117	32,6	1937	32,0
25-29	277	10,5	404	11,8	681	11,2
30-34	274	10,4	319	9,3	593	9,8
35-39	184	7,0	207	6,0	391	6,5
40-44	139	5,3	161	4,7	300	4,9
45-49	117	4,4	163	4,8	280	4,6
50-54	104	3,9	134	3,9	238	3,9
55-59	91	3,5	95	2,8	186	3,1
60-64	51	1,9	75	2,2	126	2,1
65-69	31	1,2	42	1,2	73	1,2
70-74	20	0,8	28	0,8	48	0,8
75-79	13	0,5	22	0,6	35	0,6
80-84	5	0,2	9	0,3	14	0,2
85-89	3	0,1	6	0,2	9	0,1
90-94	1	0,0	2	0,1	3	0,0
Toplam	2636	43,5	3426	56,5	6062	100

*Satır Yüzdesi **Sütun yüzdesi $\chi^2 = 14,17$ SD= 18 p= 0,7

Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran hastaların genel yaş ortalaması $30,2 \pm 14,1$ olup %1,8'inin 0-14 yaş grubunda olduğu; %95,2'sinin 15-64 yaş grubunda olduğu, 65 yaş ve üzeri gruptaki hastaların oranının %2,9 olduğu saptanmıştır. 15-64 yaş grubunun içinde, %32,0 ile en fazla 20-24 yaş aralığında olanlar dikkat çekmektedir. Yine ayrıca başvuruların %56,5'inin kadın olduğu tespit edilmiştir.(Tablo 1).

Tablo 2. Hastaların Sosyal Güvence Tipi ve Dağılımı

Kurum tipi	Kişi Sayısı	%
SGK	5717	94,3
ÜCRETLİ	317	5,2
RESMİ KURUM	17	0,3
BANKALAR	8	0,1
SAĞLIK TURİZMİ	2	0,0
YEŞİLKART	1	0,0
TOPLAM	6062	100

Çalışmamızda 6062 hastanın; 5717'si (%94,3) SGK'lı , 317'si (%5,2) ücretli, 17'si (%0,3) Resmi Kurum güvencesiyle başvurmuş olup, 1 kişi de Yeşil Kartlı olarak başvuru yapmıştır. Ayrıca 3791 kişinin çalışan, 1808 kişinin de emekli olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2).

Tablo 3. Başvuranların En Sık Geldiği İllerin Cinsiyete Göre Dağılımı

Geldiği il	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%**
Samsun	2223	43,1	2932	56,9	5155	85
Ordu	76	44,4	95	55,6	171	2,8
Amasya	40	48,2	43	51,8	83	1,4
İstanbul	30	39,5	46	60,5	76	1,3
Ankara	24	40,7	35	59,3	59	1,0
Sinop	28	48,3	30	51,7	58	1,0
Tokat	20	37,1	34	62,9	54	1,0
Çorum	15	39,5	23	60,5	38	0,6
Giresun	16	42,1	22	57,9	38	0,6
Trabzon	14	45,1	17	54,9	31	0,5
Diğer iller	150	50,2	149	49,8	299	4,9
Toplam	2636	43,5	3426	56,5	6062	100

*satur yüzdesi

**sütun yüzdesi

Başvuranların en sık geldiği yerler; birinci olarak 5155 kişiyle (% 85) Samsun'dan, ikinci olarak 171 kişiyle (%2,8) Ordu'dan, üçüncü olarak 83 kişiyle (% 1,4) Amasya'dan geldiği saptanmıştır. En az sıklıkla da 31 kişiyle (% 0,5) Trabzon'dan geldiği saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 4. Başvuranların En Sık Geldiği Bölgelerin Cinsiyete Göre Dağılımı

Geldiği Bölge	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%**
Karadeniz Bölgesi	2483	43,5	3215	56,5	5698	94,0
Karadeniz Dışı Bölgeler	170	46,7	194	53,3	364	6,0
Toplam	2653	43,7	3409	56,3	6062	100

*satur yüzdesi

**sütun yüzdesi

Başvuranların en sık geldiği bölge 5698 kişiyle (% 94,0) Karadeniz bölgesinden olup, en az geldiği bölgeler ise 364 kişiyle (%6,0) Karadeniz dışı bölgelerdir (Tablo 4).

Tablo 5. Başvuranların En Sık Geldiği Ülkelerin Dağılımı

Uyruğu	Kişi Sayısı	%
Türkiye	6005	99,0
Azerbaycan	12	0,2
İran	6	0,1
Tanzanya	4	0,1
Filistin	5	0,1
Afganistan	5	0,1
Somali	3	0,1
Bulgaristan	2	0,0
Etiyopya	2	0,0
Türkmenistan	2	0,0
Diğer Ülkeler	16	0,3
Toplam	6002	100

Çalışmamızda 6062 hastanın; 6005'i (%99'u) T.C uyruğundan olup 57'si (%1) T.C dışı uyrukludur (Tablo 5).

4.2. Aile Hekimliği Merkez Polikliniği'ne 2012 ve 2013 Yıllarında İlk Başvurularını Yapan Kişilerin Başvurularının Yıllara Göre Dağılımı

Tablo 6. Başvuruların Yıllara Göre Dağılımı

Başvurular	2012	2013
İlk Defa Başvuru	3278	2784
Tüm Başvuru	4242	4684

2012 ve 2013 yıllarına ait toplam 8928 başvuru yapılmıştır. Bu başvuruların 4242'si 2012 yılına ait olup, 4684' 2013 yılına aittir. 2012 yılında ilk defa başvuranların sayısı 3278 iken, 2013 yılında ilk defa başvuranların sayısı 2784'tür (Tablo 6).

4.3.Aile Hekimliği Merkez Polikliniği'ne 2012 ve 2013 Yıllarında Başvuranlara Konulan Tanılar

Tablo 7. Birinci Başvurudaki Tanıların Dağılımı

Sıra No	Tanılar	Tanı ICD-10	n	%
1.	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları, Birden Fazla ve Tanımlanmamış Yerlerin	J06	1678	27,7
2.	Laboratuvar Muayenesi	Z01.7	1448	23,9
3.	Anemi, Tanımlanmamış	D64.9	509	8,4
4.	Abdominal Ağrı, Pelvik Ağrı, Akut Batın, Üst Karın Ağrısı, Bağırsak Gazı, Diğer	R10	475	7,8
5.	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları, Tanımlanmamış	J22	326	5,4
6.	Üriner Sistemin Diğer Bozuklukları, Üriner Sistem Enfeksiyonu	N39	175	2,9
7.	Fonksiyonel Bağırsak Bozuklukları, Kabızlık, Fonksiyonel Diyare, Nörojenik Bağırsak, Mega Kolon, Anal Spazm, Diğer	K59	135	2,2
8.	Lumbal ve İntervertebral Disk Bozuklukları	M51	100	1,6
9.	Hipertansiyon, Önceden Mevcut Olan, Gebelik, Doğum ve Lohusalıkta Devam Eden	I10	99	1,6
10.	İnsülin Bağımlı Olmayan Diyabetes Mellitus	E11	77	1,3
11.	Gastrit, Tanımlanmamış	K29.7	60	1,0
12.	Tiroid Bezi Bozuklukları ve Benzer Durumlar	E01	60	1,0
13.	Yumuşak Doku Bozuklukları, Başka Yerde Sınıflanmamış, Miyalji, Romatizmal Hastalıklar, Nöralji	M79	55	0,9
14.	Gastro-özofajial Reflü, Özofajitsiz	K21.9	54	0,9
15.	Deri ve Subkutan Dokunun Lokal Enfeksiyonları, Tanımlanmamış	L08.9	50	0,8
16.	Anksiyete Bozuklukları, Diğer	F41	49	0,8
17.	Artropatiler Diğer Tanımlanmış, Başka Yerde Sınıflanmamış	M12.8	32	0,5
18.	Lipoprotein Metabolizması Bozuklukları ve Diğer Lipidemiler	E78	31	0,5
19.	Benign Neoplazmlar		31	0,5
20.	Migren, Tanımlanmamış	G43.9	30	0,5
21.	Diğer Tanılar		548	9,0
22.	Toplam		6062	100

Birinci başvuruda en sık konulan tanıları sırasıyla; akut üst solunum yolu enfeksiyonları, laboratuvar muayenesi, anemi olarak bulunurken; migren en az konulan tanı olarak bulunmuştur (Tablo7).

Tablo 8. Tüm Başvurularda (n=8928) En Sık Konulan İlk 20 Tanının Dağılımı

Sıra No	Tanımlar	ICD-10	n	%
1.	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları, Birden Fazla ve Tanımlanmamış Yerlerin	J06	2388	26,7
2.	Laboratuvar Muayenesi	Z01.7	1957	21,7
3.	Anemi, Tanımlanmamış	D64.9	774	8,7
4.	Abdominal Ağrı, Pelvik Ağrı, Akut Batın, Üst Karın Ağrısı, Bağırsak Gazı, Diğer	R10	612	6,9
5.	Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu, Tanımlanmamış	J22	401	4,5
6.	Üriner Sistemin Diğer Bozuklukları, Üriner Sistem Enfeksiyonu	N39	241	2,7
7.	Fonksiyonel Bağırsak Bozuklukları, Kabızlık, Fonksiyonel Diyare, Nörojenik Bağırsak, Mega Kolon, Anal Spazm, Diğer	K59	207	2,3
8.	Hipertansiyon, Önceden Mevcut Olan , Gebelik, Doğum ve Lohusalıkta Devam Eden	I10	190	2,1
9.	Lumbal ve İntervertebral Disk Bozuklukları	M51	164	1,8
10.	İnsülin Bağımlı Olmayan Diyabetes mellitus	E11	134	1,5
11.	Tiroid Bezi Bozuklukları, Benzer Durumlar	E01	117	1,3
12.	Yumuşak Doku Bozuklukları, Başka Yerde Sınıflanmamış, Miyalji, Romatizmal Hastalıklar, Nöralji	M79	110	1,2
13.	Gastrit, Tanımlanmamış	K29.7	104	1,2
14.	Deri ve Subkutan Dokunun Lokal Enfeksiyonları, Tanımlanmamış	L08.9	100	1,1
15.	Gastro-özofajial Reflü, Özofajitsiz	K21.9	97	1,1
16.	Anksiyete Bozuklukları, Diğer	F41	88	1,0
17.	Benign Neoplazmlar		66	0,7
18.	Lipoprotein Metabolizması Bozuklukları ve Diğer Lipidemiler	E78	60	0,7
19.	Migren, Tanımlanmamış	G43.9	51	0,6
20.	Depresif Nöbet	F32	49	0,5
21.	Diğer Tanılar		1018	11,4
22.	Toplam		8928	100

Tüm başvurular (toplam 8928 başvuru) incelendiğinde en sık konulan tanımlar sıklık sırasına göre; akut üst solunum yolu enfeksiyonları, laboratuvar muayenesi, anemi, abdominal ağrı, pelvik ağrı, üst karın ağrısı şeklinde devam ederken; en az görülen tanı depresif nöbet olarak saptanmıştır (Tablo8).

4.4. Aile Hekimliği Merkez Polikliniği'ne Başvuranların Geldiği Yerlere Göre En Sık Aldığı Tanılar

Tablo 9. Başvuruların Geldiği İllere Göre En Sık Aldığı Tanılar

Geldiği İl	En Sık Aldığı Tanılar
Samsun	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları
Ordu	Laboratuvar Muayenesi
Amasya	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları
İstanbul	Laboratuvar Muayenesi
Ankara	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları
Sinop	Laboratuvar Muayenesi
Tokat	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları
Çorum	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları
Giresun	Laboratuvar Muayenesi
Trabzon	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları

Samsun, Amasya, Tokat, Çorum, Trabzon'dan gelen hastalara en sık Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu tanısı konulmuş olup; Ordu, İstanbul, Sinop, Giresun dan gelen hastalara da en sık Laboratuvar Muayenesi tanısı konulmuştur (Tablo 9).

Tablo 10. Başvuruların Geldiği Bölgelere Göre En Sık Aldığı Tanılar

Geldiği Bölge	En Sık Aldığı Tanılar
Karadeniz Bölgesi	-Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları -Laboratuvar Muayenesi -Anemi
Karadeniz Dışı Bölgeler	-Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları -Laboratuvar Muayenesi -Abdominal Ağrı, Pelvik Ağrı, Akut Batın, Üst Karın Ağrısı, Bağırsak Gazı, Diğer

Çalışmamızda Karadeniz bölgesinden başvuranlara en sık konulan tanılar; Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları, Laboratuvar Muayenesi , Anemi olup, Karadeniz dışı bölgelerden gelenlere en sık konulan tanı ise; Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları olarak saptanmıştır.

Tablo 11. Başvuranların Geldiği Ülkelere Göre En Sık Aldığı Tanılar

Uyruğu	En Sık Aldığı Tanı
Türkiye	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları
Azerbaycan	Laboratuvar Muayenesi
İran	Laboratuvar Muayenesi
Tanzanya	Laboratuvar Muayenesi
Filistin	Abdominal Ağrı, Pelvik Ağrı, Akut Batın, Bağırsak gazı
Afganistan	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları
Somali	Anemi
Bulgaristan	Laboratuvar Muayenesi
Etiyopya	Laboratuvar Muayenesi
Türkmenistan	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları
Diğer Ülkeler	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları

T.C. uyruklu olan kişilere en sık konulan tanı Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu olup, T.C dışı uyruklu olan kişilere konulan en sık tanı ise Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu ve Laboratuvar Muayenesi olmuştur (Tablo 11).

4.5. Aile Hekimliği Merkez Polikliniği'ne 2012-2013 Yıllarında Başvuranların Tanılarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Tablo12. 0–14 Yaş Grubundaki Çocukların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları, Birden fazla yerde ve Tanımlanmamış Yerlerin	J06	14	38,9	22	61,1	36	32,7
2.	Laboratuvar Muayenesi	Z01.7	13	50,0	13	50,0	26	23,6
3.	Anemi, Tanımlanmamış	D64.9	5	50,0	5	50,0	10	9,1
4.	Abdominal Ağrı, Pelvik Ağrı, Akut Batın, Üst Karın Ağrısı, Bağırsak gazı infantil kolik, Diğer	R10	3	30,0	7	70,0	10	9,1
5.	Fonksiyonel Bağırsak Bozuklukları, Diğer, Kabızlık, Fonksiyonel Diyare, Nörojenik Bağırsak, Başka Yerde Sınıflanmamış, Megakolon, Anal Spazm, Fonksiyonel Bağırsak Bozuklukları,	K59	0	0,0	5	100,0	5	4,5
6.	Üriner Sistemin Bozuklukları, Üriner Sistem Enfeksiyonu	N39	3	60,0	2	40,0	5	4,5
7.	Bağırsak Parazitozu, Tanımlanmamış	B82	1	50,0	1	50,0	2	1,8
8.	Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu, Tanımlanmamış	J22	3	75,0	1	25,0	4	3,6
9.	Gastro-Özofajial Reflü Hastalığı, Özofajitsiz	K21.9	2	100,0	0	0,0	2	1,8
10.	Beklenen Normal Fizyolojik Gelişimin Olmayışı, Büyüme Gelişme Geriliği, Kilo Alamama	R62	0	0,00	1	100,0	1	0,9
11.	Diğer Tanılar		5	55,5	4	44,5	9	8,4
12.	Toplam		49	44,5	61	55,5	110	100,0

*satur yüzdesi **sütun yüzdesi

0-14 yaş grubundaki çocukların en sık; akut üst solunum yolu enfeksiyonları, laboratuvar muayenesi, anemi, abdominal ve pelvik ağrı, akut batın, infantil kolik, fonksiyonel bağırsak bozuklukları, kabızlık, fonksiyonel diyare, en az sıklıkla da beklenen fizyolojik gelişimin olmayışı, tanıları aldıkları görülmüştür (Tablo 12).

Tablo 13. 15-64 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları	J06	711	43,8	914	56,2	1625	28,3
2.	Laboratuvar Muayenesi	Z01.7	671	48,3	717	51,7	1388	24,2
3.	Anemi, Tanımlanmamış	D64.9	147	29,9	345	70,1	492	8,6
4.	Abdominal Ağrı, Pelvik Ağrı, Akut Batın, Üst Karın Ağrısı, Bağırsak gazı, Diğer	R10	212	46,2	247	53,8	459	8,0
5.	Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu	J22	152	49,0	158	51,0	310	5,4
6.	Üriner Sistem Bozuklukları, Üriner Sistem Enfeksiyonu	N39	62	38,0	101	62,0	163	2,8
7.	Fonksiyonel Bağırsak Bozuklukları, Diğer, Kabızlık, Fonksiyonel Diyare, Nörojenik Bağırsak, Başka Yerde Sınıflanmamış, Megakolon, Anal Spazm, Fonksiyonel Bağırsak Bozuklukları,	K59	54	42,5	73	57,5	127	2,2
8.	Lumbal ve İntervertebral Disk Bozuklukları	M51	54	56,2	42	43,8	96	1,7
9.	Hipertansiyon, Önceden Mevcut Olan , Gebelik, Doğum ve Lohusalıkta Devam Eden	I10	35	46,1	41	53,9	76	1,3
10.	İnsulin Bağımlı Olmayan Diyabet	E11	28	47,5	31	52,5	59	1,0
11.	Diğer Tanılar		371	39,5	570	60,5	941	16,5
12.	Toplam		2497	43,5	3239	56,5	5736	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

15-64 yaş grubundaki hastaların birinci başvurularındaki aldıkları tanıların sıklık sırasına göre; akut üst solunum yolu enfeksiyonları, laboratuvar muayenesi, anemi, abdominal ağrı, pelvik ağrı, akut alt solunum yolu enfeksiyonları, üriner sistem enfeksiyonları olarak bulunmuştur (Tablo13).

Tablo 14. 65 Yaş ve Üzeri Hastaların Birinci Başvurularındaki Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Laboratuvar Muayenesi	Z01.7	15	44,1	19	55,9	34	18,7
2.	Hipertansiyon	I10	7	30,4	16	69,6	23	12,6
3.	İnsülin Bağımlı Olmayan Diyabetes Mellitus	E11	2	11,1	16	88,9	18	9,9
4.	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları	J06	6	35,3	11	64,7	17	9,3
5.	Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	J22	5	41,7	7	58,3	12	6,6
6.	Üriner Sistem Bozuklukları, Üriner Sistem Enfeksiyonu	N39	3	42,9	4	57,1	7	3,8
7.	Anemi	D64.9	3	42,9	4	57,1	7	3,8
8.	Abdominal Ağrı, Pelvik Ağrı, Akut Batın, Üst Karın Ağrısı, Bağırsak gazı, Diğer	R10	1	16,7	5	83,3	6	3,3
9.	Yumuşak Doku Bozukluklarında, Miyalji, Romatizmal Hastalık	M79	2	50,0	2	50,0	4	2,2
10.	Gastrit	K29.7	4	100,0	0	0,0	4	2,2
11.	Diğer Yakınmalar		25	50,0	25	50,0	50	27,6
12.	Toplam		73	40,1	109	59,9	182	100,0

*sadır yüzdesi **sütun yüzdesi

65 yaş ve üzeri yaş grubundaki hastaların birinci başvurularındaki aldıkları tanıların sıklık sırasına göre, laboratuvar muayenesi, hipertansiyon, insülin bağımlı olmayan diyabet, akut üst solunum yolu enfeksiyonları olarak bulunmuştur. En az sıklıkta gastrit tanısı konulmuştur (Tablo14).

Tablo 15. 0-4 Yaş Grubundaki Çocukların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	**
1.	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları	J06	5	62,5	3	37,5	8	30,8
2.	Laboratuvar Muayenesi	Z01.7	2	50,0	2	50,0	4	15,4
3.	Anemi	D64.9	2	66,7	1	33,3	3	11,5
4.	Üriner Sistem Bozuklukları, Üriner Sistem Enfeksiyonu	N39	1	33,3	2	66,7	3	11,5
5.	Fonksiyonel Bağırsak Bozuklukları, Diğer, Kabızlık, Fonksiyonel Diyare, Nörojenik Bağırsak, Başka Yerde Sınıflanmamış, Megakolon, Anal Spazm, Fonksiyonel Bağırsak Bozuklukları,	K59	0	0,0	2	100,0	2	7,7
6.	Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	J22	1	100,0	0	0,0	1	3,8
7.	Otitis Media	H67	1	100,0	0	0,0	1	3,8
8.	Deri ve Subkutan Dokunun Lokal Enfeksiyonu	L08.9	1	100,0	0	0,0	1	3,8
9.	Beklenen Normal Fizyolojik Gelişimin Olmayışı	R62	0	0,0	1	100,0	1	3,8
10.	Diğer Tanılar		0	0,0	2	100,0	2	7,9
12.	Toplam		13	50,0	13	50,0	26	100

*satur yüzdesi **sütun yüzdesi

0-4 yaş arası çocukların birinci başvurularında en sık konulan tanıları; akut üst solunum yolu enfeksiyonu, laboratuvar muayenesi, anemi olduğu bulunmuştur. En az konulan tanı beklenen normal fizyolojik gelişimin olmayışı olarak bulundu. (Tablo15).

Tablo 16. 5-9 Yaş Grubundaki Çocukların Birinci Başvurularındaki Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	% *	n	% *	n	% **
1.	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları	J06	4	44,4	5	55,6	9	37,5
2.	Laboratuvar Muayenesi	Z01.7	4	57,1	3	42,9	7	29,2
3.	Anemi	D64.9	1	50,0	1	50,0	2	8,3
4.	Abdominal Ağrı, Pelvik Ağrı, Akut Batın, Üst Karın Ağrısı, Bağırsak gazı, Diğer	R10	1	50,0	1	50,0	2	8,3
5.	Üriner Sistem Bozuklukları, Üriner Sistemin Enfeksiyonu	N39	2	100,0	0	0,0	2	8,3
6.	Astım, Tanımlanmamış	J45.9	0	0,0	1	100,0	1	4,2
7.	Diş Çürüğü, Tanımlanmamış	K02.9	0	0,0	1	100,0	1	4,2
8.	Toplam		12	50,0	12	50,0	24	100

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

5-9 yaş grubundaki çocukların birinci başvurularındaki en sık üst solunum yolu enfeksiyonu, laboratuvar muayenesi, anemi, abdominal ağrı tanımlarını almışlardır. En az diş çürüğü tanısı konmuştur (Tablo16).

Tablo 17. 10-14 Yaş Grubundaki Çocukların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu	J06	5	26,3	14	73,7	19	31,7
2.	Laboratuvar Muayenesi	Z01.7	7	46,7	8	53,3	15	25,0
3.	Abdominal Ağrı, Pelvik Ağrı, Akut Batın, Üst Karın Ağrısı, Bağırsak gazı, Diğer	R10	2	25,0	6	75,0	8	13,3
4.	Anemi	D64.9	2	40,0	3	60,0	5	8,3
5.	Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	J22	2	66,7	1	33,3	3	5,0
6.	Bağırsak Parazitozu	B82	1	50,0	1	50,0	2	3,3
7.	Fonksiyonel Bağırsak Bozuklukları, Kabızlık, Fonksiyonel Diyare	K59	0	0,0	2	100,0	2	3,3
8.	Gastro-Özofajial Reflü Hastalığı, Özofajitsiz	K21.9	2	100,0	0	0,0	2	3,3
9.	Epilepsiler	G40.9	1	100,0	0	0,0	1	1,7
10.	Juvenil romatoid artrit	M08.0	1	100,0	0	0,0	1	1,7
11.	Diğer Tanılar		1	50,0	1	50,0	2	3,4
12.	Toplam		24	40,0	36	60,0	60	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

10-14 yaş grubundaki çocuklar birinci başvurularında en sık; akut üst solunum yolu enfeksiyonu, laboratuvar muayenesi, anemi, abdominal ağrı; en az juvenil romatoid artrit tanısı aldığı bulunmuştur (Tablo 17).

Tablo 18. 15-19 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu	J06	137	37,7	226	62,3	363	35,1
2.	Laboratuvar Muayenesi	Z01.7	140	53,2	123	46,8	263	25,5
3.	Abdominal Ağrı, Pelvik Ağrı, Akut Batın, Üst Karın Ağrısı, Bağırsak gazı, Diğer	R10	43	54,4	36	45,6	79	7,6
4.	Anemi	D64.9	25	34,7	47	65,3	72	7,0
5.	Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	J22	25	41,7	35	58,3	60	5,8
6.	Fonksiyonel Bağırsak Bozuklukları, Diğer, Kabızlık, Fonksiyonel Diyare,	K59	12	46,2	14	53,8	26	2,5
7.	Üriner sistemin diğer bozuklukları, Üriner Sistem Enfeksiyonu	N39	7	28	18	72	25	2,4
8.	Gastro-Özofajial Reflü Hastalığı, Özofajitsiz	K21.9	7	63,6	4	36,4	11	1,1
9.	Deri ve Subkutan Dokunun Lokal Enfeksiyonu	L08.9	2	20,0	8	80,0	10	1,0
10.	Yumuşak doku bozuklukları, Miyalji, Romatizmal hastalık	M79	6	66,7	3	33,3	9	0,9
11.	Diğer Tanılar		50	43,5	65	56,5	115	11,1
12.	Toplam		454	44	579	56	1033	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

15-19 yaş grubundaki hastaların birinci başvurularında aldıkları tanıları sırasıyla; akut üst solunum yolu enfeksiyonu, laboratuvar muayenesi, anemi, abdominal ağrı olarak bulunurken; en az sıklıkta yumuşak doku bozuklukları, miyalji, romatizmal hastalık tanısı konulmuştur (Tablo 18).

Tablo 19. 20-24 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu	J06	252	43,7	325	56,3	577	30,0
2.	Laboratuvar Muayenesi	Z01.7	244	46,2	284	53,8	528	27,5
3.	Anemi	D64.9	34	21,7	123	78,3	157	8,2
4.	Abdominal Ağrı, Pelvik Ağrı, Akut Batın, Üst Karın Ağrısı, Bağırsak gazı, Diğer	R10	67	43,8	86	56,2	153	8,0
5.	Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	J22	41	37,3	69	62,7	110	5,7
6.	Üriner sistem bozuklukları, Üriner Sistem Enfeksiyonu	N39	24	40,7	35	59,3	59	3,1
7.	Fonksiyonel Bağırsak Bozuklukları, Diğer, Kabızlık, Fonksiyonel Diyare,	K59	16	37,2	27	62,8	43	2,2
8.	Gastrit	K29.7	13	56,5	10	43,5	23	1,2
9.	Lumbal ve intervertebral Disk Bozuklukları	M51	14	66,7	7	33,3	21	1,1
10.	Deri ve Subkutan Dokunun Lokal Enfeksiyonu	L08.9	7	35,0	13	65,0	20	1,0
11.	Diğer Tanılar		101	43,5	131	56,5	232	8,9
12.	Toplam		813	42,3	1110	57,7	1923	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

20-24 yaş grubundaki hastaların birinci başvurularında en sık konulan tanıların akut üst solunum yolu enfeksiyonu, laboratuvar muayenesi, anemi, olduğu; en az sıklıkta deri ve subkutan dokunun lokal enfeksiyonu tanısı aldıkları bulunmuştur (Tablo 19).

Tablo 20. 25-29 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Laboratuvar Muayenesi	Z01.7	70	41,2	100	58,8	170	25,3
2.	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu	J06	79	47,9	86	52,1	165	24,5
3.	Anemi	D64.9	22	28,6	55	71,4	77	11,4
4.	Abdominal Ağrı, Pelvik Ağrı, Akut Batın, Üst Karın Ağrısı, Bağırsak gazı, Diğer	R10	20	35,1	37	64,9	57	8,5
5.	Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	J22	20	69,0	9	31,0	29	4,3
6.	Fonksiyonel Bağırsak Bozuklukları, Kabızlık, Fonksiyonel Diyare	K59	11	44,0	14	56,0	25	3,7
7.	Üriner sistem bozuklukları	N39	7	30,4	16	69,6	23	3,4
8.	Lumbal ve intervertebral disk bozuklukları	M51	10	52,6	9	47,4	19	2,8
9.	Gastro-özofajial reflü hastalığı	K21.9	4	40,0	6	60,0	10	1,5
10.	Migren	G43.9	3	42,9	4	57,1	7	1,0
11.	Diğer Tanılar		29	31,9	62	68,1	91	13,6
12.	Toplam		275	40,9	398	59,1	673	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

25-29 yaş grubundaki hastaların birinci başvurularında aldıkları tanıların en sık laboratuvar muayenesi, akut üst solunum yolu enfeksiyonu, anemi, abdominal ağrı, akut alt solunum yolu enfeksiyonu, fonksiyonel bağırsak bozuklukları, üriner sistem bozuklukları şeklinde sıralandığı; en az sıklıkla da migren tanısı bulunduğu saptanmıştır (Tablo20).

Tablo 21. 30-34 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	**
1.	Laboratuvar Muayenesi	Z01.7	73	50,0	73	50,0	146	24,8
2.	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu	J06	65	45,1	79	54,9	144	24,4
3.	Anemi	D64.9	24	33,3	48	66,7	72	12,2
4.	Abdominal Ağrı, Pelvik Ağrı, Akut Batın, Üst Karın Ağrısı, Bağırsak gazı, Diğer	R10	35	54,7	29	45,3	64	10,9
5.	Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	J22	18	62,1	11	37,1	29	4,9
6.	Lumbal ve intervertebral disk bozuklukları	M51	12	75	4	25	16	2,7
7.	Gastro-özofajial reflü hastalığı	K21.9	6	54,5	5	45,5	11	1,9
8.	Fonksiyonel Bağırsak Bozuklukları, Kabızlık, Fonksiyonel Diyare	K59	3	33,3	6	66,7	9	1,5
9.	Gastrit	K29.7	2	28,6	5	71,4	7	1,2
10.	Migren	G43.9	2	100,0	0	0,0	2	0,3
11.	Diğer Tanılar		32	36	57	64	89	15,2
12.	Toplam		272	46,2	317	53,8	589	100,0

*sadır yüzdesi **sütun yüzdesi

30-34 yaş grubunda yer alan hastaların birinci başvurularında en sık aldıkları tanıları; laboratuvar muayenesi, akut üst solunum yolu enfeksiyonu, anemi, abdominal ağrı, akut alt solunum yolu enfeksiyonu, lumbal intervertebral disk bozuklukları, gastroözofajial reflü bozuklukları şeklinde sıralanırken; en az sıklıkla da migren tanısı konulmuştur (Tablo21)

Tablo 22. 35-39 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu	J06	52	46,0	61	54,0	113	28,9
2.	Laboratuvar Muayenesi	Z01.7	49	57,0	37	43,0	86	22,0
3.	Anemi	D64.9	17	38,6	27	61,4	44	11,3
4.	Abdominal Ağrı, Pelvik Ağrı, Akut Batın, Üst Karın Ağrısı, Bağırsak gazı, Diğer	R10	16	50,0	16	50,0	32	8,2
5.	Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	J22	12	60,0	8	40,0	20	5,1
6.	Lumbal ve intervertebral disk bozuklukları	M51	5	62,5	3	37,5	8	2,0
7.	Anksiyete Bozuklukları,	F41	3	42,9	4	57,1	7	1,8
8.	Fonksiyonel Bağırsak Bozuklukları, Kabızlık, Fonksiyonel Diyare	K59	2	33,3	4	66,7	6	1,5
9.	Üriner Sistemin Diğer Bozuklukları, Üriner Sistem Enfeksiyonu	N39	3	50,0	3	50,0	6	1,5
10.	Hipertansiyon, Önceden Mevcut Olan, Gebelik, Doğum ve Lohusalıkta Devam Eden	I10	1	20,0	4	80,0	5	1,3
11.	Diğer Tanılar		24	37,5	40	62,5	64	16,4
12.	Toplam		184	47	207	53	391	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

35-39 yaş grubundaki hastaların birinci başvurularındaki en sık aldıkları tanıları; akut üst solunum yolu enfeksiyonu, laboratuvar muayenesi, anemi şeklinde sıralanırken; en az hipertansiyon, önceden mevcut olan gebelik tanısı aldıkları görülmektedir (Tablo 22).

Tablo 23. 40-44 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Laboratuvar Muayenesi	Z01.7	36	52,9	32	47,1	68	22,7
2.	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu	J06	31	49,2	32	50,8	63	21,1
3.	Anemi	D64.9	12	38,7	19	61,3	31	10,4
4.	Abdominal Ağrı, Pelvik Ağrı, Akut Batın, Üst Karın Ağrısı, Bağırsak gazı, Diğer	R10	9	40,9	13	59,1	22	7,4
5.	Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	J22	9	56,2	7	43,8	16	5,4
6.	Tiroid bozuklukları	E01	3	27,3	8	72,7	11	3,7
7.	İnsülin Bağımlı Olmayan Diyabetes Mellitus	E11	5	62,5	3	37,5	8	2,7
8.	Üriner Sistemin Diğer Bozuklukları, Üriner Sistem Enfeksiyonu	N39	5	62,5	3	37,5	8	2,7
9.	Fonksiyonel Bağırsak Bozuklukları, Kabızlık, Fonksiyonel Diyare	K59	6	100,0	0	0,0	6	2,0
10.	Lumbal ve intervertebral disk bozuklukları	M51	3	50,0	3	50,0	6	2,0
11.	Diğer Tanılar		19	32	41	68	60	23,6
12.	Toplam		138	46,2	161	53,8	299	100,0

*sadır yüzdesi **sütun yüzdesi

40-44 yaş grubunda hastaların birinci başvurularında aldıkları tanıların en sık; laboratuvar muayenesi, akut üst solunum yolu enfeksiyonu, anemi, abdominal ağrı, pelvik ağrı, akut alt solunum yolu enfeksiyon, tiroid bozuklukları, insülin bağımlı olmayan diyabet tanıları olduğu; en az ise, lumbal intervertebral disk bozuklukları tanısı aldıkları bulunmuştur (Tablo 23).

Tablo 24. 45-49 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu	J06	31	44,3	39	55,7	70	25,0
2.	Laboratuvar Muayenesi	Z01.7	24	48,0	26	52,0	50	17,9
3.	Anemi	D64.9	7	31,8	15	68,2	22	7,9
4.	Abdominal Ağrı, Pelvik Ağrı, Akut Batın,Üst Karın Ağrısı,Bağırsak gazı, Diğer	R10	7	35,0	13	65,0	20	7,1
5.	Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	J22	5	41,7	7	58,3	12	4,3
6.	Hipertansiyon	I10	5	45,5	6	54,5	11	3,9
7.	Üriner Sistem Bozuklukları,Üriner Sistem Enfeksiyonu	N39	7	77,8	2	22,2	9	3,2
8.	İnsülin Bağımlı Olmayan Diaybet	E11	4	50,0	4	50,0	8	2,9
9.	Tiroid bozuklukları	E01	2	33,3	4	66,7	6	2,1
10.	Gastrit	K29.7	4	80,0	1	20,0	5	1,8
11.	Diğer Tanılar		21	31,3	46	68,7	67	23,9
12.	Toplam		117	41,8	163	58,2	280	100,0

*sadır yüzdesi **sütun yüzdesi

45-49 yaş grubu hastaların birinci başvurularında aldıkları en sık tanıları; akut üst solunum yolu enfeksiyonu, laboratuvar muayenesi, anemi, abdominal ağrı,pelvik ağrı, akut alt solunum yolu enfeksiyonları,hipertansiyon şeklinde sıralanırken; en az sıklıkta başvuru nedeninin gastrit olduğu görülmektedir (Tablo 24).

Tablo 25. 50-54 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu	J06	34	52,3	31	47,7	65	27,4
2.	Laboratuvar Muayenesi	Z01.7	16	40,0	24	60,0	40	16,9
3.	Hipertansiyon	I10	8	44,4	10	55,6	18	7,6
4.	Abdominal Ağrı, Pelvik Ağrı, Akut Batın, Üst Karın Ağrısı, Bağırsak gazı, Diğer	R10	8	50,0	8	50,0	16	6,8
5.	Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	J22	9	75,0	3	25,0	12	5,1
6.	İnsülin Bağımlı Olmayan Diyabetes Mellitus	E11	5	45,5	6	54,5	11	4,6
7.	Lipoprotein metabolizma bozuklukları, Diğer Lipidemiler	E78	2	28,6	5	71,4	7	3,0
8.	Tiroid bezi bozuklukları	E01	1	16,7	5	83,3	6	2,5
9.	Benign Neoplazmlar		110	16,7	5	83,3	6	2,5
10.	Yumuşak Doku Bozuklukları ,Miyalji, Romatizmal hastalıklar	M79	1	20,0	4	80,0	5	2,1
11.	Diğer Tanılar		18	35,3	33	64,7	51	21,5
12.	Toplam		103	43,5	134	56,5	237	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

50-54 yaş grubundaki hastaların birinci başvurularında aldıkları en sık tanıları; akut üst solunum yolu enfeksiyonu, laboratuvar muayenesi, hipertansiyon olarak bulunmuştur. En az konulan tanı ise yumuşak doku bozuklukları olduğu görülmektedir (Tablo25).

Tablo 26. 55-59 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	**
1.	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu	J06	19	51,4	18	48,6	37	19,9
2.	Laboratuvar Muayenesi	Z01.7	13	50,0	13	50,0	26	14,0
3.	Hipertansiyon	I10	11	57,9	8	42,1	19	10,2
4.	Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	J22	8	61,5	5	38,5	13	7,0
5.	Abdominal Ağrı, Pelvik Ağrı, Akut Batın,Üst Karın Ağrısı,Bağırsak gazı, Diğer	R10	5	45,5	6	54,5	11	5,9
6.	Üriner Sistem Bozuklukları,Üriner Sistem Enfeksiyonları	N39	1	50,0	1	50,0	2	5,4
7.	İnsülin Bağımlı Olmayan	E11	6	75,0	2	25,0	8	4,3
8.	Benign Neoplazmlar		1	16,7	5	83,3	6	3,2
9.	Lipoprotein metabolizması bozuklukları ve Diğer Lipidemiler	E78	4	80,0	1	20,0	5	2,7
10.	Artropatiler,Diğer	M12.8	1	33,3	2	66,7	3	1,6
11.	Diğer Tanılar		19	38,0	31	62,0	50	26,9
12.	Toplam		91	48,9	95	51,1	186	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

55-59 yaş grubundaki hastaların birinci başvurularında en sık aldıkları tanıların sıklık sırasına göre; akut üst solunum yolu enfeksiyonu, laboratuvar muayenesi, hipertansiyon olup; en az konulan tanı artropatiler olduğu görülmektedir (Tablo 26).

Tablo 27. 60-64 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	**
1.	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu	J06	11	39,3	17	60,7	28	22,4
2.	Hipertansiyon	I10	4	36,4	7	63,6	11	8,8
3.	Laboratuvar Muayenesi	Z01.7	6	54,5	5	45,5	11	8,8
4.	İnsülin Bağımlı Olmayan Diyabet	E11	3	30,0	7	70,0	10	8,0
5.	Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	J22	5	55,6	4	44,4	9	7,2
6.	Benign Neoplazmlar		1	20,0	4	80,0	5	4,0
7.	Abdominal Ağrı, Pelvik Ağrı, Akut Batın, Üst Karın Ağrısı, Bağırsak gazı, Diğer	R10	2	40,0	3	60,0	5	4,0
8.	Osteoporoz, Patolojik Kırıksız	M81	1	25,0	3	75,0	4	3,2
9.	Tiroid bozukluklar	E01	0	0,0	3	100,0	3	2,4
10.	Aterosklerotik Kalp Hastalığı	I25	2	100,0	0	0,0	2	1,6
11.	Diğer Tanılar		15	40,5	22	59,5	37	29,6
12.	Toplam		50	40,0	75	60,0	125	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

60-64 yaş grubundaki hastaların birinci başvurularında sıklıkla aldıkları tanıları; akut üst solunum yolu enfeksiyonu, laboratuvar muayenesi, hipertansiyon, insülin bağımlı olmayan diyabet olarak görülmektedir. En az sıklıkla bu yaş grubunda aterosklerotik kalp hastalığı tanısı olduğu görülmektedir (Tablo 27).

Tablo 28. 65-69 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	**
1.	Laboratuvar Muayenesi	Z01.7	8	44,4	10	55,6	18	24,7
2.	İnsüline Bağımlı Olmayan Diyabet	E11	1	12,5	9	87,5	10	13,7
3.	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları	J06	3	37,5	5	62,5	8	11,0
4.	Hipertansiyon	I10	1	12,5	7	87,5	8	11,0
5.	Anemi	D64.9	2	66,7	1	33,3	3	4,1
6.	Üriner Sistem Bozuklukları, Üriner Sistem Enfeksiyonu	N39	3	100,0	0	0,0	3	4,1
7.	Dermafitoz (Tinea Kapitis, Kerion, Tinea Pedis, Tinea inguim, Tinea Kruris)	B35	1	33,3	2	66,7	3	4,1
8.	Deri ve Subkutan Dokunun Lokal Enfeksiyonları	L08.9	1	50,0	1	50,0	2	2,7
9.	Yumuşak Doku Bozuklukları, Miyalji, Romatizmal hastalıklar	M79	2	100,0	0	0,0	2	2,7
10.	Gastrit	K29.7	2	100,0	0	0,0	2	2,7
11.	Diğer Tanılar		7	50,0	7	50,0	14	19,2
12.	Toplam		31	42,5	42	57,5	73	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

65-69 yaş grubunda birinci başvurularını yapan hastalarda en sık laboratuvar muayenesi, insüline bağımlı olmayan diyabetes mellitus, akut üst solunum yolu enfeksiyonu, hipertansiyon tanıları konmuştur. En az sıklıkta ise gastrit tanısı almışlardır (Tablo28)

Tablo 29. 70-74 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu	J22	4	50,0	4	50,0	8	16,7
2.	Laboratuvar Muayenesi	Z01.7	1	14,3	6	85,7	7	12,5
3.	Hipertansiyon	I10	1	16,7	5	83,3	6	12,5
4.	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu	J06	2	50,0	2	50,0	4	8,3
5.	Lipoprotein Metabolizması ve Diğer Lipidemiler	E78	1	50,0	1	50,0	2	4,2
6.	İnsüline Bağımlı Olmayan Diyabet	E11	0	0,0	2	100,0	2	4,2
7.	Astım	J45.9	1	50,0	1	50,0	2	4,2
8.	Konjonktivit	H10	0	0,0	1	100,0	1	2,1
9.	Kardiyak Aritmiler	I49	1	100,0	0	0,0	1	2,1
10.	Depresif Nöbetler	F32	0	0,0	1	100,0	1	2,1
11.	Diğer Tanılar		9	64,3	5	35,7	14	31,1
12.	Toplam		20	41,7	28	58,3	48	100,0

*sadır yüzdesi **sütun yüzdesi

70-74 yaş grubunda birinci başvurularında en sık konulan tanıları; akut alt solunum yolu enfeksiyonu, laboratuvar muayenesi, hipertansiyon, olarak bulunmuştur. En az sıklıkta ise depresif nöbet tanısı aldıkları görülmektedir (Tablo 29).

Tablo30. 75-79 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Hipertansiyon	I10	4	66,7	2	33,3	6	17,1
2.	İnsülin Bağımlı Olmayan Diyabet	E11	1	20,0	4	80,0	5	14,3
3.	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu	J06	1	25,0	3	75,0	4	11,4
4.	Osteoporoz, Patolojik Kırıksız, Postmenopozal	M81	0	0,0	2	100,0	2	5,7
5.	Lipoprotein Metabolizması Bozuklukları ve Diğer Lipidemiler	E78	0	0,0	1	100,0	1	2,9
6.	Venöz Yetersizlik	I87	0	0,0	1	100,0	1	2,9
7.	Kalp Yetmezliği	I50	1	100,0	0	0,0	1	2,9
8.	Serebrovasküler Hastalık	I67	1	100,0	0	0,0	1	2,9
9.	Malign Neoplazmlar		0	0,0	1	100,0	1	2,9
10.	Diğer Tanılar		5	38,5	8	61,5	13	37
11.	Toplam		13	37,1	22	62,9	35	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

75-79 yaş grubundaki hastaların birinci başvurularında aldıkları en sık tanıları; hipertansiyon, insülin bağımlı olmayan diyabetes mellitus ve akut üst solunum yolu enfeksiyonu olduğu; en az görülen tanının malign neoplazm olduğu görülmektedir (Tablo 30).

Tablo31. 80-84 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	%**
1.	Serebravasküler Hastalık	I67	0	0,0	2	100,0	2	14,3
2.	Laboratuvar Muayenesi	Z01.7	1	50,0	1	50,0	2	14,3
3.	Peptik Ülser, Yeri Tanımlanmamış	K27	1	50,0	1	50,0	2	14,3
4.	Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı	J44.9	1	100,0	0	0,0	1	7,1
5.	Hipertansiyon	I10	0	0,0	1	100,0	1	7,1
6.	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu	J06	0	0,0	1	100,0	1	7,1
7.	Üriner Sistem Bozuklukları	N39	0	0,0	1	100,0	1	7,1
8.	Abdominal Ağrı,Pelvik Ağrı	R10	0	0,0	1	100,0	1	7,1
9.	Yumuşak Doku Bozuklukları,Miyalji, Romatizmal hastalıklar	M79	0	0,0	1	100,0	1	7,1
10	Diğer Tanılar		2	100,0	0	0,0	2	14,3
11.	Toplam		5	35,7	9	64,3	14	100,0

*satur yüzdesi **sütun yüzdesi

80-84 yaş grubundaki hastaların birinci başvurularında aldıkları en sık tanıları; serebravasküler hastalık, laboratuvar muayenesi, peptik ülser olduğu görülmektedir (Tablo 31).

Tablo 32. 85-89 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	%*	n	%*	n	**
1.	Hipertansiyon	I10	1	50,0	1	50,0	2	22,2
2.	Üriner Sistem Bozuklukları Üriner Sistem Enfeksiyonu	N39	0	0,0	2	100,0	2	22,2
3.	İnsüline Bağımlı Olmayan Diyabet	E11	0	0,0	1	100,0	1	11,1
4.	Anemi	D64.9	0	0,0	1	100,0	1	11,1
5.	Gastrit	K29.7	1	100,0	0	0,0	1	11,1
6.	Malign Neoplazm		1	100,0	0	0,0	1	11,1
7.	Laboratuvar Muayenesi	Z01.7	0	0,0	1	100,0	1	11,1
8.	Diğer Tanılar		0	0,0	0	0,0	0	0,0
9.	Toplam		3	33,3	6	66,7	9	100

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

85-89 yaş grubundaki hastaların birinci başvurularında aldıkları en sık tanıları; hipertansiyon,üriner sistem enfeksiyonu, insülin bağımlı olmayan diyabetes mellitus ve anemi olduğu görülmektedir (Tablo 32).

Tablo33. 90-94 Yaş Grubundaki Hastaların Birinci Başvurularında Aldıkları Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Sıra No	Tanılar	ICD-10	Erkek		Kadın		Toplam	
			n	% *	n	% *	n	% **
1.	Anemi	D64.9	0	0,0	1	100,0	1	33,3
2.	Deri ve Subkutan Dokunun Lokal Enfeksiyonları	L08.9	0	0,0	1	100,0	1	33,3
3.	Laboratuvar Muayenesi	Z01.7	1	100,0	0	0,0	1	33,3
4.	Diğer Tanılar		0	0,0	0	0,0	0	0,0
5.	Toplam		1	33,3	2	66,7	3	100

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

90-94 yaş grubundaki hastaların birinci başvurularında aldıkları en sık tanıları; anemi, deri ve subkutan dokunun lokal enfeksiyonları, laboratuvar muayenesi olduğu görülmektedir (Tablo 33).

TARTIŞMA

Bu çalışmamızda Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Merkez Polikliniği'ne 2012 ve 2013 yıllarında başvuran bireylerin kayıtlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmamıza alınan hastaların genel yaş ortalaması $30,2\pm 14,1$ yıl olarak hesaplanmıştır.

Çukurova Üniversitesi-ATO Yalım Erez Sağlık Merkezi Aile Hekimliği Polikliniği'nin 2003 yılı başvurularını inceleyen çalışmasında yaş ortalaması $21,9\pm 19,4$ yıl; Çukurova Üniversitesi-ATO Yalım Erez Sağlık Merkezi Aile Hekimliği Polikliniği'nin 1999 yılı başvurularını inceleyen çalışmasında hastaların yaş ortalaması $24,5\pm 20,3$ yıl olarak bulunmuştur.

Kocaeli Üniversitesi Hereke Aile Hekimliği Polikliniği'nde ise bizim çalışmamıza benzer olarak yaş ortalaması $32,3\pm 18,4$ yıl olarak bulunmuştur. Kocaeli Üniversitesi Değirmendere Aile Hekimliği Polikliniği'nde bu ortalama $48,9\pm 18,2$ yıl, Umurlu Aile Hekimliği Merkezi'nde $37,4$ 'dür.³⁴ İstanbul Üniversitesi (İ.Ü.) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'nin 2000-2003 başvuruları incelendiğinde; kadın hastaların yaş ortalaması $49,44\pm 15,08$ yıl, erkek hastaların yaş ortalaması ise $48,66\pm 16,22$ yıl olarak bulunmuştur.²¹ Bu üniversitelerdeki aile hekimliği polikliniklerinin daha çok üniversite personeline ve ailelerine hizmet vermesi, sıklıkla kurum hekimliği gibi işlev görmesi,²² Hereke ve Umurlu bölgesinde daha çok emeklilerin yaşıyor olması, yaş ortalamasının bizim çalışmamızdakinden daha yüksek olmasında etkili olmuş olabilir. Hizmet verdiğimiz bölgenin üniversite kampüsü içerisinde ve üniversite öğrencilerinin kolay ulaşabileceği bir yerde olması, genç nüfusun fazla olması yaş ortalamamızın diğer bazı çalışmalarından daha düşük olmasında etkili olmuş olabilir.

Çalışmamıza dahil edilen 6062 hastanın 3426'sı (%56,5) kadın, 2636'sı (%43,5) erkekti. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde birinci basamak hekimlere başvuruları inceleyen ve 1973 yılında başlatılıp her yıl tekrarlanan National Ambulatory Medical Care Services (NAMCS) (Ulusal Ayaktan Tıbbi Bakım Hizmetleri) 2002 raporuna göre, 15 yaş altı hariç, tüm yaş gruplarında 890 milyon vizitin çoğunluğunu (%59,4) kadınlar yapmıştır.²³

1991 ile 1998 yılları arasında Avustralya'da birinci basamak sağlık hizmetlerindeki değişim BEACH (Bettering the Evaluation and Care of Health) çalışması ile incelenmiş ve 1991'de % 80,5 olan erkek hasta popülasyonunun 1998'de %68,0'e düştüğü ve kadın hasta popülasyonunda ise yedi yıl içinde %19,5'den %32,8'e yükseldiği gösterilmiştir.²⁴

Kocaeli Üniversitesi'nin yaptığı çalışmada başvuran hastaların %29,4'ünün erkek, %70,7'sinin kadın olduğu saptanmış olup; hastaların %8,6'sı 15 yaş ve altında, %16,8'i 65 yaş ve üzerinde bulunmuştur.²⁵ Bizim çalışmamızda ise 15 yaş ve altı hastaların oranı %1,8; 65 yaş ve üzerindeki oranı %2,9 olarak bulunmuştur.

Cerrahoğlu'nun Tarsus bölgesinde yaptığı çalışmada ise aile hekimliği hastalarının %67,5'inin kadın, %32,5'inin erkek olduğu bulunmuştur. 0-14 yaş grubu hastaların %16; erişkin hastaların %61,2 ve 65 yaş ve üzerindeki oranında olduğu bulunmuştur.²⁶ 2007 yılında yapılan ve Çukurova Üniversitesi –ATO Yalın Erez Sağlık Merkezi Aile Hekimliği Polikliniği'nin 1999 yılı çalışmalarını inceleyen araştırmada ise başvuran hastalarda kadınların oranı %69,5; erkeklerin oranı ise %30,5 olarak saptanmıştır.²⁰

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran hastalar ile yapılan çalışmada, kuruluş tarihi olan Kasım 2000'den Kasım 2003'e kadar değerlendirilen hastaların %65'inin kadın, %35'inin erkek olduğu saptanmıştır.²²

Kadın hastalar birinci basamak sağlık hizmetinde başvuruların çoğunluğunu oluşturmaktadır. Bunun nedenleri; genel hasta karakteristiklerinde kadın hasta popülasyonunun daha yoğun olması, poliklinikte üreme sağlığına yönelik ayrı bir hizmet verilmesi olabilir. Aslında üreme sağlığı hizmetlerinin amacı; kadın ve erkeklerin, cinsel sağlık için gerek duydukları bilgi, eğitim ve hizmetlere ulaşmalarının sağlanması şeklinde tanımlanmıştır.²⁷ Buna rağmen sağlık çalışanları da dahil olmak üzere halkımız çoğunlukla üreme sağlığı hizmetlerini kadınlara yönelik bir hizmetmiş gibi algılamaktadır. Bu anlayışın değiştirilmesi için danışmanlık verilirken erkeklerin de katılımı sağlanmalı, başka yakınmayla gelen erkek hastalara kendilerine yönelik üreme sağlığı hizmetleri konusunda bilgi verilmelidir. Sağlık Bakanlığı'nın bir çalışmasında, kadınların daha fazla oranda sağlık hizmeti talep ettiği ve sağlık kontrolünden geçtiği bildirilmektedir.²⁸

İnsan sağlığının ya da hastalık durumunun belirlenmesinde biyolojik ve sosyal ilişkilerin kompleks ilişkisi etkili olmaktadır. Kadın ve erkeklerdeki sağlık ve hastalık örüntüleri belirgin farklılıklar gösterir. Kadınların beklenen yaşam süresi daha fazladır. Ancak pek çok toplumda, kadınların erkeklere göre daha fazla hastalık ve stres yaşadıkları bildirmektedirler.²⁹

Adolesan çağdan başlayarak her dönemde daha fazla sağlık hizmetine gereksinim duyan kadın için hizmet açığı erkeklere göre daha fazladır. Kadının yaşam döngüsünde en uzun dönemi oluşturan doğurganlık çağı (15-49 yaş grubu) 15 yaş ve üzeri nüfusun %38'ini, yine aynı yaş grubunda bulunan kadınların %77'sini oluşturmaktadır. Bu bağlamda kadın sağlığı açısından, özellikle üreme sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve hizmet kalitesinin yükseltilmesi önemlidir.³⁰

Stoverinck ve arkadaşları, özellikle 25-44 yaş arasındaki kadınların sağlık sorunlarını öne çıkardıklarını ve daha fazla sağlık hizmeti kullandıklarını bildirmektedirler.³¹

Bir araştırmada, kadınların erkeklerden daha fazla oranda sağlık ocağına başvurduğu ve kendilerine daha fazla oranda birden fazla tanı yazıldığı tespit edilmiştir. Bu fark, kadınların kendilerini daha iyi ifade etmeleri ve sağlık problemlerini öne çıkarmaları ile açıklanabilir. Ayrıca erkeklere oranla daha fazla zaman bulmaları da etken olabilir.³²

2005 yılında Viyana'da, Avrupa Erkek Sağlığı Forumu düzenlenmiştir. Ve ilk Erkek Sağlığı Bildirgesi imzalanmıştır. Bu bildirmede, erkeklerin sağlık sorunlarına kadınlar gibi yaklaşmadıkları için milyonlarcasının tanı almadığı veya hastalığın ilerlemiş bir safhasında sağlık hizmeti talep ettikleri, her türlü sağlık hizmetine erişim konusunda başarısız kaldıkları vurgulanmıştır.³³ Çalışmamızda başvuru yapan erkek hastaların, kadın hastalardan az olması bu bildirmeyi destekler gibi görünmektedir.

Çalışmaya aldığımız hastaların 5717'si (%94,3) SGK'lı, 317'si (%5,2) ücretli, 17'si (%0,3) resmi kurum güvenceli, 1 kişi de yeşilkart güvenceli olarak başvuru yapmıştır. Ayrıca 3791 kişinin çalışan, 1808 kişinin emekli olduğu saptanmıştır.

Şensoy'un Umurlu Aile Hekimliği Merkez'inde yaptığı çalışmada % 71,8'inin SSK'lı, %16,9'unun Emekli Sandığı, %11,1'inin Bağkur, %0,2'sinin Yeşilkart'lı olduğu görölmüřtür³⁷ Kocaeli Üniversitesi Değirmendere Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran hastaların %79,2'i Emekli Sandığı, %8,1'i Resmi Sevкли, %7,1'i SSK, %0,5'i Bağkur'lu idi²².

Çalışmamızda başvuru yapanların geldiği illere bakıldığında; 5155 kişiyle (%85) Samsun'un birinci sırada, 171 kişiyle (%2,8) Ordu'nun ikinci sırada ve 83 kişiyle (%1,4) Amasya'nın üçüncü sırada olduğu tespit edilmiştir. Geldiği bölgelere bakıldığında; 5698'inin (%94) Karadeniz bölgesinden, 364'ünün (% 6,0) Karadeniz dışı bölgelerden olduğu saptanmıştır. Ayrıca başvuruların 6005'i (%99,0) T.C. uyruklu, 57'si (%1,0) yabancı uyrukludur.

Çalışmamızda, hastalara en sık konulan tanılar; akut üst solunum yolu enfeksiyonu, laboratuvar muayenesi ve anemi olarak bulunmuştur. En az konulan tanılar ise; lipoprotein metabolizması bozuklukları, benign neoplazmlar, migren olarak sıralanmaktadır. Çukurova Üniversitesi –ATO Yalın Erez Sağlık Merkezi Aile Hekimliği Polikliniği'nin 2009 yılındaki çalışmada en sık konulan tanılar; akut üst solunum yolu enfeksiyonları, üriner sistem enfeksiyonu, hipertansiyon; en az konulan tanı ise anemi olarak tespit edilmiştir.³⁴

Bizim çalışmamızda mevcut olan laboratuvar muayenesi tanısı, tetkik yaptırmak amaçlı başvuran kişilere konulmuştur.

A.B.D.'de 1997 yılına ait sağlık verilerine bakıldığında en sık konulan tanılar sırasıyla farenjit dışındaki üst solunum yolu enfeksiyonları, esansiyel hipertansiyon ve yenidoğan veya çocuk kontrol muayeneleri olduğu; yine en az sıklıkta ise allerjik rinit tanısı konulduğu bulunmuştur.³⁵

Doğankent Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesi 2003 yılı çalışma raporunda da benzer sonuçlar bulunmuş; tüm yaş gruplarında görülen ilk beş hastalık (150 başlıklı A listesine göre) sırasıyla; üst solunum yolu enfeksiyonu, akut tonsillit, akut bronşit, bronşiyolit, idrar yolu enfeksiyonu, iskelet-kas sistemi ve bağ dokusunun diğer hastalıkları şeklinde rapor edilmiştir.⁴¹

Umurlu Aile Hekimliği Merkezinde yapılan çalışmada en sık konulan tanılar sırasıyla; hipertansiyon, akut üst solunum yolu enfeksiyonu ve otit olarak tespit edilmiştir. En az sıklıkla konulan tanı ise gonartroz olarak bildirilmiştir.³⁷

Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Merkezlerinde muayene edilen 0-4 yaş grubundaki hastalara en sık konulan tanılar sırasıyla akut üst solunum yolu enfeksiyonu; akut otitis media; alt solunum yolu enfeksiyonu; anemi ve dermatit olarak tespit edilmiştir.³⁶

Çalışmamızda, benzer şekilde bu yaş grubundaki çocuklara en sık konulan tanıların uyumlu olarak akut üst solunum yolu enfeksiyonları (birden fazla ve tanımlanmamış yerlerin); olduğu gözlenmektedir. Çalışmamızda farklı olarak en az sıklıkta ise, beklenen normal fizyolojik gelişimin olmayışı, büyüme gelime geriliği, kilo alamama tanıları konulmuştur. Çalışmamızda 0-14 yaş grubunun birinci başvurularındaki en sık konulan tanılar; akut üst solunum yolu enfeksiyonu, laboratuvar muayenesi, abdominal ağrı, pelvik ağrı olmuştur. 15-64 yaş grubunda en sık konulan tanılar; akut üst solunum yolu enfeksiyonu, laboratuvar muayenesi, anemidir. 65 ve üzeri yaş grubunda en sık konulan tanılar ise; laboratuvar muayenesi, hipertansiyon, insülin bağımlı olmayan diyabettir.

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'nde yapılan çalışmada²¹, hipertansiyon her iki cinsiyette de en sık karşılaşılan hastalığı ve her iki cinsiyette de aynı yaşlarda sıklığının arttığı bildirilmektedir (44 ve 66 yaşlarında) (Kadın: %24.3, Erkek: %4). Bizim çalışmamızda da, hipertansiyonun 50-54 yaş grubunda üçüncü sıklıkta konulan tanı olduğu, 55-59 yaş grubunda yine üçüncü sıklıkta konulan tanı olduğu, 60-64 yaş grubunda ise ikinci sıklıkta konulan tanı olduğu bulunmuştur. 65 yaş ve üstü grupta en sık konulan tanılar; hipertansiyon, insüline bağımlı olmayan diyabet, aterosklerotik kalp hastalığı, osteoporoz gibi yaşla artışı beklenen kronik hastalıklardır.

Ülkemizde hipertansiyon oldukça yaygın bir sağlık sorunudur. TEKHARF⁴⁴ çalışmasına göre, erişkin her üç kişiden birisinde hipertansiyon vardır. 2003 yılı nüfus verilerine göre ülkemizde 15 milyon hipertansif hasta vardır. Türkiye'de hipertansiflerin önemli bir kısmı (%58) ekonomik olarak üretken çağ olan orta yaş grubundadır. 60 yaşından sonra hipertansiyon prevalansı %60-80'lere yükselmektedir.

Çalışmamızda Türk toplumunda hipertansiyonun kadın ve erkeklerde sık görülen ve toplum sağlığını tehdit eden bir hastalık olduğu gerçeği desteklenmektedir.

İncelenen dosyalarda, yaşlılara daha fazla oranda birden fazla tanı yazıldığı tespit edilmiştir. Bunun nedeni, yaşlılık döneminde kronik hastalıkların artması ve uzun süreli tedaviler nedeniyle sık reçete yazılması olabilir.

Çocuklarda ve genç erişkinlerde hastalıklar daha çok enfeksiyon kaynaklı olduğundan, yazılan tanıları sınırlı ve yazılan tanı sayısı da daha az olmaktadır.

Hekimlerin hastalık tanıları yazarken, asıl hastalığın yanı sıra bazı yakınmaları da tanı olarak eklemeleri, birden fazla tanı yazılmasına neden olabilmektedir. Örneğin, ÜSYE ile beraber olabilen kas ağrıları için ikinci tanı olarak “miyalji” yazılmaktadır. Kimi zaman hastaların hekimden tanı dışında ilaç talep etmeleri hekimin yazdığı tanı sayısını arttırabilmektedir.

Sonuç olarak, hasta kayıtlarının eksiksiz tutulmasının, sürekli hasta bakımı sorumluluğu taşıyan Aile Hekimliği'nde özel bir önemi vardır. Hastanın kişisel ve tıbbi bilgilerinin, hekimlerin tanı ve yaptıkları işlemlerin önem derecesine bakılmaksızın kaydedilmesi gerekir. Ayrıca iyi tutulmayan kayıtların hem günlük pratiği, hem de gelecekle ilgili sağlık yönetimi planlarını etkilediği görülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Yaptığımız çalışma sonucunda elde ettiğimiz bulgular aşağıda maddeler halinde özetlenmiştir:

- 1) Aile Hekimliği Merkez Polikliniği'ne başvuran hastaların yaş ortalaması $30,2 \pm 14,1$ olup, çalışmaya dahil edilen 6062 hastanın %1,8'inin (n=111) 0-14 yaş grubunda olduğu; %95,2'sinin (n=5769)) 15-64 yaş grubunda olduğu, 65 yaş ve üzeri gruptaki hastaların oranının % 2,9 (n=182) olduğu dikkat çekmektedir. 15-64 yaş grubunun içinde, en çok hastanın %32,0(n=1937) ile 20-24 yaş aralığında olduğu saptanmıştır. Başvuranların %56,5'inin (n=3426) kadın olduğu tespit edilmiştir.
- 2) Çalışmaya aldığımız hastaların 5717'si (%94,3) SGK'lı, 317'si (%5,2) ücretli, 17'si (%0,3) resmi kurum güvenceli, 1 kişi de yeşilkart güvenceli olarak başvuru yapmıştır. Ayrıca 3791 kişinin çalışan, 1808 kişinin emekli olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda başvuru yapanların geldiği illere bakıldığında; 5155 kişiyle (%85) Samsun'un birinci sırada, 171 kişiyle (%2,8) Ordu'nun ikinci sırada ve 83 kişiyle (%1,4) Amasya'nın üçüncü sırada olduğu tespit edilmiştir. Geldiği bölgelere bakıldığında; 5698'inin (%94) Karadeniz bölgesinden, 364'ünün (%6,0) Karadeniz dışı bölgelerden olduğu saptanmıştır. Ayrıca başvuranların 6005'i (%99,0) T.C. uyruklu, 57'si (%1,0) ise yabancı uyrukludur.
- 3) Çalışmaya alınan hastalar toplam 8928 başvuruda bulunmuş olup yaş gruplarına göre ilk başvuru ve tüm başvurulardaki en sık tanılar aşağıdaki tabloda özetlenmiştir (Tablo34).

Tablo34. Çalışmaya Alınan Hastaların Başvuru Durumlarına, Geldiği Yerlere ve Yaş Gruplarına Göre En Sık Aldığı Tanılar

	TANILAR
İlk Başvuruda	1)Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu 2) Laboratuvar Muayenesi 3)Anemi
Tüm Başvurularda	1)Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu 2) Laboratuvar Muayenesi 3)Anemi
Geldiği İl	
Samsun	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu
Ordu	Laboratuvar Muayenesi
Amasya	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu
Geldiği Bölge	
Karadeniz Bölgesi	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu
Karadeniz Dışı Bölgeler	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu
Geldiği Ülke	
Türkiye	Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu
Azerbaycan	Laboratuvar Muayenesi
İran	Laboratuvar Muayenesi
İlk Başvurular	
0-14 Yaş	1)Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu 2) Laboratuvar Muayenesi 3) Abdominal Ağrı, Pelvik Ağrı, Akut Batın,Üst Karın Ağrısı,Bağırsak gazı infantil kolik, Diğer
15-64 Yaş	1)Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu 2) Laboratuvar Muayenesi 3)Anemi
65 Yaş ve Üstü	1) Laboratuvar Muayenesi 2)Hipertansiyon 3)İnsülin Bağımlı Olmayan Diyabet

Tablo34.Çalışmaya Alınan Hastaların Başvuru Durumlarına, Geldiği Yerlere ve Yaş Gruplarına Göre En Sık Aldığı Tanılar(Devamı)

0-4 Yaş	1)Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu 2) Laboratuvar Muayenesi 3)Anemi
5-9 yaş	1)Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu 2) Laboratuvar Muayenesi 3)Anemi
10-14 Yaş	1)Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu 2) Laboratuvar Muayenesi 3)Abdominal Ağrı, Pelvik Ağrı, Akut Batın,Üst Karın Ağrısı,Bağırsak gazı
15-19 Yaş	1)Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu 2) Laboratuvar Muayenesi 3)Abdominal Ağrı, Pelvik Ağrı, Akut Batın,Üst Karın Ağrısı,Bağırsak gazı
20-24 Yaş	1)Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu 2) Laboratuvar Muayenesi 3)Anemi
25-29 Yaş	1) Laboratuvar Muayenesi 2) Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu 3)Anemi
30-34 Yaş	1) Laboratuvar Muayenesi 2) Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu 3)Anemi
35-39 Yaş	1)Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu 2) Laboratuvar Muayenesi 3)Anemi
40-44 Yaş	1) Laboratuvar Muayenesi 2) Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu 3)Anemi
45-49 Yaş	1)Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu 2) Laboratuvar Muayenesi 3)Anemi

Tablo34.Çalışmaya Alınan Hastaların Başvuru Durumlarına, Geldiği Yerlere ve Yaş Gruplarına Göre En Sık Aldığı Tanılar(Devamı)

50-54 Yaş	1)Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu 2) Laboratuvar Muayenesi 3)Hipertansiyon
55-59 Yaş	1)Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu 2) Laboratuvar Muayenesi 3)Hipertansiyon
60-64 Yaş	1)Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu 2) Hipertansiyon 3) Laboratuvar Muayenesi
65-69 Yaş	1) Laboratuvar Muayenesi 2) İnsülin Bağımlı Olmayan Diyabet 3) Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu
70-74 Yaş	1)Akut Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu 2) Laboratuvar Muayenesi 3)Hipertansiyon
75-79 Yaş	1) Hipertansiyon 2) İnsülin Bağımlı Olmayan Diyabet 3) Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu
80-84 Yaş	1)Serebravasküler Hastalık 2) Laboratuvar Muayenesi 3)Peptik Ülser
85-89 Yaş	1) Hipertansiyon 2) Üriner Sistem Enfeksiyonu 3) İnsülin Bağımlı Olmayan Diyabet
90-94 Yaş	1) Anemi 2) Deri ve Subkutan Dokunun Lokal Enfeksiyonu 3) Laboratuvar Muayenesi

6.2. Öneriler

1) Sağlık kayıt sisteminin planlanması, kurulması ve çalıştırılması bir profesyonellik gerektirir. Bu nedenle çoğu ülkelerdeki gibi ülkemizde de üniversitelerde tıbbi dokümantasyon ya da sağlık kayıtları dalında eğitim veya lisans veren kuruluşların sayısı artırılmalı ve bu eğitimi alan kişiler, kayıtların doğru ve uygun şekilde tutulması için birinci basamakta görev almalıdırlar.

2) Sağlık alanında yapılacak çalışmalar için iki tip veri kaynağı vardır; araştırmalar ve tıbbi kayıtlar şeklindedir. Kayıtları düzenli olan ülkelerde sağlık hizmet kalitesinin yüksek olduğu düşünüldüğünde, ülkemizde de ulusal sağlık veri tabanı uygulamasına önem verilmelidir.

3) Teknolojinin hızla gelişmesinden faydalanarak, sağlık kayıt sistemleri ve birinci basamaktaki tıbbi kayıtlar yeniden düzenlenmelidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin geleceği elektronik sağlık kayıtları ve bilgi sistemi üzerine kurulu olacaktır. Birçok ülkede elektronik sağlık kaydı bir zorunluluktur. Avrupa'da kodlama sistemleri sağlık kaydının rutini haline gelmiştir. ABD'de The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) olarak bilinen yasa birinci basamak hekimlerinin de bildirimlerini elektronik olarak yapmalarını zorunlu tutmaktadır.³⁸ ABD'de birçok aile hekimliği merkezi elektronik sağlık kayıtlarını başarıyla uygulamaktadır. Ülkemizde de Sağlıkta Dönüşüm Projesi çerçevesinde benzer gelişimler yaşanmaya devam etmektedir.

4) Elektronik sağlık kayıtlarının, aile hekimliğinin kaynak yönetimi ilkesi ile uyumlu olarak, akılcı ilaç, laboratuvar, görüntüleme, konsültasyon ve sevk kullanımı ve hastane yatışlarını azaltma, ekonomik tasarruf sağlama, sağlık ekibi arasındaki iletişimi artırma, görev dağılımlarını kolaylaştırma, veri kalitesini artırma, tıbbi hataları azaltma, hekime karar desteği sağlama gibi avantajları vardır.³⁹

5) Tüm dünyada yeni eğilim, hastaların daha doğrusu her insanın yaşam boyunca sağlığını ve hastalıklarını kayıt altına alan bir "sürekli sağlık kaydı"nın tutulmasıdır. 2002 yılında başlatılan Aile Hekimliğinin Geleceği (The Future of Family Medicine) projesinin sonuç raporunda da sağlık kayıtlarına önem verilmesi özellikle vurgulanmaktadır.⁴⁰ Bu raporu takiben, birçok birinci basamak sağlık kuruluşunda kayıtlara daha fazla önem verilmeye başlanmıştır.⁴²

6) Dünya Aile Hekimleri Birliği (Wonca) birinci basamaktaki sağlık kayıtlarında başvuru nedeni, tanı ve yapılan işlemin bir arada kodlanmasına imkan sağlayan International Classification of Diseases in Primary Care (ICPC-2) kodlama sisteminin kullanılmasını önermektedir.⁴³ Yakınmaların ICD-10'a göre kodlanmasında zorluklar yaşanmıştır. Birinci basamağa uygun olarak geliştirilen ICPC-2 kodlama sisteminin Türkiye'deki birinci basamağa uyarlanması önermekteyiz.

7) Hasta kayıtları eksiksiz tutulmalıdır. Bilgisayar tabanlı iyi bir kayıt sistemi geliştirilmelidir. Dosyaya dayalı tıbbi kayıt sisteminden bilgisayar tabanlı tıbbi kayıt sistemine geçiş döneminde, iki sistem bir arada kullanılmalıdır. Gerek bilgisayar tabanlı kayıtlar gerek dosya kayıtları olsun tam ve eksiksiz olarak tutulmalıdır.

8) Kayıt sistemi, birinci basamak ile diğer basamaklar arasında iletişim ile geri bildirim sağlayacak şekilde düzenlenmeli; bunun temel dayanağının birinci basamak sağlık sisteminin, tüm sağlık sisteminin kalitesini etkileyen en önemli belirleyici olduğu yaklaşımı özellikle benimsenilmeli ve buna uygun otomasyon sistemi için projeler planlanmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Saravi B M, Kabirzadeh A. Tıbbi Kayıtların Üretilmesinde İbn Sina'nın Rolü, *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 2005, 13: 137-139.
2. Aktürk Z. Aile Hekimliğinde Kayıtlar, *V. Ulusal Aile Hekimliği Kongre Kitapçığı*, Adana.2002;58-69.
3. Saravi B M, Kabirzadeh A. Farklı Tıbbi Kayıt Biçimleri Tarihinin ve Bunların Tıp Eğitimine Etkilerinin İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*. 2006; 14:159-162,
4. Ritchie L. *Computers in Primary Care*. Londra: William Heinemann Medical Books Ltd, 1984;5-33.
5. Mc Whinney I R. *A Textbook of Family Medicine*.2nd Ed, Newyork: Oxford University Press, 1997:377-380.
6. Sümbüloğlu K. *Sağlık Alanına Özel İstatistiksel Yöntemler*.2.Basım, Ankara: Somgür Yayıncılık, 1982; 243-252.
7. Göçmen E.Tıbbi Kayıtların Tutulması ve Hukuksal Sorumluluk.(elektronik)
Erişim:<http://www.hukukrehberi.net/makaleler/guncelgoster.asp?id=44>
ErişimTarihi:14.012.2014.
8. Stephenson A. *A Textbook of General Practice*.1st Ed, London: Hodder Arnold Publication, 1998; 177-178.
9. Rake R E, *The Problem Oriented Medical Care. Textbook of Family Practice*. 6th Ed, Philadelphia: W.B.Saunders Company, 2002; 1587-1602.
10. Berkow R. *The Merck Manual*.14. Baskı, İstanbul: Merk Yayıncılık, 1987;1639-1640.
11. Resmi Gazete. Hasta Hakları Yönetmeliği. TC Başbakanlık, Ankara, 01.08.1998: Sayı: 23420.
12. National Committee for Quality Assurance.Elektronik Erişim:www.ncqa.org
Erişim Tarihi: 24.12. 2014.
13. Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı Bilgi Toplu Dairesi;
Elektronik Erişim: http://www.bilgitoplumu.gov.tr/kdep/rapor/KDEP_53_Rapor.pdf
Erişim Tarihi: 08.01.2015.
14. Aile Planlaması İçin Kurs Notları, 1.Aşama, T.C Sağlık Bakanlığı. Elektronik Erişim:
www.saglik.gov.tr/aile/doc/ailehekkursnotlari.doc
Erişim Tarihi:08.01.2015.
15. Ölçer S, Yadigar Ö. ICD-10-AM Eğitim Dokümanı
Elektronik Erişim: www.konyasm.gov.tr/hbrc/dtyacsk.asp?sn=189- 4k.
Erişim Tarihi:19.01.2015.
16. Çinal A. Türkiye'de ICD-10 Nasıl Uygulanıyor? Türk Bilişim Kongresi.(elektronik)
Erişim:(www.turkmia.org/eski/kongre/konusma/dizdar%20icd.pdf).
Erişim Tarihi:19.01.2015.
17. Öztekin Z. Birinci Basamak Sağlık Personeli İçin Sağlık Ocağı İşlevi ve Yönetimi. T.C. Sağlık Bakanlığı, 8.Basım, Ankara, 2001; 3-7.
18. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. Ankara, 2001; 76-88.

19. Nucleus Veri Analiz Programları.(elektronik)
Erişim:(www.webdata.name.tr) Erişim Tarihi:01.11.2014.
20. Uz LR. Çukurova Üniversitesi –ATO Yalın Erez Sağlık Merkezi Aile Hekimliği Polikliniği'nin 1999 Çalışmalarının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, 2007.
21. Turfaner Ertürk N, Süt N, Sipahioğlu F. A Three Years Profile of Patients Referring to Family Medicine Outpatient Clinics. *Cerrahpaşa J Med* 2004; 35: 115-121.
22. Topallı R, Aladağ N, Tuncay MF, Topsever P. Ciğerli Ö, Görpeliöglu S.Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniklerinin Sağlık Hizmeti Sunumundaki Yeri: Değirmendere Deneyimi.*Türk Aile Hekimliği Dergisi* 2003; 7(4) 165-170).
23. David A, Woodwell and Donald K, Cherry MS. National Ambulatory Medical Care Survey: 2002 Summary. *Advance Data*, 2004;346(26):1-44.
24. Britt H, Charles J. BEACH Project. Changes Since 1991. Avustralya, 1999 (Electronic) Erişim: (<http://www.Aihw.gov.au/inet/publications/health/>) Erişim tarihi:20.02.2015
25. Topallı R, Aladağ N, Tuncay MF, Topsever P. Ciğerli Ö, Görpeliöglu S.Hereke Aile Hekimliği Merkezi 2001 Yılı Başvuru Nedenleri ve Yapılan Sevklerin Değerlendirilmesi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 2003; 7(1):18-22.
26. Cerrahoğlu A. Aile Hekimliği Saha Deneyimi Konuşma Metni. Edirne; 1. Ulusal Aile Hekimliği Günleri.Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. 2001.
27. United Nations Populations Fund. Improving Reproductive Health. (Electronic) Erişim: (<http://www.unfpa.org/mothers/contraceptive.html>) Erişim Tarihi: 14.03.2015.
28. Toros A, Öztekin Z. Major Issues of Health Services Utilization in Turkey. Health Services Utilization Survey in Turkey. Ministry of Health, Turkey, 89, 1996.
29. Üreme Sağlığına Giriş, Katılımcı Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Erişim:http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/yayinlar/pdf_dokumanlar/02_USG.pdf. Erişim tarihi: 20.04.2015.
30. T.C Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Türkiye' de Kadının Durumu. Ocak 2009, Ankara.Erişim: (<http://www.ksgm.gov.tr>) Erişim tarihi: 25.04.2015.
31. Stoverinck M J, Lagro-Janssen A L, Weel C V. Sex Differences in Health Problems, Diagnostic Testing and Referral in Primary Care. *J Fam Pract* Dec; 43 (6): 567-76, 1996.

32. Buğdaycı R, Şaşmaz. T, Kurt A Ö, Tezcan H. Bir Kent Tipi Sağlık Ocağında Yazılan Tanıların İncelenmesi. *Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni*. Ekim 2002; Yıl 23, Sayı 4.(Elektronik) Erişim: (www.thb.hacettepe.edu.tr/yazok.shtml).17.04.2015
33. Avrupa Erkek Sağlığı Viyana Bildirgesi. 1 Ekim 2005. (Elektronik)
Erişim:(www.emhf.org/resource_images/TUViennadeclaration.pdf)
Erişim Tarihi: 02.04.2015.
34. Uz ÖÖ. Çukurova Üniversitesi –ATO Yalım Erez Sağlık Merkezi Aile Hekimliği Polikliniği'nin 2003 Yılı Çalışmalarının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, 2009.
35. Rakel, D. (Ed.), Textbook of family medicine. Elsevier Health Sciences, 2011.
36. Uludağ Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı-Nilüfer Belediyesi Nilüfer Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesi 2006 yılı Çalışma Raporu.Nilüfer/Bursa.31.Aralık.2006
37. Şensoy N. Umurlu Aile Hekimliği Merkezi'nde Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Profili: Aile Hekimliği Alan Eğitimi Gereksinimini Ne Ölçüde Karşılıyor? T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Aydın, 2009.
38. Insurance Portability and Accountability Act. CMS 2006 (cited 2006 Jun 16);Available from: URL: <http://www.hipaa.org>
39. Wang SJ, Middleton B, Prosser LA, Bardon CG, Spurr CD, Carchidi PJ, et al. A Cost Benefit Analysis of Electronic Medical Records in Primary Care. *Am J Med* 2003 April 1;114(5):397-403
40. Jones WA, Avant RF, Davis N, Saultz J, Lyons P. Task Force Report 3. Report of the Task Force on Continuous Personal, Professional and Practice Development in Family Medicine. *Ann Fam Med* 2004;2(Supplement 1):65-74
41. Akbaba M, Sütölk Z, Yücel B, Özdener N. Doğankent Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesi 2003 Yılı Çalışma Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Adana, 2004.
42. McDougle L, Gabel LL, Stone L. Future of Family Medicine Workforce in the United States. *Fam Pract* 2006 Feb;23(1):8-9
43. Wonca International Classification Committee. ICPC2R: International Classification of Primary Care. Londra: Oxford University Press;2005)
44. Altun B, Arici M, Nergizoğlu G, Derici U, Karatan O,Turgan J, Sindel S, Erbay B, Hasanoğlu E, Çağlar S. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *J Hypertens*. 2005 Oct;23(10):1817-23.

8. EKLER

8.1 Ek 1. Araştırma Bilgi Formu

Hasta no

Dosya no

Ad-soyadı

Cinsiyeti

Doğum tarihi

Yaş

T.C Kimlik no

Uyruk

Medeni durumu

Adres

Başvuru Tarihi:

Başvuru 1. tanı

2. tanı

3. tanı

8.2 Ek 2. Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Merkez Polikliniği Hasta Kayıt Programı 'NUCLEUS V9.12.109'



Şekil 1. Kayıt Programının giriş sayfası.

Hasta Bilgileri ve Bilgi Değişimleri Görüntüleme

Tanı
Hasta No: **EREN YİĞİT - (E)**
1256891 Yaş: 01/01/2008 - 7 yıl 5 ay Dosya No: 1220223 TC Kimlik No: 50212762814

Hasta Bilgileri Hasta Bilgi Değişimleri Hasta Telefon Bilgi Değişimleri

Genel Hasta Bilgileri

Doğum İli: SAMSUN Adres: KADİFEKALE MH.PAŞA MAHMUT SK.EMEK APT.KAT:1 D:3 SAMSUN

Geldiği Yer: SAMSUN

Medeni Durum:

Önceki Soyadı:

Anne Adı: SİBEL

Baba Adı: MUJAMMER

Uyruk Bilgisi: T.C.

Telefon Bilgileri:

Tipi	Kod	Telefon No	Dahili	Açıklama
Cep	505	2593726		

Nüfus Bilgileri

Belge Tipi:

Belge Seri No:

Kayıtlı Olduğu:

İl:

İlçe:

Mahalle:

Cilt No:

Aile Sıra No:

Sıra No:

Kayıt Eden: ÖZLEM BEHIYE SOYLEMEZ - SKT 162

Detay Bilgiler

Öğrenim Durumu:

Mesleki Durum:

E-Mail Adresi:

Hasta Vergi No:

Statü Bilgileri

Hasta Durumu: Aktif

Ölüm Tarihi: / /

Merkezde çalışan personelin Sicil No bilgileri:

Kurum Sicil No:

Aile Bilgileri

Anne Bilgileri: -

Baba Bilgileri: -

Bastır Rapor Tanımı Çıkış

Şekil 2. Kayıt programının dosya no, isim, cinsiyet, doğum tarihi, uyruk, medeni durum, adres verilerinin girildiği sayfa.

Tanı
Hasta No: 1256891 **EREN YİĞİT - (E)**
Yaş: 01/01/2008 - 7 yıl 5 ay **Dosya No:** 1220223 **TC Kimlik No:** 50212762814

Bütün Başvurular **Başvuru:** 325396 - (BNo: 3) - SGK BAŞKANLIĞI ANKARA BAŞKENT V.D. 775 040 9379 - 25/06/2015 08:48 - Üroloji -
Muayene: 25/06/2015 - Üroloji/Üroloji Polikliniği - ŞABAN SARIKAYA (Prof.Dr.)-(2346538)

Hasta Tanı Giriş Hasta Tanı Bilgileri Görüntüleme

Tanı: N39.9 Üriner sistemin bozukluğu, tanımlanmamış + Tanı Ekle

Tanı Tarihi: 25/06/2015 İlk Tanı Tarihi: // İlk Tanı Tarihi: // Ön Tanı Kesin Tanı Yön: ▼

Bölüm: Üroloji Primer Tanı Ana Tanı Sağlık Kurulu Raporu Var: ▼

Doktor: SÜLEYMAN ÖNER (Asistan Dr.) Katılım payı alınmayan kronik tanılarda seçilmesi zorunludur!

Açıklama: Ölüm Nedeni: ▼

Primer Kodu	Tanı Adı	Tarihi	İşlem	Tanı Aç
<input checked="" type="checkbox"/> N39.9	Üriner sistemin bozukluğu, tanımlanmamış	25/06/2015		

Şekil 3. Kayıt programının tanı giriş sayfası.

Tanı
Hasta No: **EREN YİĞİT - (E)**
1256891 Yaş: **01/01/2008 - 7 yıl 5 ay** **Dosya No: 1220223** **TC Kimlik No: 50212762814**

Bütün Başvurular **Başvuru:** 325396 - (BNo: 3) - SGK BAŞKANLIĞI ANKARA BAŞKENT V.D. 775 040 9379 - 25/06/2015 08:48 - Üroloji - Ayaktan
Muayene: 25/06/2015 - Üroloji/Üroloji Polikliniği - ŞABAN SARIKAYA (Prof.Dr.)-(2346538)

Hasta Tanı Giriş / Hasta Tanı Bilgileri Görüntüleme

Tarih Aralığı: 1 Yıllık 3 Aylık 1 Aylık 1 Haftalık Diğer 25/06/2015 15 25/06/2015 15

Bütün Başvurular İptal Edilenler Dahil

Bir sütuna göre gruplandırmak için, sütunun üstbilgisini sürükleyin

Başvuru No	Başvuru T:	Başvuru Türü	Primer	Kodu	Tanı Adı	Kayıt Eden Personel
3	25/06/2015	Ayaktan	<input checked="" type="checkbox"/>	N39.9	Üriner sistemin bozukluğu, tanımlanmamış	Asistan Dr. SÜLEYMAN ÖNER
1	28/06/2010	Ayaktan	<input type="checkbox"/>	D50.8	Demir eksikliği anemileri, diğer	SEBAHATTİN ÜSTÜNER
2	28/06/2010	Yatan	<input checked="" type="checkbox"/>	D69.3	İdiyopatik trombositopenik purpura	Asistan Dr. Mahmut TAŞDEMİR

Şekil 4. Kayıt programının başvuru tarihi ve tanılarının kontrol sayfası.

8.3. Ek 3. Çalışmamızda Geçen Hastalık ve Tanıların ICD-10 Kodları

Tablo 35. Çalışmamızda Geçen ICD-10 Tanı Kodları

Hastalık veya Tanı Adı	ICD-10 Kodu
Ateş, Sebebi Bilinmeyen, Üşüme İle Birlikte, Tanımlanmamış, Diğer	R50
Yenidoğanın Kardiyovasküler Bozuklukları, Kalp Yetmezliği, Kardiyak Disritmi	P29
Yeni Doğanda Beslenme Problemleri, Kusma, Regürjitasyon, Yavaş Eksik Beslenme, Aşırı Beslenme, Meme Emmede Güçlük	P92
Yenidoğanın Primer Uyku Apnesi	P28.3
Yenidoğanın Diğer Apneleri	P28.4
Yenidoğan Sarılığı, Fizyolojik Sarılık, Anne sütü Sarılığı, Diğer Tanımlanmamış Sebeplere Bağlı Yenidoğan Sarılığı	P59
Yenidoğanda Kutanöz Hemoraji, Ekimoz, Peteşi	P54.5
Yenidoğanda Vajinal Hemoraji	P54.6
Yenidoğanda Hemoraji, Diğer Tanımlanmamış	P54.9
Aşırı Ağlama, Genel Semptom Ve Diğer Tanımlanmamış Belirtiler	R68
Enfektif Olmayan Yenidoğan Diyaresi	P78.3
Bebeklik Ve Çocukluk Dönemi Pikası	F98
Yenidoğan Ateşi	P81.0
Bulantı, Kusma	R11
Kabızlık, Fonksiyonel Diyare, Fonksiyonel Barsak Bozuklukları	K59
Abdominal Ağrı, Pelvik Ağrı, Perineal Ağrı, Üst Karın Ağrısı, Barsak Gazı, İnfantil Kolik, Tanımlanmamış Diğer Karın Ağrıları	R10
Solunum Anormallikleri, Dispne, Stridor, Hırıltı, Wheezing, Hıçkırık, Hapşırık, Hiperventilasyon, Ağız Solunumu, Solunumun Diğer Anormallikleri	R06
Öksürük	R05
Deride Siyanoz, Solukluk, Kızarma, Spontan Ekimoz, Diğer Tanımlanmamış Deri Değişiklikleri	P23
Kalp Atım Anormallikleri, Taşikardi, Bradikardi, Nabız Anormallikleri	R00
Kardiyak Üfürümler, Kardiyak Sesler, Benign Üfürümler	R01
Viral Enterit, Rotavirus Enteriti, Adenovirus Enteriti, Viral Barsak Enfeksiyonları	A08
Enfeksiyöz Kaynaklı Olduğu Düşünülen Diyare Ve Gastroenterit	A09
Bakteriyel Barsak Enfeksiyonu, Ecoli, Kampilobakter, Yersinia, Clostridium Difficile Enteriti	A04
Salmonella Enteriti	A02
Shigella Enteriti	A03
Akut Amipli Dizanteri, Kronik Barsak Amebiyazı, Barsakta Ameboma, Amipli Karaciğer Apsesi, Amipli Akciğer Apsesi, Kutanöz Amebiyaz	A06
Gastroenterit Ve Kolit, Enfektif Olmayan, Tanımlanmamış, Radyasyona Bağlı Gastroenterit, Toksik Gastroenterit Ve Kolit	K52.9
Hepatomegali, Splenomegali	R16
Demir Eksikliği Anemisi	D50
Alfa Talasemi, Beta Talasemi, Delta-Beta Talasemi, Talasemi Taşıyıcılığı, Fetal Hemoglobinin Kalıtsal Kalıcılığı	D56
Orak Hücreli Anemi, Orak Hücre Taşıyıcılığı, Diğer Orak Hücre Bozuklukları	D57
Emosyonel Duruma Ait Semptom Ve Belirtiler, Huzursuzluk, Ajitasyon, Sinirlilik, Mutsuzluk, Kızgınlık, Stres, Şok	R45
Beklenen Normal Fizyolojik Gelişmenin Olmayışı, Büyüme Gelişme Geriliği, Kilo Alamama	R62
Yakınma veya Bilinen Teşhisi Olmayan Kişilerin Genel Muayene ve İncelemesi	Z00
Kulak Ağrısı (Otalji), Kulak Akıntısı (Otore)	H92
Kulakta Yabancı Cisim	T16

Tablo 35. Çalışmamızda Geçen ICD-10 Tanı Kodları (devamı)

Hastalık veya Tanı Adı	ICD-10 Kodu
Dış Kulağın Diğer Bozuklukları, Dış Kulakta Sıkışmış Serumen, Dış Kulak Yolu Kazanılmış Stenoza	H61
Enfektif Veya Enfektif Olmayan Otitis Eksterna, Diğer Tanımlanmamış Otitis Eksterna, Dış Kulak Yolu Apseleri, Dış Kulak Sellülit	H60
Nonsüpüratif Otitis Media	H65
Konjonktivit	H10
Arpacık, Göz Kapağının Diğer Derin Enfeksiyonu, Şalazyon	H00
Dakriyoadenit, Dakriyosistit, Lakrimal Sistemin Tanımlanmamış Bozuklukları, Çapaklanma	H04
Strabismus (Şaşılık)	H50
Napkin Dermatiti, Bebek Bezi Dermatiti, Pişik	L22
Kızarıklık ve Diğer Tanımlanmamış Deri Döküntüsü	R21
Bağışıklama Sonrası Döküntü	T88
UV Işığa Bağlı Akut Deri Değişikliği	L56
Oral ya da Parenteral Alınan Maddeye Bağlı Döküntü, Gıdaya veya İlaça Bağlı Döküntü	L27
Bakteriyel Aşıların (BCG-DBT) Neden Olduğu Yan Etki	Y58
Aşıların (Viral, Riketsiyal, Protozoal), İmmünglobulinlerin ve Biyolojik Maddelerin Neden Olduğu Ters Etkiler	Y59
Ağrı Kesici, Ateş Düşürücü ve Antienflamatuarların Yan Etkisi	Y45
Topikal Ajanların (Pomad, Sprey, Göz Damlası) Yan Etkisi	Y56
Sistemik Antibiyotiklerin (Penisilin, Sefalosporin, Makrolid, Tetrasiklin, Aminoglikozid, Rifampisin) Yan Etkisi	Y40
Yenidoğan Omfaliti (Hafif Kanamalı veya Kanamasız)	P38
Deri ve Subkütanöz Dokunun Granümatöz Bozuklukları (Umblikal Granülom)	L92
Dermatofitoz (Tinea Kapitis, Kerion, Tinea Pedis, Tinea Unguium, Tinea Cruris)	B35
Moniliaz (Pamukçuk), Kandida Stomatiti, Ürogenital Bölgelerin Kandidiyazı, Vulva ve Vajina Kandidiyazı	B37
Deride Abse, Fronkül, Karbonkül	L02
Miliaria (İsilik)	L74
İnfantil Akne, Akne Vulgaris, Akne Kongulobata, Akne Tropika	L70
Dil Hastalıkları, Harita Dil, Glossit, Tanımlanmamış Dil Hastalıkları	K14
Akut Nazofaranjit (Nezle)	J00
Yüzeysel Kafa Yaralanması	S00
Akut Tonsillit	J03
Pruritis (Kaşıntı)	L29
Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları (Birden Fazla ve Tanımlanmamış Yerlerin)	J06
Pnömoni (Tanımlanmamış Organizmalar)	J18
Bakteriyel Pnömoniler	J15
Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu (Tanımlanmamış)	J22
Akut Bronşit	J20
Akut Bronşiyolit	J21
Hipertansiyon (Önceden Mevcut Olan, Esansiyel, Gebelikte)	O10
Tip-1 Diabetes Mellitus	E10
Tip-2 Diabetes Mellitus	E11
Üriner Sistem Enfeksiyonu	N39
Hiperlipidemi, Lipoprotein Metabolizması Bozuklukları	E78
Kalp Yetmezliği	I50
Ovulasyon Ağrısı, Disparoniya, Vajinismus, Dismenore, Premenstrüel Gerilim Sendromu	N94

Tablo 35. Çalışmamızda Geçen ICD-10 Tanı Kodları (devamı)

Hastalık veya Tanı Adı	ICD-10 Kodu
Hipotiroidi	E03
Hiperemezis Gravidarum	O21
Postmenopozal Osteoporoz, Patolojik Kırıksız Osteoporoz	M81
Depresif Nöbet	F32
Kadın İnfertilitesi	N97
Menstruasyonun Yokluğu, Azlığı, Seyrekliği (Amenore, Oligomenore)	N91
Menopozal ve Perimenopozal Bozukluklar	N95
Patolojik Kırık İle Birlikte Olan Osteoporoz	M80
Hipertiroidi	E05
Yineleyen Depresif Bozukluk	F33
Anksiyete Bozuklukları	F41
Obsesif Kompulsif Bozukluk	F42
Organik Olmayan Uyku Bozuklukları	F51
Cinsel Fonksiyon Bozukluğu	F52
Menstruasyonun Aşırı, Sık, Düzensiz Olması	N92
Ses Bozuklukları, Diğer Ve Tanımlanmamış	R49.8
baş dönmesi (Vertigo)	R42
Kırgınlık ve Yorgunluk	R53
Obezite	E66
Baş Ağrısı	R51
Demir Eksikliği Anemisi	D50
Ortostatik Hipotansiyon	I95.1
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	F41.1
Gerilim Baş Ağrısı	G44.2
Organik Olmayan Uyku Bozukluğu, Tanımlanmamış	F51.9
Boğaz Ağrısı	R07.0
Boyun Ağrısı	M54.2
Servikal Disk Bozukluğu, Tanımlanmamış	M50.9
Gebelik, Doğrulanmış	Z32.1
Yaygın Hiperhidroz	R61.1
Gebelik, Henüz Doğrulanmamış	Z32.0
Omuzun Adeziv Kapsüliti	M75.0
Dizüri	R30.0
Poliüri	R35
Üriner İnkontinans, Tanımlanmamış	R32
Rahim İçi Aracın Yerleştirilmesi	Z30.1
Nonsüpüratif Otitis Media, Tanımlanmamış	H65.9
Serviks Uterinin Enflamatuvar Hastalığı	N72
Vajinanın Diğer Tanımlanmış Enflamatuvar Bozuklukları	N89.8
İleti Tipi İşitme Kaybı, Tek Taraflı Olup Diğer Kulakta İşitme Azalmamış	H90.1
Rahim İçi Aracın Gözetimi	Z30.5
Raşitizm, Aktif	E55.0
Anormal Kilo Kaybı	R63.4
Vitamin D Eksikliği, Tanımlanmamış	E55.9
Kaşeksi	R64
Gastro-Özofajial Reflü Hastalığı, Özofajit İle	K21.0
Gastro-Özofajial Reflü Hastalığı, Özofajitsiz	K21.9
Presbiakuzi	H91.1
İşitme Kaybı Diğer, Tanımlanmış	H91.8

Tablo 35. Çalışmamızda Geçen ICD-10 Tanı Kodları (devamı)

Hastalık veya Tanı Adı	ICD-10 Kodu
İşitme Kaybı, Tanımlanmamış	H91.9
İnfluenza; Diğer Solunum Yolu Bulguları İle, Virüs Belirlenmemiş	J11.1
Allerjik Rinit, Tanımlanmamış	J30.4
Kronik Farenjit	J31.2
Ağrılı İşeme, Tanımlanmamış	R30.9
Hematüri, Tanımlanmamış	R31
İdrar Retansiyonu	R33
Doğumdan Hemen Sonra Muayene Ve Bakım	Z39.0
Emziren Annenin Bakım Ve Muayenesi	Z39.1
Rutin Doğum Sonrası Takip	Z39.2
Bel Ağrısı	M54.5
Kloasma	L81.1
Pediculus Humanus Capitis'e Bağlı Pediküloz	B85.0
Pediculus Humanus Corporis'e Bağlı Pediküloz	B85.1
Skabiyez	B86
Artropatiler, Diğer, Tanımlanmış, Başka Yerde Sınıflanmamış	M12.8
Somatizasyon Bozukluğu	F45.0
Primer Yaygın (Osteo)Artroz	M15.0
Eklem Ağrısı	M25.5
Kulak Zarının Perforasyonu, Tanımlanmamış	H72.9
Atopik Dermatit, Tanımlanmamış	L20.9
Sebore Kapıt	L21.0
Seboreik Dermatit, Tanımlanmamış	L21.9
Ekstremitte Ağrısı	M79.6
Çarpıntı	R00.2
Teşhis Edilmemiş Korku Verici Şikayeti Olan Kişi	Z71.1
Danışma, Tanımlanmamış	Z71.9
Barsak Parazitozu, Tanımlanmamış	B82.9
Göğüs Ağrısı, Tanımlanmamış	R07.4
Solunumda Göğüs Ağrısı	R07.1
Mitral Kapak Hastalıkları, Diğer	I05.8
Prekordial Ağrı	R07.2
Fallot Tetralojisi	Q21.3
Abdominal Herni Diğer, Tanımlanmış Obstrüksiyon ve Gangrensiz	K45.8
Vajina Salgıları ve Sürüntülerinde Anormal Bulgular	R87.2
Serviks Uteri Salgıları ve Sürüntülerinde Anormal Bulgular	R87.1
Migren, Tanımlanmamış	G43.9
Anal Fissür, Akut/	K60.0
Anüs Ve Rektum Hastalığı, Tanımlanmamış	K62.9
İnmemiş Testis, Unilateral	Q53.1
İnmemiş Testi, Bilateral	Q53.2
Kas Zorlanması	M62.6
Akut Sinüzit	J01
Gastrit, Tanımlanmamış	K29.7
Dispepsi	K30
Lomber Omurga ve Pelvis Diğer ve Tanımlanmamış Kısımlarının Burkulma ve Gerilmesi	S33.7
Febril Konvülsiyon	R56.0
Siyatik	M54.3
Lumbago, Siyatik ile	M54.4
Üriner İnkontinans, Tanımlanmamış	R32
Bölgesel Büyümüş Lenf Nodları	R59.0
Ete Doğru Büyüyen Tırnak	L60.0
Senkop ve Bayılma	R55

Tablo 35. Çalışmamızda Geçen ICD-10 Tanı Kodları (devamı)

Hastalık veya Tanı Adı	ICD-10 Kodu
Trigeminal Nevralji	G50.0
Atipik Fasiyal Ağrı	G50.1
Memede Tanımlanmamış Kitle	N63
Memenin Karsinoma İn Situsu, Tanımlanmamış	D05.9
Osteofit	M25.7
Skar Yapmayan Saç Kaybı, Diğer	L65
Çiller	L81.2
Tiroid Fonksiyon Testlerinin Anormal Sonuçları	R94.6
Torasik Vertebrada Ağrı	M54.6
İnatçı Somatoform Ağrı Bozukluğu	F45.4
Angina Pectoris, Tanımlanmamış	I20.9
Astım, Tanımlanmamış	J45.9
Peptik Ülser, Yeri Tanımlanmamış	K27
Kolelitiazis, Diğer	K80.8
Aterosklerotik Kalp Hastalığı	I25.1
Rutin Çocuk Sağlığı Muayenesi	Z00.1
Jinekolojik Muayene (Genel) (Olağan)	Z01.1
Laboratuvar Muayenesi	Z01.7
Kabakulak	B26
Psoriasis	L40
Derinin ve Subkutanöz Dokunun Lokalize Şişme, Kitle ve Yumrusu	R22
Herpes Virüs Veziküler Dermatiti	B00.1
Organik Olmayan Entürezis	F98.0
Böbrek ve Üreter Taşı	N20
Parmakların Çomaklaşması	R68.3
Vazomotor Rinit	J30.0
Tükürük Salgısı Bozuklukları	K11.7
Dermatit Diğer, Tanımlanmış	L30.8
Kişisel Sağlıksız Uyku-Uyanma Düzeni Öyküsü	Z91.3
Hamilelikte Ödem	O12.0
Gebelikte Az Kilo Alınması	O26.1
Anüs ve Rektum Hemorajisi	K62.5
Kontakt Dermatit, Tanımlanmamış	L25
Sarılık, Tanımlanmamış	R17
Karaciğer Fonksiyon Testlerinin Anormal Sonuçları	R94.5
Tik Bozukluklar	F95
Disosiyatif (Konversiyon) Bozukluklar	F44
Doğum Sonrası Bakım ve Muayene	Z39
Akut Vajinit	N76.0
Kadında Pelvik Enflamatuvar Hastalık, Tanımlanmamış	N73.9
Anormal Uterus ve Vajina Kanamaları Diğer, Tanımlanmış	N93.8
Böbrek Yetmezlikleri, Tanımlanmamış	N19
Alt Ekstremitte Mononöropatileri	G57
Görme Yolları Bozuklukları, Tanımlanmamış	H47.7
Anemi, Tanımlanmamış	D64.9
Tremorun Diğer Tanımlanmış Şekilleri	G25.2
Polidipsi	R63.1
Polifaji	R63.2
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	F41.1
Kronik Bronşit, Basit ve Mukopürülan	J41
Derinin ve Derialtı Dokunun Diğer Lokal Enfeksiyonları	L08
Poliomyelit Sekeli	B91
Mastodini	N64.4

Tablo 35. Çalışmamızda Geçen ICD-10 Tanı Kodları (devamı)

Hastalık veya Tanı Adı	ICD-10 Kodu
Lenfadenit, Nonspesifik	I88
Kronik Seröz Otitis Media	H65.2
Deri ve Derialtı Dokunun Diğer Bozuklukları, Başka Yerde Sınıflanmamış	L98
Galaktore, Doğumla Birlikte Olmayan	N64.3
Disfaji	R13
Göğüste Yanma Hissi	R12
Rektosel	N81.6
Sistosel	N81.1
Üriner Sisteme Ait Diğer Semptom ve Belirtiler	R39
Ürtiker	L50
Esansiyel Tremor	G25.0
Burun ve Nazal Sinüslerin Diğer Tanımlanmış Bozuklukları	J34.8
Nazal Septum Deviasyonu	J34.2
Esansiyel (Hemorajik) Trombositemi	D47.7
Viral Siğiller	B07
Katarakt, Tanımlanmamış	H26.9
Polikistik Over Sendromu	E28.2
Anormal Kilo Alma	R63.5
Kızamık	B05
Sistosel	N81.1
Stomatit ve ilgili Lezyonlar	K12
Ağız Kuruluğu, Tanımlanmamış	R68.2
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Diğer	J44
Distimi	F34.1
Memenin Enflamatuvar Bozuklukları	N61
Göz Ağrısı	H57.1
Gözde Yabancı Cisim	T15
Hemoptizi	R04.2
Lipomatozis, Başka Yerde Sınıflanmamış	E88.2
Yumuşak Doku Bozuklukları, Kullanma, Aşırı Kullanma ve Basınç İle İlişkili	M70
Memenin Hipertrofisi	N62
Başın Yüzeysel Yaralanması, Tanımlanmamış Kısım	S00.1
Akut Pankreatit	K85
Varisella (Su Çiçeği)	B01
Romatoid Artrit, Diğer	M06
Deri Duyu Bozuklukları	R20
Kronik Nonsüpüratif Otitis Media, Diğer	H65.4
Hemipleji	G81
Hidrosel, Tanımlanmamış	N43.3
Panik Bozukluk (Epizodik Paroksizmal Anksiyete)	F41.0
Hemoroidler	I84
Anormal Kilo Kaybı	R63.4
Anoreksiya	R63.0
Ağrı, Başka Yerde Sınıflanmamış	R52
Zehirsiz Böcek ve Artropot Tarafından Isırılma ve Sokulma	W57
Süpüratif ve Tanımlanmamış Otitis Media	H66
İmpetigo	L01
Kronik Sinüzit	J32
Erkek İnfertilitesi	N46
Konjenital Miyopatiler	G71.2
Bölgesel Ödem	R60.0
Pigmentasyon Diğer Bozuklukları	L81
Kalça Çıkığı	S73.0

Tablo 35. Çalışmamızda Geçen ICD-10 Tanı Kodları (devamı)

Hastalık veya Tanı Adı	ICD-10 Kodu
Diş Çürükleri	K02
Ağız Kokusu	R19.6
Epistaksis	R04.0
Gingivit ve Periodontal Hastalıklar	K05
Anne Bakımı, Rhesus İzomünizasyonunda	O36.0
Viral Hepatit Taşıyıcısı	Z22.5
Mesaneğin Nöromusküler Fonksiyon Bozukluğu, Başka Yerde Sınıflanmamış	N31
Hemoptizi	R04.2
Girişimlerin Komplikasyonu, Başka Yerde Sınıflanmamış	T81
Puberte Prekoks	E30.1
Akut Viral Hepatitler, Diğer	B17
Kızıl	A38
Barsak Malabsorpsiyon, Tanımlanmamış	K90.9
Yaygın Ödem	R60.1
Buz ve Karda Düşme	W00
Konuşma Bozuklukları Diğer ve Tanımlanmamış	R47.8
İnguinal Herni	K40
Organik Olmayan Enkopresis	F98.1
Nevüs, Neoplastik Olmayan	I78.1
Galaktore	O92.6
Memenin Diğer Bozuklukları	N64
Gonokok Enfeksiyonu	A57
Benign Prostat Hiperplazisi	N40
Baldırın Yüzeysel Yaralanması, Tanımlanmamış	S80.9
Baldırın Açık Yarası, Yer Tanımlanmamış	S81.9
Diş Renklenmeleri	K00.3
Pektus Ekskavatum	Q67.6
İyot Eksikliğine Bağlı Diffüz (Endemik) Guatr	E01.0
Alopesia (Kapitis) Totalis	L63.0
Diyafragma Hernisi	K44
Hiperprolaktinemi	E22.1
Hipofiz Bezi Benign Neoplazmi	D35.2
Sikatriyel Alopesi (Skar Yapan Saç Kaybı)	L66
Antepartum Hemoraji, Tanımlanmamış	O46.9
Teething Sendromu	K00.7
Düşük Tehdidi	O20.0
Gebeliğe Bağlı Durum, Tanımlanmamış	O26.9
Toksik Olmayan Multinodüler Guatr	E04.2
Down Sendromu	Q90
Alt Ekstremitte Diğer Derin Damarlarının Flebit ve Tromboflebiti	I80.2
Yarı Damak	Q35
Kızamıkçık (Rubella)	B06
Gövde Yanık ve Korozyonlar	T21
Kişisel Enfeksiyon ve Parazit Hastalıkları Öyküsü	Z86.1
Penisin Diğer Bozuklukları, Tanımlanmamış	N48.9
Sialoadenit	K11.2
Uzamış Gebelik	O48
Bell Palsisi	G51.0
Serebrovasküler Hastalıklar, Diğer	I67
Vitamin Eksiklikleri, Diğer	E56

ETİK KURUL İZİNİ



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/ 806

07.01.2014

Sayın : Doç. Dr. Mustafa Fevzi DİKİCİ

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Merkez Polikliniği'nin 2012 ve 2013 Yıllarına Ait Hasta Kayıtlarının Değerlendirilmesi başlıklı OMÜ KAEK 2013/445 Karar nolu Dosya taraması nitelikli araştırma projeniz: Amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına; çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 28.11.2013 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Doç. Dr. A. Tefik SÜNER
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Başkan Yrd.