

T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı

2008 YILINDA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
KULAK BURUN BOĞAZ HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİNE
BAŞVURAN OLGULARIN RETROSPEKTİF
DEĞERLENDİRMESİ

UZMANLIK TEZİ
Dr. Fatma Tuğba YENİEL

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Onur ÇELİK

Manisa, 2010

	<u>Sayfa</u>
İÇİNDEKİLER	i
Önsöz	ii
Kısaltmalar	iii
Tablo Listesi	iv
I.GİRİŞ VE AMAÇ	1
II. GENEL BİLGİLER	
A. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sistemi	3
B. Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon ve Kalite	7
C. Uzmanlık Eğitiminde Akreditasyon	8
D. Bilgisayar Tabanlı Hasta Kayıt Sistemleri	11
E. Kulak Burun Boğaz Muayene Yöntemleri	12
F. Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Polikliniği’nde Genel İşleyiş	16
III. GEREÇ VE YÖNTEM	18
IV. BULGULAR	21
V. TARTIŞMA	41
VI. SONUÇ	53
VII. ÖZET	54
VIII. İNGİLİZCE ÖZET	56
IX. KAYNAKLAR	58

ÖNSÖZ

Tezimin planlanmasında ve şekillenmesinde yardımlarıyla beni yönlendiren ve eğitimimdeki katkılarından dolayı Sayın Prof. Dr. Onur ÇELİK'e; uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile teorik ve pratik olarak bize kazandırdıkları mesleki becerilerin yanı sıra hastalarımıza olan yaklaşımları ile bizlere daima örnek olan değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Halis ÜNLÜ'ye, Sayın Prof. Dr. Ali Vefa YÜCETÜRK'e ve Sayın Prof. Dr. Asım ASLAN'a; deneyimlerini bizlerle paylaşan, yalnızca üç yıl çalışma fırsatı bulabildiğim, mütevazı kişiliği ile daima hatırlayacağım Sayın Prof. Dr. Cemil MUTLU'ya; bilgi ve önerilerinden faydalandığım, daima desteğini gördüğüm Sayın Yrd. Doç. Dr. Kıvanç GÜNHAN'a; uzmanlık eğitimim sırasında her türlü destek ve yardımlarını esirgemeyen, tez çalışmaları sırasında da göstermiş olduğu özveri ve yardımı asla unutamayacağım Sayın Yrd. Doç. Dr. Görkem ESKİİZMİR'e; asistanlığımın ilk yıllarında beraber çalışma şansı yakaladığım Uzm. Dr. Gülay GÜÇLÜ ASLAN'a, Uzm. Dr. Ayça ERENOĞLU'na, Uzm. Dr. Haşim AYDIN'a; birlikte çalıştığımız süre boyunca bana destek veren Uzm. Dr. Murat SONGU ve Uzm. Dr. Belgin KÜÇÜKGÜNAY'a; uzmanlık eğitimim boyunca tüm çalışmalarda benden yardımlarını esirgemeyen ve eğitimimi bir aile sıcaklığı içinde geçirmeme katkı sağlayan başta Dr. Özlem ÖZER ve Dr. Arzu DURAN olmak üzere tüm asisistan arkadaşlarıma; asistanlığım süresince birlikte çalıştığım odyoloji teknisyeni arkadaşlarım, servis ve ameliyathanemizin değerli hemşire ve personeline minnet ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Ayrıca tezimin istatistiki değerlendirme aşamasında katkılarından dolayı fakültemiz Halk Sağlığı Anabilim Dalından Sayın Prof. Dr. Gönül DİNÇ'e ve Sayın Uzm. Dr. Beyhan CENGİZ ÖZYURT'a teşekkür ediyorum.

Bugünlere gelmemi sağlayan anneme, babama ve kardeşime; bana her zaman ve her konuda destek olan sevgili eşim Özgür'e, beni hayata bağlayan canım kızım İrmak'a ve ailemize katılmasını dört gözle beklediğim minik kızıma sevgilerimle.

Dr. Fatma Tuğba YENİEL

KISALTMALAR:

AD	: Anabilim Dalı
AOM	: Akut otitis media
BPPV	: Benign Paroksizmal Pozisyonel Vertigo
DKK	: Dış kulak kanalı
EOM	: Efüzyonlu otitis media
KBB	: Kulak Burun Boğaz
KOM	: Kronik Otitis Media
LFRH	: Laringofaringeal reflü hastalığı
NSD	: Nazal septum deviasyonu
TM	: Timpanik membran
TUA	: Tıkkayıcı uyku apnesi

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Olguların sağlık güvencelerine göre dağılımı

Tablo 2. Konsültasyon isteyen disiplinler

Tablo 3. rnek grubunun cinsiyete göre yaş dağılımı

Tablo 4. Başvuruların aylara göre dağılımı

Tablo 5. rnek grubundaki olguların başvuru Şekillerine göre dağılımı

Tablo 6. rnek grubundaki olguların başvuru sayısına göre dağılımı

Tablo 7. Kulakla ilgili yakınmalar

Tablo 8. Burun ile ilişkili yakınmalar

Tablo 9. Ağız, boğaz ve larenks ile ilgili yakınmalar

Tablo 10. Birden çok organı ilgilendiren yakınmalar

Tablo 11. Polikliniğe yapılan ilk başvurularda en sık saptanan ilk on yakınma.

Tablo 12. Kulakla ilgili tanılar ve ntanılar

Tablo 13. Burunla ilgili tanılar ve ntanılar

Tablo 14. Ağız, boğaz, larenks ve boyunla ilgili tanılar ve ntanılar

Tablo 15. Deri tümörleri ile ilgili tanılar

Tablo 16. Organa ya da bölgeye göre sınıflandırılmayan tanılar ve ntanılar

Tablo 17. Polikliniğe yapılan ilk başvurularda en sık saptanan ilk on tanı ve ntanı

Tablo 18. Orijinal moleküllerine göre ilaçlar

Tablo 19. Etki gruplarına göre ilaçlar

Tablo 20. Farklı niversitelerde sunulan hizmetlerin karşılaştırılması

I. GİRİŞ VE AMAÇ

Toplumun her kesiminde ve her yaş grubunda kulak, burun, boğaz ve baş boyun hastalıklarının sık görülmesi nedeniyle hastanelerin en yoğun bölümlerinden birisi kulak burun boğaz (KBB) hastalıkları poliklinikleridir. Kulak burun boğaz ile ilgili hastalıklar özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük toplumlarda, çocukluk döneminde ve kış aylarında daha fazla görülmektedir (1,2,3).

Bir ülkede birinci basamak sağlık hizmeti ne kadar iyi organize edilir ve sağlam temellere oturtulursa, sağlık sorunları o ölçüde azalır. Birinci basamak sağlık kuruluşları, koruyucu sağlık hizmetlerinin verildiği ve sıklıkla rastlanan basit hastalıkların çözümlendiği ilk başvuru merkezleridir. Ancak ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda sorunlar yaşanmaktadır (4).

Birinci basamak sağlık kuruluşlarının iyi işletilmemeleri, halkın birinci basamak sağlık hizmetine güveninin kaybolması veya yasal istisna düzenlemeleri basit sağlık sorunlarının da üst birimlere taşınması sonucunu doğurmaktadır. Tanı ve tedavi hizmetini birinci basamak sağlık kuruluşunda alabilecek olan olguların ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvurması, bu merkezlerde hasta yoğunluğunun artmasına yol açmaktadır. (5). İleri tetkik ve tedavi gereği olup daha alt basamaklarda hizmet alamayacak hastalar için organize olmuş üçüncü basamak merkezlere, daha alt basamakta hizmet alabilecek daha basit olguların da gelmesiyle gereksiz bir yoğunluk oluşmaktadır. Bu durum, üçüncü basamak merkezlerde çalışan hekimlerin zamanı etkin kullanımını azaltmakta ve performansını olumsuz etkilemektedir. Sonuç olarak, gerçekten ayrıntılı değerlendirme gereği olan olguların tanı ve tedavi işlemlerinde güçlükler ve gecikmeler yaşanabilmektedir. Bu tablonun oluşmasında birinci basamaktan başlayan sevk zinciri sisteminin etkin olarak uygulanamamasının rolü olabilir.

Üçüncü basamak sağlık hizmetlerindeki sorunların anlaşılmasında polikliniklere başvuran olguların değerlendirilmesinin yardımcı olacağını düşünüyoruz. Bu nedenle çalışmamızda, gerek üçüncü basamak sağlık

hizmeti sunan gerekse tıp ve uzmanlık eğitimi veren Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Polikliniğine başvuran hastaların medikal ve demografik verilerinin incelenmesi, olguların nitelik ve nicelik yönünden analiz edilmesi ve bu çerçevede saptanan sorunların ve çözüm önerilerinin tartışılması planlanmıştır.

I. GENEL BİLGİLER

A. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ SİSTEMİ

Genel olarak sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmalara sağlık hizmetleri denir. Sağlık hizmetleri koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici olmak üzere üç grupta incelenmektedir (6,7,8).

1. Koruyucu sağlık hizmetleri

Sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesi için verilen hizmetler ile yapılan düzenlemeleri kapsamaktadır. Bu hizmetler iki grupta incelenir:

a. Çevreye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri:

Bu hizmetler Sağlık Bakanlığı Çevre Sağlığı Daire Başkanlığı, Gıda Güvenliği ve Laboratuvarlar Daire Başkanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve İl Sağlık Müdürlüklerinin merkezi ve yerel yönetimlerle işbirliği içinde çalışması ile yürütülmektedir (8). Bu kurumların başlıca görevleri:

- i. Çevre ve hava kirliliğinin önlenmesi,
- ii. Atıkların imhası,
- iii. Radyasyon güvenliği,
- iv. Yeterli, temiz içme ve kullanma suyu sağlanması,
- v. Yeterli ve temiz besin sağlanması,
- vi. Vektör denetimi ve dezenfeksiyon sağlanmasıdır.

b. Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri:

Bu hizmetler ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, sağlık ocakları, Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi, Çalışma Bakanlığı Müfettişleri, işyeri hekimleri, İl Sağlık ve İl Milli Eğitim Müdürlüklerinin ortak çalışması ile yürütülmektedir (8). Bu kurumların başlıca görevleri:

- i. Aile planlaması ve ana-çocuk sağlığı hizmetleri,
- ii. Bağışıklama hizmetleri,
- iii. Erken tanı hizmetleri,
- iv. Kemoproflaksi hizmetleri,

- v. Sağlık eğitimi,
- vi. Yerel endemik hastalıkların önlenmesi ve kontrolü,
- vii. Sosyal yardım hizmetleri,
- viii. İşçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri,
- ix. Okul sağlığı hizmetleridir.

2. Tedaviye yönelik sağlık hizmetleri

Ülkemizde tedaviye yönelik sağlık hizmetleri birinci, ikinci ve üçüncü basamakta yer alan sağlık kuruluşlarında verilmektedir (6,7). Birinci basamakta sunulan tedavi hizmetleri, sağlık ocakları, verem savaşı dispanserleri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, aile hekimleri ve özel polikliniklerde verilmektedir. Bu merkezler hastalara evde ya da ayaktan tanı ve tedavi hizmeti sunarlar. Birinci basamak sağlık kurumlarınca hizmet götürülen bölge halkı, gerekirse tek tek taranarak hastalıkların erken tanısı ve tedavisi sağlanır. İleri tetkik ve tedavi gereği olan olgular hastaneye sevk edilir.

İkinci basamakta sunulan tedavi hizmetleri, hastanelerde verilmektedir. Hastaneler, birinci basamak sağlık merkezlerinde sunulamayan tetkik ve tedavinin sağlandığı kuruluşlardır ve tıbbi hizmetler, konusunda uzmanlık eğitimini tamamlamış hekimler tarafından verilmektedir. Bu sağlık kuruluşlarına başvuran olguların, birinci basamakta hizmet veren merkezlerden sevk edilmesi, hastaların doğru yönlendirilmesini ve hastanenin etkin çalışmasını sağlar.

Üçüncü basamakta sunulan tedavi hizmetleri, en gelişmiş sağlık teknolojisinin kullanıldığı ve kendi alanlarında üst düzeyde uzmanlaşmış hekimler tarafından verilmektedir. Bu nedenle, bu merkezlerin etkin ve verimli olabilmesi için basamaklı sağlık sistemine uyulması, hastaların birinci ve ikinci basamak sağlık merkezlerinde filtre edilmesi oldukça önemlidir. Ayrıntılı tetkik ve tedavi yöntemlerinin uygulandığı, yüksek teknolojiye sahip üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri, özel dal eğitim ve araştırma hastanelerinde verilen hizmet bu basamağı oluşturur (9).

a. Özel Dal Eğitim ve Araştırma Hastaneleri

Belirli bir yaş veya cinsiyetteki hastaların, özellikle bir hastalığı olanların ya da bir organ veya organ grubunu etkileyen hastalığı bulunan olguların muayene, tanı, tedavi ve rehabilitasyonunun uygulandığı hastanelerdir (7).

Başlıcaları:

- i. Onkoloji Hastaneleri
- ii. Sanatoryumlar
- iii. Akıl ve Ruh Sağlığı Hastaneleri

b. Eğitim Hastaneleri

Tıbbi uygulama ve bilimsel araştırma yapmanın yanı sıra, tıpta uzmanlık eğitimi de veren hastanelerdir (7).

c. Üniversite Hastaneleri

Uygulamalı tıp ve tıpta uzmanlık eğitimi yanında, lisansüstü tıp eğitiminin verildiği üst düzey eğitim, araştırma ve uygulama hastaneleridir. Üniversite hastaneleri eğitim ve araştırma hizmetlerinin yanı sıra yatarak veya ayakta her türlü hasta muayene, tanı ve tedavisi yapan, tıp doktoru ve uzman hekim yetiştiren, tam donanımlı, gerekli klinik koşullara sahip bulunan yataklı tedavi kurumlarıdır. Bu hastanelerde, hemşirelik, sağlık teknisyenliği gibi diğer sağlık meslekleri mensuplarının eğitim çalışmaları da yürütülür (7).

Sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde yürütülebilmesi için, hastaların öncelikle birinci basamağa başvurmaları gerekmektedir. Birinci basamak tedavi merkezlerinde değerlendirilen olgular, burada çalışan hekimlerin önerisi çerçevesinde ikinci ve üçüncü basamağa başvurmalı veya sevk edilmelidir. Böylelikle hastanelerin, özellikle de üçüncü basamak sağlık hizmeti veren üniversite hastanelerinin daha verimli sağlık hizmeti sunması sağlanır ve daha alt basamak tedavi merkezlerinde çözümlenebilecek hastalıklar için olguların ileri merkezlere gitmesi engellenebilir.

3. Rehabilitate edici sağlık hizmetleri

Hastalık ve kazalara bağlı gelişen kalıcı bozukluk ve sakatlıkların günlük hayatı etkilemesini engellemek veya bu etkiyi en aza indirmek, kişinin bedensel ve ruhsal yönden başkalarına bağımlı olmadan yaşamasını

sağlamak amacıyla düzenlenen sağlık hizmetleridir. Tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki şekilde verilir (6).

Tıbbi rehabilitasyon bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetlerdir.

Sosyal rehabilitasyon ise sakatlık ya da özürlü olan kişilerin günlük yaşamlarını başkasına bağımlı olmadan sürdürebilmeleri için yapılan yeni meslek öğretme ya da iş bulma gibi çalışmaları kapsar.

B. SAĞLIK HİZMETLERİNDE AKREDİTASYON VE KALİTE

Birçok ülkede ve birçok sektörde topluma sunulan hizmetlerin niteliğinin güvence altına alınması için akreditasyon kriterleri belirlenmiştir. Sağlık hizmetlerinde akreditasyon sağlık merkezlerinde sunulan hizmetlerin önceden belirlenmiş ve yayınlanmış kriterlere olan uygunluğunun değerlendirilerek onaylandığı bir süreçtir. Akreditasyonun temel amacı, sağlık hizmetlerini standardize ederek kalitenin yükseltilmesi, maliyetlerin düşürülmesi, ekip çalışmasının motive ve entegre edilmesi, toplum nezdinde o merkezin tanıtımı ve güvenin sağlanmasıdır.

Akreditasyon kavramı kapsamındaki önemli unsurlardan birisi toplam kalite yönetimidir. Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi, kurumun rekabet gücünü ve verimliliğini artırmak için ürün, hizmet, çalışanlar ve çevre gibi unsurların kalitesini sürekli iyileştirmeyi amaçlayan yönetim şekli olarak ifade edilir (10).

Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetiminin sağladığı başlıca avantajlar:

1. Sağlık hizmetlerinde maliyetleri düzenlemek,
2. Sağlık hizmetlerinde yönetim yapısını geliştirmek,
3. Sağlık kuruluşlarının karşılaştırmalı veri tabanını oluşturmak,
4. Hasta memnuniyetini sağlamak,
5. Hasta beklentilerinin de üzerinde hizmet üretmek,
6. Hizmet kalitesini geliştirmek,
7. Hizmet verimliliğini artırmaktır.

Toplam kalite yönetiminin sunduğu avantajların elde edilebilmesi için öncelikle aşağıdaki temel ilkelerin ortaya konması gerekir.

1. Sağlık kuruluşunda verilecek olan sağlık hizmeti tanımlanmalı,
2. Sağlık hizmetlerindeki "kalite özellikleri" belirlenmeli,
3. Sağlık hizmeti verilecek olan hasta grubu belirlenmeli,
4. Sağlık hizmeti verecek olan çalışanlar (gönüllü ya da ücretli, tam zamanlı ya da kısmi zamanlı) saptanmalıdır.

C. UZMANLIK EĞİTİMİNDE AKREDİTASYON

Tıpta uzmanlık alanında akreditasyon, tıpta uzmanlık eğitiminin ve bununla ilgili sağlık hizmetlerinin niteliğini artırmayı ve güvence altına almayı kapsar. Bu çerçevede tıpta uzmanlık eğitimi, nitelikli ve yeterli oranda eğitici kadronun yanı sıra yeterli bir eğitim ortamı sağlamaya yetecek destek hizmetlerine sahip üniversite hastaneleri ya da eğitim ve araştırma hastanelerini de gerekli kılar. Kulak burun boğaz ve baş boyun cerrahisinde eğitim veren hastaneler, disiplinlerarası işbirliğini sağlamak için çok sayıda uzmanlığa ait eğitim olanaklarına sahip olmalıdır. Bunun yanı sıra, eğitim kurumunda, hekimlere ek olarak yeterli sayıda hemşire, odyometrist, odyolog, uzman odyolog, ses terapisti, yutma terapisti, tıbbi sekreter ve sosyal hizmetler uzmanı çalışmalıdır (11,12).

Kulak burun boğaz ve baş boyun cerrahisi uzmanlık eğitimi veren merkezlerde aşağıdaki altyapı olanakları bulunmalıdır:

1. Temel Altyapı Olanakları

- a. Tam donanımlı, yeterli büyüklük ve organizasyonda ayaktan tanı ve tedavi bölümünde (poliklinik):
 - i. Mikroskopi ve endoskopi sistemleri,
 - ii. Küçük acil girişim odası,
 - iii. Bilgisayar tabanlı hasta kayıt ve randevu sistemleri,
 - iv. Tanı ve tedavi sırasında uzman gözetimi,
 - v. Ayrı hasta kayıt sistemi içeren özelleşmiş poliklinikler (otoloji-nörotoloji, rinoloji, baş ve boyun cerrahisi, alerji ünitesi) bulunmalıdır.
- b. Hastalara yatarak tedavi hizmeti verilen servis bölümünde:
 - i. Eğitim veren ve alanların sayısı ile uyumlu oranda hasta yatağı,
 - ii. Gününbirlik tanısal ve cerrahi işlemler için uygun olanaklar,
 - iii. Ayrı bir pansuman odası,
 - iv. Mikroskopi ve endoskopi sistemleri ve buna uygun mekanlar,

- v. Servise bağlı cerrahi yoğun bakım ünitesi,
- vi. Yazılı ve görüntülü tıbbi kayıt sistemleri bulunmalıdır.
- c. 24 saat, uzman hekim kontrolünde, acil cerrahi hizmeti sağlayacak ekip ve cerrahi donanıma ulaşım olanağı,
- d. Acil ameliyatlarda dışında, hizmetin ve eğitimin sağlanması için yeterli sayıda ameliyat masası,
- e. Tartışma ve eğitim toplantıları için konferans salonu,
- f. Mikroskopi ve endoskopi destekli anatomik diseksiyon için olanaklar,
- g. Eğitim kurumu içindeki birimlerle işbirliği içerisinde çalışan enfeksiyon kontrol komitesi ve beslenme destek ünitesi,
- h. Eğitim kurumunun faydalandığı yeterli laboratuvar olanakları,
- i. Hastane bünyesinde genel nitelikli ya da klinik içi arşiv sistemi,
- j. Asistanlar için çalışma saatlerinde yeterli çalışma, dinlenme ve yemek olanakları bulunmalıdır.

2. Laboratuvar Altyapı Olanakları

- a. Servis ve poliklinik birimlerinde
 - i. Odyovestibüler ünite:

Konuşma ve saf ses odyometrisi, admittansmetri, otoakustik emisyon ölçümü, uyarılmıő yanıt odyometrisi, işitme cihazı ayar ve uygulaması (fitting), elektronistagmografi, videonistagmografi ve diğer odyovestibüler testlerin yapılmasına olanak sağlamalıdır. Test mekanları sese karşı izole edilmelidir.

- ii. Rinoloji ünitesi:

Alerji testleri, rinomanometri, akustik rinometri, koku fonksiyon tayini, gustometri vb. testler yapılabilecek biçimde donatılmıő ve organize edilmiş olmalıdır.

- iii. Larengoloji ünitesi:

Videostroboskopi, larengeal elektromiyografi, ses analizi gibi larenks muayene ve testlerine uygun olmalıdır.

- iv. Uyku laboratuvarı.

- v. Fasiyal sinir elektriksel tanı testleri ünitesi.

b. Ameliyathane içerisinde

- i. Asistan oküleri ve kayıt olanağı olan ameliyat mikroskopu,
- ii. Kayıt olanağı olan endoskopik cerrahi ünitesi,
- iii. Konvansiyonel KBB cerrahi aletleri,
- iv. Radyofrekans ünitesi,
- v. Sinir monitörizasyonu,
- vi. Diğer sistemler (mikrodebrider ve tur sistemleri, lazer ünitesi, navigasyon sistemi) bulunmalıdır.

3. Kütüphane olanakları

- a. Kaynakça tarama olanakları olan bir kütüphane, tıp ve uzmanlıkla ilgili uluslararası süreli yayınlara erişim,
- b. Kütüphanede sürekli olarak yenilenen basılı eğitim materyali ve kitapların bulundurulması.

Uzmanlık eğitimi vermeyi hedefleyen ve belirtilen donanım ve altyapıya sahip olan merkezler, eğitilecek kişileri aşağıdaki konularda yetiştirmeyi amaçlamalıdır:

1. Hasta tanı, tedavi ve izlemi,
2. Branş ile ilgili temel ve klinik akademik bilgiler,
3. Tıbbi uygulamalar ile hasta ve hasta yakınlarıyla ilişkilerin düzenlenmesi.

D. BİLGİSAYAR TABANLI HASTA KAYIT SİSTEMLERİ

Bilgisayarın veya bilgisayar ile entegre olarak çalışan tüm cihazların birbiriyle ilişkilendirilerek hızlı, güvenli ve doğru kullanılmasına otomasyon denir. Hastanelerde kullanılan otomasyonlar, hastane bilgi yönetim sistemi adı altında yürütülerek, hastanın tıbbi ve finansal kayıtlarının ana hatları ile tutulması işlemidir. Bu ana sisteme bağlı olarak diğer birimlere özgü çalışma kurallarını içeren programlar dizisi bu çalışmaları bir bütün haline getirir. Verilerin kaydı, kontrolü, arşivlenmesi, güvenliğinin sağlanması ve yeniden kullanılması otomasyonun temelini oluşturur.

Tam entegre hastane bilgi yönetim sisteminin yararları şunlardır:

1. Evraksız bilgi sistemi ile bilgilere daha hızlı bir erişim olanağı sağlar. Dolayısıyla sunulan hizmetin kalitesini artırmaya yardımcı olur.
2. Sistem, hasta-doktor-personel işbirliği ile tıbbi ve finansal bilgileri online, entegre bir yapıda sunarak kurumların verimliliğini artırır.
3. Hastanelerin mali, tıbbi ve yasal değişikliklerinin hızlı bir şekilde uygulanmasını sağlar.
4. Hastanelere zaman, işgücü ve maddi kazanç ile daha da önemlisi düzgün ve güvenilir istatistiksel veri/bilgi sağlar.

Hastane bilgi yönetim sisteminin en önemli ayaklarından birini bilgisayar tabanlı hasta kayıt sistemi oluşturmaktadır. Bu sistemin fonksiyonları şunlar olmalıdır (13):

1. Hasta ile ilgili tüm veriler tek bir kayıt numarası ile ilişkilendirilmelidir,
2. Sisteme girilen tüm hasta bilgilerine kurumun her yerinden ulaşılabilmelidir,
3. Sistem kullanılarak tetkik istenebilmeli ve sonuçları alınabilmelidir,
4. Tüm sağlık bakım süreci kayıt edilmelidir,
5. Verilere kolayca ulaşılabilmeli ve kullanılabilmelidir.

E. KULAK BURUN BOĞAZ MUAYENE YÖNTEMLERİ

Konvansiyonel muayene iyi bir aydınlatma altında yapılmalıdır. Bunun için alın aynası veya kafa lambası kullanılabilirse de, daha yeterli ve sürekli aydınlatmaya olanak verdiği için kafa lambası tercih edilmelidir.

1. Oral Kavite ve Orofarenks Muayenesi

Dudakların ve oral kavitenin inspeksiyonuyla başlar. Dudakların normal, simetrik duruşu, hareketleri ve rengi; dudak mukozası ve derisinin durumu ve yüzeyindeki değişiklikler; dudakta ülserasyon ve endürasyon araştırılmalıdır. Ayrıca major tükürük bezlerinin (parotis ve submandibuler bez) kanallarının açıldığı ostiumlara dikkat edilmeli ve tükürük bezleri palpe edilmelidir.

Oral kavite ve orofarenksin muayenesi için dil basacağı kullanılmaktadır. Dil basacağı yardımıyla oral kavite ve orofarenksin tüm alt anatomik bölgeleri ayrıntılı olarak gözden geçirilmelidir. Dil korpusuna tam bastırabilmek ve dişlerin seviyesinden kurtulabilmek için dil basacağı yere 45 veya 90° açı ile bastırılmalıdır. Özellikle orofarenks muayenesi sırasında öğürme refleksini uyarmamak için dil basacağı dil korpusu dışında bir yere (özellikle dil köküne) değdirilmemelidir (14).

2. Larenks ve Hipofarenks Muayenesi

İyi bir aydınlatma sağlansa ve yardımcı alet kullanılsa da larenks ve hipofarenkse ait yapıların direkt muayenede değerlendirilmesi oldukça güçtür. Bu alanların muayenesinde indirekt larengoskopiden yararlanılır. İndirekt larengoskopi, larenks aynası veya endoskop ile yapılır.

Ayna ile muayene sırasında dil sol elin orta ve başparmağı arasına alınır. Alın aynasından ya da kafa lambasından gelen ışık yumuşak damak seviyesine düşürülür. Larenks aynası (6-7 numara), buğulanmaması için ya mevcut bir ısı kaynağıyla ısıtılır ya da deterjan gibi buğulanmayı önleyen bir kimyasalla silinir.

Ayna ve hasta başı hareket ettirilerek hipofarenks ve larenksin çeşitli bölümleri muayene edilir. Hastaya "i" dedirterek epiglotun daha dik durması sağlanıp, larenks daha iyi görülebilir. Bu sırada vokal kord hareketleri de gözlemlenir. Öğürme refleksi güçlü olan hastalarda topikal anestezi kullanılabilir.

Son yıllarda soğuk ışık kaynaklı endoskopik yöntemlerin gelişmesi, diğer tıp alanlarında olduğu gibi muayene için aydınlatma gereksinimi yüksek olan KBB için önemli katkılar sağlamıştır. Endoskopik muayene ile direkt muayenede göremediğimiz ve bazen indirekt ayna muayenesinde zorlandığımız bölgelerin rahat ve ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesi sağlanır (14).

Fleksibl ve/veya rijit endoskoplarla, ayna ile indirekt olarak muayene ettiğimiz nazofarenks, dil kökü, hipofarenks ve larenksi ayrıntılı görmek mümkündür.

3. Boyun Muayenesi

Uygun ve yeterli aydınlatma altında yapılan inspeksiyon bu muayenenin başlangıcını oluşturur. Bununla birlikte temel muayene yöntemi palpasyondur.

Boyun palpasyonu önden veya tercihen hastanın arkasına geçilerek yapılmalıdır. Aynı anda iki taraflı karotis refleksini uyarmamak ve senkopa neden olmamak için boynun iki tarafı aynı anda palpe edilmemelidir. Önce sağ, sonra sol lateral kısım palpe edilmeli, en son ise boyun orta kısmı palpe edilerek muayene tamamlanmalıdır (14).

Bazı durumlarda boyundaki vasküler patolojiler açısından oskültasyon kritik değere sahip bir muayene yöntemi olabilir.

4. Kulak Muayenesi

Bu muayene aurikulanın inspeksiyonuyla başlar. Boyutları, şekli ve pozisyonuna dikkat edilerek konjenital, enfektif veya tümöral patolojiler belirlenebilir.

Dış kulak kanalı (DKK) ve timpanik membranın (TM) muayenesi alın aynası, kafa lambası, otoendoskop ya da mikroskopla yapılır. Hasta oturtulup başı muayene edilecek kulağın karşı tarafına çevrilir. Auriküla erişkinlerde yukarı ve arkaya doğru çekilerek DKK düz duruma getirilir. Dış kulak kanalının düz duruma gelmesi için bebeklerde auriküla aşağı doğru çekilir. Spekulum yerleştirilmeden önce inspeksiyon yapılır. Dış kulak kanalına uygun en büyük çaptaki kulak spekulumu DKK'ya sokularak muayene yapılır (15).

5. Burun ve Paranasal Sinüslerin Muayenesi

Burun muayenesi, burnun dış kısmının incelenmesiyle başlar. Burun içinin muayenesinde önce nazal vestibül ve septumun kaudal kısmı incelenir. Muayenenin devamı için burun spekulumu gerekir. Nazal spekulumla burun içinin muayenesine anterior rinoskopi denir.

Burnun arka kısmının ve nazofarenksin ağızdan sokulan küçük bir ayna ile muayenesine posterior rinoskopi denir. Ancak uygulama zorluğu ve günümüzde endoskopik yöntemlerin gelişmesi nedeniyle artık günlük pratikte uygulanmamaktadır.

Nazal kavite ve nazofarenksin değerlendirilmesi için rijid ve fleksibl endoskoplar kullanılabilir. Endoskopik muayene hasta oturur veya yatar durumdayken uygulanabilir. Optiğin çapı arttıkça sağladığı görüntü iyileşir. Nazal endoskopi için genellikle 0, 30 ve 45°'lik 4 mm çaplı rijid nazal endoskoplar kullanılır. Daha dar bölgeler için ve çocuklarda 2.7 mm'lik endoskoplar tercih edilir. Fleksibl endoskoplar özellikle dar bölgelerin incelenmesinde, dar burunlarda, çocuklarda ve ileri derece septum deviasyonu olanlarda çok yardımcıdır (16).

Endoskopik ve mikroskopik ileri muayene yöntemleri; kayıt sistemlerinin de kullanılması ile zor görülen yerlerin ayrıntılı görüntülenmesi dışında, hastalara ait görüntülü arşiv oluşturulabilmesi, tedavi öncesi ve sonrası durumun değerlendirilebilmesi, bu donanımlar yardımı ile cerrahi tedavi yapılabilmesi, gerektiğinde hekimler arası veya disiplinlerarası

konsültasyon yapılabilmesi, eğitim ve tıbbi çalışmalarda kullanılabilmesi gibi avantajlar sunar.

F. CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ KULAK BURUN BOĞAZ HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİ'NDE GENEL İŞLEYİŞ

Poliklinik hizmetleri, hastaların tanı ve ayaktan tedavilerinin yerine getirildiği çalışmalardır. Burada sadece sağlık hizmeti değil, tıp ve uzmanlık eğitimi de verilmektedir.

Ayaktan başvuranlar için şu hizmetler sunulmaktadır:

1. Tanı ve tedavi amacıyla başvuran hastaların muayene edilmesi ve tedavilerinin düzenlenmesi,
2. Sağlık kurulu raporu hazırlanması,
3. Ameliyat olacak hastaların ameliyat öncesi tetkiklerinin yapılması,
4. Ameliyat sonrası kontrol ve pansumanların yapılması,
5. Acil servisten, diğer klinik ve polikliniklerden gönderilen hastaların konsültasyonu,
6. İş başvurusu yapanlardan istenen KBB muayenesinin ve gerekli testlerin yapılması,
7. Adli rapor düzenlenmesi.

Muayene sonucuna göre, gerekli laboratuvar tetkikleri istenmekte ve sonuçlar değerlendirilmektedir. Bazı biyopsiler lokal anestezi altında poliklinik koşullarında yapılmaktadır. Saptanan tanılar doğrultusunda hastaların gerekli tedavileri düzenlenmekte ve yine tedavi amaçlı küçük müdahaleler de lokal anestezi altında yapılmaktadır.

Tıbbi hizmetler öğretim üyesinin sorumluluğunda ve gözetiminde değişik kıdemlerdeki üç veya dört asistan tarafından verilmektedir. Hastaların kayıtları bilgisayar ortamında ve poliklinik defterinde olmak üzere iki şekilde tutulmaktadır. Yazılım programında hasta kaydı tutulmasına hastanemizde 2008 yılı başında başlanmıştır. Hastaların ilk değerlendirmesinde tetkik, konsültasyon vs. istenebilmesi için bilgisayarda bir ön tanı girilmesi gerekmektedir. Dolayısıyla yeterli veri olmadan hastalara bilgisayar ortamında bir ön tanı yazılmaktadır. Hastaların tanıları sıklıkla sadece öykü ve muayene sonuçlarına göre yazıldığı için gerçek tanıdan çok öntanırları yansıtmaktadır. Oysa poliklinik defterindeki tanılar hastanın tetkik sonuçları geldikten sonra ya da ilgili öğretim üyesine danışıldıktan sonra yazılmakta ve

çoğunlukla kesin tanıları yansıtmaktadır. Ayrıca yazılım programında da geriye dönük olarak ilk girilen tanıların düzeltilmesi olanağı vardır.

II. GEREÇ VE YÖNTEM

A. Araştırma Yeri ve Yılı

Bu araştırma Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Polikliniğine 2008 yılında başvuran olgulara ait medikal ve demografik verilerin değerlendirilmesi amacıyla Haziran 2009 - Şubat 2010 tarihleri arasında yürütülmüştür.

B. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

C. Araştırmanın Grubu

1. Araştırmanın Evreni:

2008 yılında polikliniğe toplam 18.643 başvuru yapıldığı saptanmıştır. Yapılan başvurular, 2008 yılında hastanedeki polikliniklere başvuran toplam hastaların %6,2'sini oluşturmaktadır. Kulak burun boğaz hastalıkları polikliniğinde değerlendirilen olguların 15.811'i (%84,80) tanı ve tedavi amacıyla, 994'ü (%5,33) ameliyat öncesi tetkik amacıyla, 908'i (%4,87) sağlık kurulu raporu istemiyle, 891'i (%4,77) diğer disiplinlerden istenen konsültasyon nedeniyle, 28'i (%0,15) iş başvurusu için gereken işitme testlerini yaptırmak amacıyla ve 11'i (%0,06) adli rapor düzenlenmesi için başvurmuştur.

Tanı ve tedavi amacıyla yapılan 15.811 başvuru dışındaki başvurulara ait yeterli veri bulunmadığı için bu olgular çalışmadaki hesaplamaların dışında tutulmuştur. Araştırmanın evrenini 01.01.2008 - 31.12.2008 tarihleri arasında Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Polikliniğine sadece ayaktan tanı ve tedavi amacıyla başvuran 15.811 başvuruya ait verilerin yer aldığı toplam 6930 poliklinik muayene kartının oluşturmasına karar verilmiştir.

Kulak burun boğaz hastalıkları polikliniğinde hastalara ilk başvurularında poliklinik muayene kartı çıkarılmaktadır. Bu poliklinik muayene kartında hastanın adı, soyadı, iletişim bilgileri, yaşı, cinsiyeti,

muayene ve tetkik sonuçlarıyla eğer uygulandıysa tedavi bilgileri bulunmaktadır. Hastaların takip eden başvurularındaki tıbbi bilgiler mevcut olan bu kart üzerine işlenmektedir; yeniden kart düzenlenmemektedir. İlk başvuruları bir önceki yılda olup izleyen yıl içinde tekrar başvurular için de yeni kart düzenlenmemektedir. Bunda dolayı toplam 6930 poliklinik muayene kartı olmasına rağmen bir karta hastanın sonradan yaptığı başvurular da işlendiği için bunlar 15.811 başvuruyu temsil etmektedir. Çalışma evrenimizi oluşturan 15.811 başvuruya ait toplam 6930 poliklinik muayene kartından 6780 tanesi 2008 yılında, 150 tanesi ise bir önceki yılda düzenlenmiştir.

2. Araştırmanın Örnek Grubu:

2008 yılında tanı ve tedavi amaçlı başvuru sayısının 15.811 gibi yüksek bir sayı olması nedeni ile araştırmanın sistematik rastgele örnek seçim yöntemi ile seçilen bir örnek grubu üzerinde yürütülmesine karar verilmiştir. Örnek seçim yöntemi olarak basit rastgele örnek seçim yöntemi yerine sistematik rastgele örnek seçim yönteminin seçilmiş olmasının nedeni 2008 yılında başvuran kişilere ait "sıralı bir başvuru listesi"nin bulunmayışı, başvuran kişilere ait bilgilerin poliklinik muayene kartı şeklinde arşivlenmesidir.

Örnek grubu büyüklüğüne karar verilirken araştırmanın belli bir bağımlı değişkeninin olmayışı nedeni ile prevalans %50 kabul edilerek aşağıda sunulan formül ile yeterli örnek büyüklüğü hesaplanmıştır: %50 oranında gözlenen herhangi bir bağımlı değişkeni %5 tip 1 hata olasılığı, %80 güç ve %3'lük yanılma payı ile tahmin etmek için minimum 1066 başvuru bilgisine ulaşmak gerektiği bulunmuştur (17).

Sistematik rastgele örnek seçim yöntemi ile 6930 poliklinik muayene kartından oluşan çalışma evreninden minimum 1066 kartın örnek grubunu oluşturması için her 6 karttan birinin seçilmesine karar verilmiştir. 1 ve 6 arasında rastgele bir sayı belirlenmesi için kura çekilmiş ve "1" sayısı çıktığı için 1. karttan başlayarak her 6 karttan birini (7. kart, 13. kart vs) örnek grubuna ayıracak şekilde örnek seçimine devam edilmiş ve toplam 1155 olgunun kartları seçilerek değerlendirilmiştir. Böylelikle örnek grubu 1155

poliklinik muayene kartından oluşmuş ve minimum gereken 1066 sayısını karşılayacak büyüklük sağlanmıştır.

D. Araştırma Kapsamında Elde Edilen Veriler

Örnek grubu olarak seçilen 1155 olguya ait şu veriler kartlardan elde edilmiştir:

1. Demografik veriler (yaş, cinsiyet)
2. Tıbbi bilgiler (yakınma, öntanı, tanı ve tedavi)

E. Veri Değerlendirmesi

Araştırmanın verileri SPSS for Windows 11.0 istatistik paket programı ile değerlendirilmiştir. Veriler yüzde dağılımları şeklinde tanımlayıcı istatistiklerle sunulmuştur.

F. Elde Edilen Verilerin Diğer Merkezlerle Karşılaştırılması

Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıklarında sunulan hizmetlerin çalışma düzeni, muayene edilen hasta sayısı ve ameliyat sayısı açısından karşılaştırmalı değerlendirilmesi için hastanemizle yakın dönemlerde kurulmuş ve daha eski yapılanması olan merkezlerden aşağıda sunulan anketi yanıtlamaları istenmiştir.

Ankette sorulan sorular:

- 1- Polikliniğinizde muayene için kaç ünite kullanılıyor?
- 2- Kaç asistan poliklinik yapıyor?
- 3- Poliklinikte görevli asistanların kıdemleri nelerdir?
- 4- Poliklinikte bakılan günlük ortalama hasta sayınız nedir?
- 5- Polikliniğinizde bakılan yıllık ortalama hasta sayısı nedir?
- 6- Haftada kaç ameliyat salonu kullanıyorsunuz (lokal ve genel)?
- 7- Yıllık toplam ameliyat sayınız nedir?

III. BULGULAR

Kulak burun boğaz hastalıkları polikliniğine 2008 yılında yapılan toplam 18.643 başvuru, başvuranların sağlık güvencelerine göre değerlendirildiğinde olguların en büyük kısmını %57,8 ile Sosyal Sigortalar Kurumu'ndan sağlık güvencesi bulunanlar oluşturmaktadır. Polikliniğe başvuran hastaların sağlık güvencelerine göre dağılımları Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Olguların sağlık güvencelerine göre dağılımı

SAĞLIK GÜVENCESİ	SAYI	(%)
Sosyal Sigortalar Kurumu	10.784	57,8
Resmî*	2.283	12,2
Bağkur	1.783	9,6
Emekli	1.551	8,3
Yeşil kart	843	4,5
Ücretli	608	3,3
Özel sağlık sigortası	458	2,5
Okul sevklı	308	1,7
Gazi	18	0,1
Erbaş	7	0,04
TOPLAM	18.643	100,0

*Kamu kurum ve kuruluşlarında çalışanlar.

2008 yılında polikliniğe konsültasyon için başvuran 891 hasta değerlendirildiğinde, olguların yarısından fazlasının Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalından gönderildiği saptanmıştır. Konsültasyon isteyen disiplinler Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2. Konsültasyon isteyen disiplinler

KONSÜLTASYONU İSTEYEN DİSİPLİN	SAYI	(%)
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	500	56,1
Uyku Bozuklukları Birimi	136	15,3
Genel Cerrahi AD	92	10,3
Nöroloji AD	42	4,7
İç Hastalıkları AD	39	4,4
Göğüs Hastalıkları AD	25	2,8
Deri ve Zührevi Hastalıklar AD	17	1,9
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD	12	1,3
Göz Hastalıkları AD	8	0,9
Ortopedi ve Travmatoloji AD	6	0,7
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD	5	0,6
Beyin ve Sinir Cerrahisi AD	3	0,3
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD	3	0,3
Kardiyoloji AD	1	0,1
Psikiyatri AD	1	0,1
Üroloji AD	1	0,1
TOPLAM	891	100,0

AD: Anabilim Dalı

Çalışmada örnek grubunu oluşturan 1155 olgunun demografik verileri Tablo 3'te sunulmuştur. Buna göre polikliniğe en sık başvuran grubu 31-50 yaş arası olgular oluşturmaktadır. Bu grubun da %60,3'ü kadındır.

Tablo 3. Örnek grubunun cinsiyete göre yaş dağılımı

YAŞ DAĞILIMI	CİNSİYET				TOPLAM	
	Erkek		Kadın			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<=6 yaş	68	13,0	45	7,1	113	9,8
7-18 yaş	99	18,9	108	17,1	207	17,9
19-30 yaş	84	16,0	102	16,2	186	16,1
31-50 yaş	140	26,7	213	33,8	353	30,6
51-64 yaş	85	16,2	116	18,4	201	17,4
>=65 yaş	48	9,2	47	7,4	95	8,2
TOPLAM	524	45,4	631	54,6	1155	100,0

Polikliniğe yapılan başvuruların aylara göre dağılımı değerlendirildiğinde, Ocak, Şubat ve Mayıs aylarındaki başvuruların diğer aylara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Başvuruların aylara göre dağılımı *

BAŞVURU AYI	SAYI	(%)
Ocak	131	11,3
Şubat	129	11,2
Mart	92	8,0
Nisan	106	9,2
Mayıs	132	11,4
Haziran	87	7,5
Temmuz	84	7,3
Ağustos	91	7,9
Eylül	78	6,8
Ekim	75	6,5
Kasım	83	7,2
Aralık	67	5,8
Toplam	1155	100,0

*Birden çok başvuru durumunda ilk başvuru tarihi dikkate alınmıştır.

2008 yılında Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Polikliniğine yapılan başvurular değerlendirildiğinde %94,0'ının doğrudan başvuru olduğu görülmektedir. Başvuru şekline göre dağılım Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5. Örnek grubundaki olguların başvuru şekillerine göre dağılımı

DOĞRUDAN (sayı, %)	KONSÜLTASYON (sayı, %)	SEVKLİ* (sayı, %)	TOPLAM (sayı, %)
1086 %94,0	52 %4,5	17 %1,5	1155 %100,0

*Birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarından ileri tetkik ve / veya tedavi için polikliniğimize yönlendirilen olgular.

Örnek grubundaki olguların başvuru sayısına göre dağılımı değerlendirildiğinde olguların %66,5'inin polikliniğe yalnızca bir kez başvurduğu saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 6. Örnek grubundaki olguların başvuru sayısına göre dağılımı

1 KEZ (sayı, %)	2 KEZ (sayı, %)	3 KEZ (sayı, %)	≥4 KEZ (sayı, %)	TOPLAM (sayı, %)
768 %66,5	233 %20,2	95 %8,2	59 %5,1	1155 %100

Örnek grubundaki 1155 olgunun ilk başvuruları incelendiğinde, kulakla ilgili yakınmalar arasında en sık görülen ilk üç yakınmanın sırasıyla işitme azlığı, çınlama ve kulak ağrısı olduğu görülmektedir. İkinci başvurusunu yapan 387 olguda işitme azlığı ilk sırayı alırken, kulak ağrısı, çınlama ve kulak akıntısı azalan sıklıkla işitme azlığını izlemiştir. Üçüncü başvurularda değerlendirilen 154 olguda da işitme azlığı ilk sırayı alırken, kulak akıntısı ve çınlama ikinci en sık yakınma olmuştur. Dördüncü başvurusunu yapan 59 olguda ise kulakla ilgili yakınmalardan sadece işitme azlığına rastlanmıştır (Tablo 7).

Tablo 7. Kulakla ilgili yakınmalar

YAKINMALAR	1. BAŞVURU (n=1155)		2. BAŞVURU (n=387)		3. BAŞVURU (n=154)		4. BAŞVURU (n=59)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Baş dönmesi	41	3,5	1	0,3	1	0,6	0	0,0
Bulantı - kusma	4	0,3	1	0,3	1	0,6	0	0,0
Çınlama	127	11,0	15	3,9	6	3,9	0	0,0
Dengesizlik	3	0,3	1	0,3	1	0,6	0	0,0
İşitme azlığı	290	25,1	45	11,6	24	15,6	5	8,5
Kulağa darbe	2	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Kulak ağrısı	123	10,6	19	4,9	5	3,2	0	0,0
Kulak akıntısı	84	7,3	14	3,6	6	3,9	0	0,0
Kulak kanaması	3	0,3	2	0,5	0	0,0	0	0,0
Kulak kaşıntısı	38	3,3	4	1,0	3	1,9	0	0,0
Kulak önünde şişlik	6	0,5	3	0,8	2	1,3	0	0,0
Kulak tıkanıklığı	59	5,1	4	1,0	4	2,6	0	0,0
Kulakta şekil bozukluğu	2	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Kulakta şişlik	1	0,1	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Tekrarlayan kulak enfeksiyonu	3	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Yüz felci bulguları	6	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Örnek grubundaki 1155 olgunun ilk başvuruları incelendiğinde, burunla ilişkili yakınmalar arasında en sık görülen ilk üç yakınmanın sırasıyla burun tıkanıklığı, baş ağrısı ve burun akıntısı olduğu görülmektedir. İkinci başvurusunu yapan 387 olguda burun tıkanıklığı ilk sırayı alırken, burun akıntısı ve baş ağrısı ikinci sıklıkla yer almaktaydı. Üçüncü başvurularda değerlendirilen 154 olguda ise baş ağrısı ilk sırayı alırken, burun tıkanıklığı ikinci en sık yakınma olmuştur. Dördüncü başvurusunu yapan 59 olguda burunla ilgili yakınmalara rastlanmamıştır (Tablo 8).

Tablo 8. Burun ile ilişkili yakınmalar

YAKINMALAR	1. BAŞVURU (n=1155)		2. BAŞVURU (n=387)		3. BAŞVURU (n=154)		4. BAŞVURU (n=59)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Baş ağrısı	62	5,4	8	2,1	4	2,6	0	0,0
Burun akıntısı	52	4,5	8	2,1	1	0,6	0	0,0
Burun içinde yara	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Burun kanaması	31	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Burun kaşıntısı	11	1,0	4	1,0	1	0,6	0	0,0
Burun tıkanıklığı	154	13,3	17	4,4	3	1,9	0	0,0
Burun üzerinde yara	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Buruna travma	4	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geniz akıntısı	34	2,9	5	1,3	1	0,6	0	0,0
Gözde çapaklanma	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hapşırma	29	2,5	4	1,0	1	0,6	0	0,0
Koku bozukluğu	3	0,3	1	0,3	0	0,0	0	0,0

Örnek grubundaki 1155 olgunun ilk başvuruları incelendiğinde, ağız, boğaz ve larenksle ilgili yakınmalar arasında en sık görülen ilk üç yakınmanın sırasıyla boğaz ağrısı, ses kısıklığı ve larengofarengal reflüye bağlı yakınmalar (ağza acı - ekşi su gelmesi, midede yanma vs.) olduğu görülmektedir. İkinci başvurusunu yapan 387 olguda ses kısıklığı ilk sırayı alırken, boğaz ağrısı, larengofarengal reflüye bağlı yakınmalar ve öksürük azalan sıklıkla ses kısıklığını takip etmiştir. Üçüncü başvurularda değerlendirilen 154 olguda da ses kısıklığı ilk sırayı alırken, larengofarengal reflüye bağlı yakınmalar ikinci sıklıkta saptanmıştır. Dördüncü başvurusunu yapan 59 olguda ise ağız, boğaz ve larenksle ilgili yakınmalardan boğaz ağrısı ve ağız içi yaraya rastlanmıştır (Tablo 9).

Tablo 9. Ağız, boğaz ve larenks ile ilgili yakınmalar

YAKINMALAR	1. BAŞVURU (n=1155)		2. BAŞVURU (n=387)		3. BAŞVURU (n=154)		4. BAŞVURU (n=59)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ağız içinde yara	6	0,5	1	0,3	1	0,6	1	1,7
Ağızdan kan gelmesi	3	0,3	2	0,5	0	0,0	0	0,0
Boğaz ağrısı	101	8,7	9	2,3	2	1,3	1	1,7
Boğaz şişliği	2	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Boğazda sıkışma	3	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Boğazda takılma	31	2,7	4	1,0	0	0,0	0	0,0
Boyunda akıntı	2	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Boyunda şişlik	34	2,9	3	0,8	1	0,6	0	0,0
Çenede hareket kısıtlılığı	2	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Damakta ağrı	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Dil altında şişlik	2	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Dilde ağrı	2	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Dilde yara	5	0,4	2	0,5	1	0,6	0	0,0
Dudakta hemanjiom	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Dudakta şişlik/yara	3	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Konuşma bozukluğu	11	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Larengofarengeal reflüye bağlı yakınmalar	46	4,0	7	1,8	3	1,9	0	0,0
Öksürük	43	3,7	7	1,8	2	1,3	0	0,0
Ses kısıklığı	83	7,2	16	4,1	6	3,9	0	0,0
Sık bademcik enfeksiyonu	33	2,9	2	0,5	2	1,3	0	0,0
Tiroid ile ilgili yakınmalar	3	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Yanakta şişlik	3	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Yutma güçlüğü	36	3,1	3	0,8	0	0,0	0	0,0
Yüzde şişlik	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Yüzde yara	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0

İlk başvurular incelendiğinde, birden çok organı ilgilendiren yakınmalar arasında en sık görülen ilk iki yakınmanın sırasıyla ağız açık uyuma ve

horlama olduğu gör÷lmektedir. İkinci başvurusunu yapan 387 olguda da ağız açık uyuma ilk sırayı alırken, horlama ikinci en sık yakınma olmuştur. Üçüncü ve dördüncü başvurularda ise ağız açık uyuma ve horlama ilk sırayı almıştır (Tablo 10).

Tablo 10. Birden çok organı ilgilendiren yakınmalar

YAKINMALAR	1. BAŞVURU (n=1155)		2. BAŞVURU (n=387)		3. BAŞVURU (n=154)		4. BAŞVURU (n=59)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ağız açık uyuma	174	15,1	24	6,2	8	5,2	1	1,7
Ateş	10	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hırıltılı solunum	7	0,6	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Horlama	164	14,2	23	5,9	8	5,2	1	1,7
Nefes darlığı	7	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Uykuda nefes durması	39	3,4	3	0,8	1	0,6	0	0,0

Örnek grubundaki 1155 olgunun ilk başvuruları incelendiğinde, kulak burun boğazla ilgili tüm yakınmalar içinde en sık gör÷len ilk üç yakınmanın sırasıyla işitme azlığı, ağız açık uyuma ve horlama olduğu saptanmıştır (Tablo 11).

Tablo 11. Polikliniğe yapılan ilk başvurularda en sık saptanan ilk on yakınma.

YAKINMALAR	SAYI	%
İşitme azlığı	290	25,1
Ağız açık uyuma	174	15,1
Horlama	164	14,2
Burun tıkanıklığı	154	13,3
Çınlama	127	11,0
Kulak ağrısı	123	10,6
Boğaz ağrısı	101	8,7
Kulak akıntısı	84	7,3
Ses kısıklığı	82	7,1
Baş ağrısı	62	5,4

Örnek grubundaki 1155 olgunun ilk başvurularında, kulakla ilgili tanılar arasında en sık görülen ilk üç tanı ve öntanının sırasıyla buşon, efüzyonlu otitis media (EOM) ve etiyojisi araştırılan işitme azlığı olduğu görölmektedir. İkinci başvurusunu yapan 387 olguda EOM ilk sırayı alırken, kronik otitis media (KOM), Eustachi tüpü disfonksiyonu, idiyopatik tinnitus ve buşon azalan sıklıkla EOM'yi takip etmiştir. Üçüncü başvurularda değeriendirilen 154 olguda yine EOM ilk sırayı alırken, KOM ikinci, opere KOM da üçüncü sıklıkta saptanmıştır. Dördüncü başvurusunu yapan 59 olguda ise kulakla ilgili tanı ve öntanılar arasında opere KOM ilk sırayı alırken, etiyojisi belirlenemeyen iletim tipi işitme kaybı, KOM ve opere EOM ikinci en sık saptanan tanılar olmuşlardır (Tablo 12).

İlk başvurularda burunla ilgili tanılar arasında en sık görülen ilk üç tanının sırasıyla akut rinosinüzit, konka hipertrofisi ve nazal septum deviasyonu (NSD) olduğu görölmektedir. İkinci başvurusunu yapan 387 olguda akut rinosinüzit ilk sırayı alırken, bunu takiben konka hipertrofisi ve NSD azalan sıklıklarla saptanmıştır. Üçüncü başvurusunu yapan 154 olguda ise konka hipertrofisi ilk sırayı alırken, akut rinosinüzit, NSD ve opere NSD ikinci sıklıkta saptanmıştır. Dördüncü başvurusunu yapan 59 olguda burunla ilgili tanılardan opere NSD tanısına rastlanmıştır (Tablo 13).

Tablo 12. Kulakla ilgili tanılar ve öntanımlar

TANILAR ve ÖNTANILAR	1. BAŞVURU (n=1155)		2. BAŞVURU (n=387)		3. BAŞVURU (n=154)		4. BAŞVURU (n=59)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Adeziv otit	9	0,8	2	0,5	0	0,0	0	0,0
Akustik travma	2	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Akut otitit media	26	2,3	3	0,8	1	0,6	0	0,0
Bell paralizisi	5	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Benign paroksizmal pozisyonel vertigo	18	1,6	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Buşon	97	8,4	7	1,8	1	0,6	0	0,0
Efüzyonlu otitis media	59	5,1	18	4,7	9	5,8	0	0,0
Eksternal otit	52	4,5	5	1,3	4	2,6	0	0,0
Etiyolojisi araştırılan işitme azlığı	54	4,7	2	0,5	2	1,3	0	0,0
Etiyolojisi araştırılan otalji	6	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Etiyolojisi araştırılan sensorinöral işitme kaybı	20	1,7	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Etiyolojisi araştırılan vertigo	20	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Etiyolojisi belirlenemeyen iletim tipi işitme kaybı	3	0,3	1	0,3	1	0,6	1	1,7
Etiyolojisi belirlenemeyen mikst tip işitme kaybı	3	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Eustachi tüpü disfonksiyonu	47	4,1	8	2,1	0	0,0	0	0,0
İdiyopatik ani sensorinöral işitme kaybı	4	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
İdiyopatik tinnitus	47	4,1	8	2,1	3	1,9	0	0,0
Kepçe kulak deformitesi	2	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Kondrit	2	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Kronik otitis media	52	4,5	14	3,6	7	4,5	1	1,7
Kronik otitis media sekeli	20	1,7	3	0,8	3	1,9	0	0,0
Meniere Hastalığı	5	0,4	2	0,5	2	1,3	0	0,0
Opere efüzyonlu otitis media	5	0,4	3	0,8	2	1,3	1	1,7
Opere kronik otitis media	23	2,0	6	1,6	5	3,2	3	5,1
Opere Otoskleroz	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Opere silent otit	1	0,1	1	0,3	1	0,6	0	0,0
Otomikoz	15	1,3	7	1,8	4	2,6	0	0,0
Otoskleroz	4	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Preauriküler kist	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Presbiakuzi	28	2,4	2	0,5	0	0,0	0	0,0
Tanısı araştırılan dış kulak kanalı kitlesi	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Timpanik membran retraksiyonu	8	0,7	1	0,3	1	0,6	0	0,0
Timpanoskleroz	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Travmatik fasiyal paralizi	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Travmatik timpanik membran perforasyonu	5	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Tablo 13. Burunla ilgili tanılar ve öntanılar

TANILAR ve ÖNTANILAR	1. BAŞVURU (n=1155)		2. BAŞVURU (n=387)		3. BAŞVURU (n=154)		4. BAŞVURU (n=59)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Akut rinit	36	3,1	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Akut rinofarenjit	37	3,2	2	0,5	0	0,0	0	0,0
Akut rinosinüzit	108	9,4	14	3,6	2	1,3	0	0,0
Alerjik rinit	23	2,0	3	0,8	0	0,0	0	0,0
Alerjik rinosinüzit	14	1,2	3	0,8	0	0,0	0	0,0
Antrokoanal polip	2	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Epistaksis	27	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Etiyolojisi belirlenemeyen anosmi	2	0,2	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Konka hipertrofisi	61	5,3	12	3,1	3	1,9	0	0,0
Kronik dakriosistit	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Kronik rinosinüzit	12	1,0	2	0,5	1	0,6	0	0,0
Nazal fraktür	2	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nazal polipozis	3	0,3	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Nazal septum deviasyonu	54	4,7	6	1,6	2	1,3	0	0,0
Nazal septum deviasyonu + eksternal nazal deviasyon	6	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nazal travma	3	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Opere nazal polipozis	5	0,4	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Opere nazal septum deviasyonu	20	1,7	4	1,0	2	1,3	1	1,7
Opere nazal septum deviasyonu + eksternal nazal deviasyon	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Opere Samter triadı	2	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Rinolit	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Septal hematoma	2	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Septal perforasyon	5	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Septumda sineşi	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sinonazal tümör	3	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tanısı araştırılan burun içi kitle	3	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0

İlk başvurular incelendiğinde, ağız, boğaz, larenks ve boyunla ilgili tanılar arasında en sık görülen ilk üç tanının sırasıyla larengofarengeal reflü hastalığı, adenoid hipertrofisi ve rekürren akut tonsillit olduğu görülmektedir. İkinci başvurusunu yapan 387 olguda larengofarengeal reflü hastalığı (LFRH) ilk sırayı alırken, adenoid hipertrofisi, etiyolojisi araştırılan boyunda kitle ve vokal kord nodülü azalan sıklıklarda LFRH'yi takip etmiştir. Üçüncü başvurularda değerlendirilen 154 olguda ise adenoid hipertrofisi ilk sırayı alırken, vokal kord nodülü ve LFRH ikinci sıklıkta saptanmıştır. Dördüncü başvurusunu yapan 59 olguda yalnızca akut farenjit ve bukkal mukoza kanserine rastlanmıştır (Tablo 14).

Tablo 14. Ağız, boğaz, larenks ve boyunla ilgili tanılar ve öntanılar

TANILAR ve ÖNTANILAR	1. BAŞVURU (n=1155)		2. BAŞVURU (n=387)		3. BAŞVURU (n=154)		4. BAŞVURU (n=59)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Adenoid hipertrofisi	65	5,6	12	3,1	10	6,5	0	0,0
Adenoidit	21	1,8	3	0,8	0	0,0	0	0,0
Aftöz stomatit	4	0,3	0	0,0	1	0,6	0	0,0
Akut farenjit	26	2,3	0	0,0	2	1,3	1	1,7
Akut larenjit	10	0,9	2	0,5	0	0,0	0	0,0
Akut tonsillit	7	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Asimetrik tonsil hipertrofisi	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Boğazda yabancı cisim	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brankial yarı kisti	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bukkal mukoza kanseri	1	0,1	1	0,3	1	0,6	1	1,7
Derin boyun enfeksiyonu	2	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Dil kanseri	5	0,4	2	0,5	2	1,3	0	0,0
Dudak kanseri	2	0,2	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Etiyolojisi araştırılan boyunda kitle	14	1,2	9	2,3	3	1,9	0	0,0
Etiyolojisi araştırılan boyunda lenfadenopati	13	1,1	3	0,8	1	0,6	0	0,0
Etiyolojisi araştırılan nazofarenksde kitle	6	0,5	3	0,8	2	1,3	0	0,0
Hipertiroidi	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hipofarenks kanseri	1	0,1	1	0,3	0	0,0	0	0,0
İdiyopatik vokal kord paralizi	3	0,3	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Konuşma bozukluğu	6	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Kriptik tonsillit	6	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Kronik farenjit	13	1,1	3	0,8	1	0,6	0	0,0
Kronik farenjit akut atak	5	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Larengofarengeal reflü hastalığı	106	9,2	22	5,7	5	3,2	0	0,0
Larengomalazi	2	0,2	1	0,3	1	0,6	0	0,0
Larengosel	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Larenks kanseri	8	0,7	5	1,3	4	2,6	0	0,0
Larenks patolojisi	5	0,4	1	0,3	1	0,6	0	0,0

Lenfoma	1	0,1	2	0,5	0	0,0	0	0,0
Lökoplazi	4	0,3	3	0,8	2	1,3	0	0,0
Multinodüler guatr	4	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nüks adenoid hipertrofisi	9	0,8	1	0,3	1	0,6	0	0,0
Opere larenks kanseri	2	0,2	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Opere multinodüler guatr	14	1,2	5	1,3	3	1,9	0	0,0
Opere parotis kitlesi	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Opere yarı damak	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Oroantral fistül	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Papillom	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Parotit	1	0,1	2	0,5	0	0,0	0	0,0
Parotiste kitle	7	0,6	4	1,0	4	2,6	0	0,0
Peritonsiller abse	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Reinke ödemi	2	0,2	2	0,5	0	0,0	0	0,0
Rekürren akut tonsillit	39	3,4	7	1,8	4	2,6	0	0,0
Sialadenit	3	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sialolitiazis	4	0,3	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Tanısı araştırılan disfaji	6	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tanısı araştırılan disfoni	3	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tanısı araştırılan oral kavite kitlesi	2	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Temporomandibüler eklem disfonksiyonu	3	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tiroglossal duktus kisti	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tonsillofarenjit	4	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Trakeal granülasyon dokusu	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Travmatik vokal kord paralizisi	7	0,6	5	1,3	2	1,3	0	0,0
Vokal kord kisti	2	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Vokal kord nodülü	21	1,8	8	2,1	5	3,2	0	0,0
Vokal kord polipi	2	0,2	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Yanakta lipom	1	0,1	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Yarı damak deformitesi	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0

İlk başvurularda deri tümörleri ile ilgili tanılar arasında aurikülada skuamöz hücreli kanser, nazal dorsumda skuamöz hücreli kanser ve yüzde bazal hücreli kanser görülmüştür. İkinci başvurusunu yapan 387 olguda yalnızca aurikülada skuamöz hücreli kansere rastlanırken üçüncü ve dördüncü başvurularda deri tümörleri ile ilgili olarak herhangi bir tanıya rastlanmamıştır (Tablo 15).

Tablo 15. Deri tümörleri ile ilgili tanılar

TANILAR	1. BAŞVURU (n=1155)		2. BAŞVURU (n=387)		3. BAŞVURU (n=154)		4. BAŞVURU (n=59)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Aurikülada skuamöz hücreli kanser	1	0,1	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Nazal dorsumda skuamöz hücreli kanser	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Yüzde bazal hücreli kanser	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0

İlk başvurular incelendiğinde, organa ya da bölgeye göre sınıflandırılmayan tanı ve öntanılar arasında en sık görülen ilk üçü tıkalı uyku apnesi (TUA), etiyojisi araştırılan baş ağrısı, servikal artroz ve etiyojisi saptanamayan hemoptizidir. İkinci başvurusunu yapan 387 olguda tanılardan TUA, yüzde hemanjiom ve opere nörofibromatozis saptanmıştır. Üçüncü ve dördüncü başvurularda genel konularla ilgili olarak yalnızca TUA'ya rastlanmamıştır (Tablo 16).

Örnek grubundaki 1155 olgunun ilk başvuruları incelendiğinde, kulak burun boğazla ilgili tüm tanılar içinde en sık görülen ilk üç tanının sırasıyla akut rinosinüzit, larengofarengeal reflü hastalığı ve buşon olduğu saptanmıştır (Tablo 17).

Tablo 16. Organa ya da bölgeye göre sınıflandırılmayan tanılar ve öntanılar

TANILAR ve ÖNTANILAR	1. BAŞVURU (n=1155)		2. BAŞVURU (n=387)		3. BAŞVURU (n=154)		4. BAŞVURU (n=59)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Basit horlama	2	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Etiyolojisi araştırılan baş ağrısı	6	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Etiyolojisi saptanamayan hemoptizi	3	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Normal muayene bulguları	10	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Opere nörofibromatozis	1	0,1	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Servikal artroz	4	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tıkaçıcı uyku apnesi	37	3,2	2	0,5	1	0,6	1	1,7
Yüzde hemanjiom	2	0,2	1	0,3	0	0,0	0	0,0

Tablo 17. Polikliniğe yapılan ilk başvurularda en sık saptanan ilk on tanı ve öntanı

TANILAR ve ÖNTANILAR	SAYI	%
Akut rinosinüzit	108	9,4
Larengofarengeal reflü hastalığı	106	9,2
Buşon	97	8,4
Adenoid hipertrofisi	65	5,6
Konka hipertrofisi	61	5,3
Efüzyonlu otitis media	59	5,1
Nazal septum deviasyonu	54	4,7
Etiyolojisi araştırılan işitme azlığı	54	4,7
Kronik otitis media	52	4,5
Eksternal otit	52	4,5
Eustachi tüpü disfonksiyonu	47	4,1
İdiyopatik tinnitus	47	4,1
Rekürren akut tonsillit	39	3,4

Çalışmada ilaçlarla ilgili verilerin toplanması sırasında poliklinik muayene kartlarında reçete edilen bazı ilaçların orijinal moleküllerin isimleri ile, bazı ilaçların ise etki gruplarına göre kayıt edildiği saptanmıştır. Bu nedenle reçete edilen ilaçlarla ilgili tek bir tablo oluşturulamamış, ilaçlar orijinal moleküllerine göre ve etki gruplarına göre olmak üzere iki farklı tabloda sunulmuştur. Örnek grubundaki 1155 olgunun ilk başvuruları incelendiğinde, hastalara reçete edilen ilaçlar arasında sıklık sırasıyla en sık antibiyotikler, antienflamatuarlar, nazal dekonjestanlar ve reflüye yönelik ilaçlar olduğu görülmektedir. İkinci başvurusunu yapan 387 olguda reçete edilen ilaçlar arasında sıklık sırasıyla en sık antibiyotikler, antienflamatuarlar, nazal dekonjestanlar ve buğu solüsyonları yer almaktaydı. Üçüncü başvurularda değerlendirilen 154 olguda, antienflamatuarlar, antibiyotikler, reflüye yönelik ilaçlar ve antibiyotikli kulak damlalarının en sık reçete edilen ilaçlar olduğu görülmüştür. Dördüncü başvurusunu yapan 59 olguya yalnızca gargara, pastil ve B vitamini içeren ilaçlar reçete edilmiştir (Tablo 18 ve 19).

Tablo 18. Orijinal moleküllerine göre ilaçlar

İLAÇLAR	1. BAŞVURU (n=1155)		2. BAŞVURU (n=387)		3. BAŞVURU (n=154)		4. BAŞVURU (n=59)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Antibiyotikler								
Amoksisilin klavulonat	241	20,9	32	8,3	2	1,3	0	0,0
Ampisilin sulbaktam	16	1,4	3	0,8	0	0,0	0	0,0
Klaritromisin	59	5,1	28	7,2	5	3,2	0	0,0
Levofloksasin	9	0,8	5	1,3	2	1,3	0	0,0
Moksifloksasin	6	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ornidazol	4	0,3	2	0,5	0	0,0	0	0,0
Penisilin	9	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sefditoren	16	1,4	7	1,8	1	0,6	0	0,0
Sefiksım	0	0,0	0	0,0	2	1,3	0	0,0
Sefuroksım aksetil	12	1,0	1	0,3	3	1,9	0	0,0
Siprofloksasin	7	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Spiramicin	1	0,1	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Vertigo ve Tinnitusaya yönelik ilaçlar								
Asetazolamid	3	0,3	1	0,3	2	1,3	0	0,0
Betahistin	27	2,3	7	1,8	4	2,6	0	0,0
Dimenhidrinat	3	0,3	2	0,5	3	1,9	0	0,0
Ginkgo glikozidi	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pirasetam	20	1,7	2	0,5	1	0,6	0	0,0
Sinnarizin	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Tablo 19. Etki gruplarına göre ilaçlar

İLAÇLAR	1. BAŞVURU (n=1155)		2. BAŞVURU (n=387)		3. BAŞVURU (n=154)		4. BAŞVURU (n=59)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Antihistaminler								
Antihistamin içeren burun spreyleri	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Oral kullanılan antihistaminler	40	3,5	12	3,1	3	1,9	0	0,0
Dekonjestanlar								
Nazal dekonjestanlar	289	25,0	48	12,4	4	2,6	0	0,0
Oral dekonjestanlar	97	8,4	31	8,0	11	7,1	0	0,0
Kortikosteroidler								
İnhaler kortikosteroidler	11	1,0	5	1,3	4	2,6	0	0,0
Sistemik kortikosteroidler	16	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Kortikosteroid içeren merhemler	11	1,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Kortikosteroid içeren burun spreyleri	109	9,4	34	8,8	9	5,8	0	0,0
Kortikosteroid içeren kulak damlaları	74	6,4	15	3,9	2	1,3	0	0,0
İntratimpanik kortikosteroid uygulaması	1	0,1	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Vitaminler								
A vitamini içeren ilaçlar	4	0,3	3	0,8	1	0,6	0	0,0
B vitamini içeren ilaçlar	11	1,0	6	1,6	2	1,3	1	1,7
Antienflamatuarlar	342	29,6	72	18,6	16	10,4	0	0,0
Reflüye yönelik ilaçlar	137	11,9	32	8,3	12	7,8	0	0,0
Diğer ilaçlar								
Antibiyotikli kulak damlaları	98	8,5	29	7,5	12	7,8	0	0,0
Antibiyotikli merhemler	16	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Antienflamatuar, antiseptik gargara	81	6,9	5	1,3	4	2,6	1	1,7
Antifungal kulak damlası	15	1,3	12	3,1	4	2,6	0	0,0
Tiroide yönelik ilaçlar	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Antiviraller	4	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Buğu solüsyonları	120	10,4	41	10,6	7	4,5	0	0,0
Gliserin	92	8,0	13	3,4	1	0,6	0	0,0
Kas gevşeticiler	3	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Antitussifler	4	0,3	3	0,8	2	1,3	0	0,0
Mukolitikler	28	2,4	10	2,6	7	4,5	0	0,0
Oksijenli su	88	7,6	13	3,4	0	0,0	0	0,0
Pastil	21	1,8	3	0,8	1	0,6	1	1,7
Parahidroksibenzoat merhem	21	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nazal lavaj	62	5,4	22	5,7	5	3,2	0	0,0

Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıklarında verilen poliklinik ve ameliyathane hizmetlerinin, bu bölümlerde çalışan asistanların sayı ve kıdem durumu, yıllık ameliyat ve poliklinik sayıları açısından farklı üniversitelerle karşılaştırması Tablo 20'de gösterilmiştir.

Tablo 20. Farklı üniversitelerde sunulan hizmetlerin karşılaştırılması

	CBÜ Hastanesi (Kuruluş yılı 1992)	90'lı yıllarda kurulmuş olan üniversite	80'li yıllarda kurulmuş olan üniversite	80'li yıllarda kurulmuş olan üniversite	70'li yıllarda kurulmuş olan üniversite	70'li yıllarda kurulmuş olan üniversite
Poliklinik muayene ünite sayısı	2	4	4	3	3	4 (özeller dahil 6)
Poliklinik asistan sayısı	3-4	3-4	4	3	3	4
Poliklinik asistan kıdemleri	Biri alt, ikisi orta kıdem, biri kıdemli	Biri 2, biri 3, ikisi 4 yıllık	İkisi alt, biri orta kıdem, biri kıdemli	Biri alt, biri orta kıdem, biri kıdemli	Biri alt, biri orta kıdem, biri kıdemli	2, 3 ve 4 yıllık
Ortalama poliklinik sayısı	80-100	50	80-130	45	50	100
Yıllık poliklinik sayısı	18.643	12.000	27.000	10.800	12.220	18.000
Haftalık ameliyat salonu sayısı	5 genel 1 lokal Salonu	2,5	7 genel 1 lokal salonu	7 genel 1 lokal salonu	6 genel 1 lokal salonu	7 genel salonu
Yıllık ameliyat sayısı	1.082	800	2.000	1.951	1.431	2.400

CBÜ: Celal Bayar Üniversitesi

IV. TARTIŞMA

Günümüzde çağdaş sağlık örgütlenmesinde hastaların gereksinimlerine göre ve nitelikli bir hizmet verilebilmesi için sağlık kuruluşları basamaklandırılmıştır. Basamaklandırmanın temel amacı sağlık hizmetinin optimal maliyetle sunulmasıdır. Ülkemizde birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak yapılandırılan sağlık kuruluşları arasında hastaların gereksinimlerine ve hekimlerin yönlendirmesine göre sevk zinciri kurulmuştur. Sağlık alanında sevk zinciri kurulmasının birçok önemli avantajı vardır. Bunlardan başlıcaları, halkın sağlık hizmeti almasında kolaylık sağlanması, tanı ve tedavide gecikmelerin önlenmesi, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmeti veren kurumlardaki gereksiz yığılmaların azaltılarak daha nitelikli ve etkin hizmet sunulmasının sağlanmasıdır (18).

Ülkemizdeki sevk zinciri uygulamasında aksaklıklar bulunduğu bilinmektedir. Sağlık kuruluşlarına başvuran hastalar arasında yapılan bir çalışmada, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarını tercih edenlerin sayısı sağlık ocağını tercih edenlerin sayısından üç kat fazla bulunmuştur. Yine aynı çalışmada birinci basamak sağlık hizmeti taleplerinin %79'unun ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları tarafından karşılandığı belirtilmiştir (19). Ülkemizde sevk zincirinin etkin bir şekilde çalışmamasının başlıca nedenleri: birinci basamak sağlık hizmet kuruluşlarında yeterli personel, malzeme ve fiziksel yapının olmayışı, sevk sistemine uyulması için yönlendirici ve teşvik edici düzenlemelerin bulunmamasıdır (20). Sevk zincirinde yaşanan sorunlar üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında hasta yığılmalarına yol açmaktadır; buna bağlı olarak asli fonksiyonları eğitim vermek, bilimsel araştırma yapmak ve ileri düzeyde tanı ve tedavi hizmeti sunmak olan üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinin etkin çalışması mümkün olamamaktadır. Bu hastanelerdeki sağlık personelinin spesifik alanlarda uzmanlaşmış olmaları, kullanılan tıbbi donanımların pahalı olması gibi faktörler verilen sağlık hizmetlerinin maliyetlerinde artışa neden olmaktadır. Bu açıdan bakıldığında, birinci ve ikinci basamaklarda tedavisi mümkün olan hastaların üniversite ve eğitim

hastanelerinde tedavi edilmesinin kaynak israfıyla sonuçlandığı anlaşılmaktadır (20).

Ülkemizde 2004 yılından itibaren Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun yürürlüğe girmiştir. Buna göre her aile hekiminin, yaklaşık 3000-4000 bireyden sorumlu olup gerekli koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetini kayıtlı kişilere sunması beklenmektedir (1). Çalışmamıza konu olan dönemde sevk zinciri uygulaması etkin halde olmadığından hastalar üniversite hastanelerine doğrudan başvurabilmekteydi. Çalışmamızda polikliniğe başvuran olguların sevk durumları incelendiğinde sadece %1,5'inin bir sağlık kurumundan sevk ile geldiği saptanmıştır. Benzer bir çalışmada, 2000 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ve Genel Cerrahi polikliniklerine yapılan başvurular değerlendirildiğinde olguların %62'sinin polikliniğe sevk edilerek geldiği saptanmıştır (21). Sevk oranlarındaki bu farklılık çalışma verilerimizi sağladığımız poliklinik kayıt sisteminin güvenilirliğinin düşük olması dolayısıyla sevk ile başvuran olguların gözden kaçmış olmasına, Manisa ilinde sevk zincirinin gerektiği gibi işletilememesine ve daha da önemlisi 2007 yılından itibaren Sosyal Sigortalar Kurumuna bağlı hastaların üniversitelere direkt başvurabilme yolunun açılmasına bağlı olabilir. Ülkemizde yapılmış olan başka bir çalışmada hastaların doğrudan bir üniversite hastanesine başvuru nedeni olarak daha iyi tedavi olabilecekleri inancı ve diğer basamaklarda yer alan sağlık kuruluşlarına daha az güven duymaları gösterilmiştir (22).

Yukarıda belirtilen nedenlerle hayata geçirilemeyen sevk zincirine dayalı sağlık hizmeti sunumu, yaşanan sorunların çözümünde esas belirleyicilerden birisi gibi gözükmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimleri tarafından yürütülmesi planlanmaktadır. Ülkemizde aile hekimi uzmanları arasında yapılan bir çalışmada kendilerini mesleki olarak yetersiz hissettikleri klinik disiplinler arasında KBB başta gelmektedir (23). Dolayısıyla birinci basamak sağlık kuruluşlarında hizmet veren hekimlerin eğitim eksikliklerinin üçüncü basamakta yaşanan yoğunluğa katkıda bulunduğu söylenebilir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın 2008 verilerine göre nüfus yapısının cinsiyete göre dağılımında kadınlar nüfusun %51'ini ve erkekler %49'unu oluşturmaktadır. Ayrıca kadınların kırsal nüfus içerisindeki oranı kentsel alana göre daha yüksek bulunmuştur (1). Bizim çalışmamıza dahil edilen olgularda da kadın hastalarımızın oranı erkeklere göre daha yüksek bulundu ancak cinsiyetler arasındaki fark 2008 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nda belirtilenden daha fazla idi (Tablo 3). Bu farklılık, batı bölgelerinde kadın oranının daha yüksek olduğunu bildiren aynı çalışma verileriyle açıklanabilir (24).

Çalışmamıza dahil ettiğimiz olguların yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında, Türkiye İstatistik Kurumu 2008 yılı yaşa göre nüfus verilerinden özellikle 19-30 yaş (%16,9), 31-50 yaş (%27,4) ve ≥65 yaş (%7,2) gruplarla paralellik gösterdiği saptanmıştır (24).

Toplumun her kesiminde ve her yaş grubunda kulak burun boğaz hastalıkları sık görülmekte ve bu hastalıklara kış aylarında daha fazla rastlanmaktadır (3,25). Bu çalışmada da her yaş grubunun her iki cinsiyette de etkilendiği ve kış ayları ile yaz başında daha sık poliklinik başvurusu olduğu görülmüştür (Tablo 3 ve 4).

Sunulan çalışmada olguların yakınmaları ve bunlarla ilişkili öntanı ve tanıları bölgelerine göre ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Polikliniğe kulak yakınması ile gelen hastalarda en sık başvuru nedeni işitme azlığı (%25,1) olarak saptanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün güncel raporlarına göre işitme kaybı tüm dünyada 278 milyon insanı etkilemektedir. Gelişmekte olan ülkelerde, işitme kayıplarının en az %50'sinin önlenabilir nedenlerden kaynaklandığı bildirilmiştir (25). İşitme kaybı oranları coğrafi, sosyoekonomik gelişmişlik düzeylerine göre farklılık göstermektedir. Asya ve Orta Doğu ülkelerinde %7-27 arasında (26,27), Kuzey Amerika'da okul çağı çocuklarında %15 (27) ve yenidoğanlarda %0,314 (28) olarak bildirilmiştir.

Gelişmekte olan veya az gelişmiş ülkelerde işitme kaybının en sık nedenleri KOM, akut otitis media (AOM), ototoksik ilaçlar ve maternal enfeksiyonlar olarak bildirilmektedir (26,27). Gelişmiş ülkelerde ise yaşlanma, yüksek sese maruziyet ve EOM en sık bildirilen nedenlerdir (28). Ancak bizim

çalışmamızda işitme azlığı ile başvuran hastalarda en sık saptanan tanı buşondu. Buşon varlığı, birinci basamak sağlık merkezlerinde de saptanarak tedavisi uygulanabilecek olan geçici bir hastalıktır. Bu da göstermektedir ki, birinci basamak sağlık merkezlerinde çözülebilecek kulak sorunları için hastalar gereksiz yere ileri sağlık merkezlerine başvurmaktadır. Polikliniğe yapılan başvurular arasında işitme azlığı nedeni olarak literatüre paralel şekilde; EOM, akustik travma, presbiakuzi, opere KOM, KOM sekeli, etiyojisi araştırılan sensorinöral işitme kaybı ve AOM saptandı (26,27,28).

Polikliniğe kulak yakınması nedeniyle yapılan başvurularda işitme azlığı ilk başvuruda ve izlemde hep en sık başvuru nedeniydi. İzlemlerde işitme azlığı nedenlerinin en sık EOM, KOM ve presbiakuzi olduğu gözlemlendi.

Sunulan çalışmada çınlama; kulak yakınması ile başvuran olgularda en sık ikinci (%11) yakınma olarak saptandı (Tablo 7). Çınlama tüm dünyada milyonlarca insanı etkileyen yaygın bir sorundur. Bir dış uyaran olmadan duyulan ses olarak tanımlanan çınlamanın bir tanıdan çok bir yakınmayı ifade ettiği bilinmektedir (34). Literatürde, çınlama için %10-19 arasında sıklık bildirilmektedir; ayrıntılı bir ayırıcı tanı çalışması yapılmasının ve buna göre tedavi planlanmasının önemi vurgulanmaktadır (29,30,31,32,33). Çınlama yakınması ile başvuran hastalarda etiyojisi belirlendiği takdirde, her ne kadar büyük kısmında yakınma giderilemese de, sadece etiyojinin belirlenmesi ve buna yönelik daha önceden uygulanmayan bir tedaviyi alması hastada belirgin bir tatmin duygusu yaratmakta ve bu hastaların izlemlerinde uyumlarının yüksek olduğu görülmektedir. İdiyopatik tinnitusta ise verilen tedavi genellikle daha önce birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarında önerilenlerden farklı olmadığı için hasta uyumu idiyopatik olmayan olgulardaki kadar yüksek olmamaktadır. Nitekim idiyopatik tinnitusta ilk başvurudan sonra hastaların izleme olan uyumlarının dramatik şekilde azaldığı görülmüştür. Oysa, etiyojisi saptanan olgularda, örneğin Meniere hastalarında, uyum giderek artmıştır (Tablo 12).

Sunulan çalışmada kulakla ilgili yakınmalar arasında kulak ağrısının üçüncü sırada (%10,6) olduğu görüldü. Kulak ağrısı AOM, eksternal otit gibi kulağın kendi hastalıklarına ya da baş ve boyun kanserleri, tonsillit, farenjit

gibi çevre dokuların hastalıklarına bağlı yansıyan ağrı şeklinde olabilir (35,36,37).

Çalışmamızda ağrıya neden olabilecek hastalıklardan en sık eksternal otit (%4,5) ve AOM (%1,5) saptanmıştır (Tablo 12). Akut otitis media güçlü bir kulak ağrısı nedeni olmasına rağmen yaygın olarak çocukluk çağında görüldüğünden dolayı bu olgular sıklıkla çocuk hastalıkları uzmanlarına başvurmaktadır. Polikliniğimize konsültasyon ile yapılan başvurular değerlendirildiğinde en sık konsültasyonun Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğinden istendiği ve gönderilen hastalarda AOM sıklığının yüksek olduğu anlaşılmıştır. Bu durum AOM'nin KBB polikliniğine görece düşük başvuru oranını açıklayabilir.

Sunulan çalışmada olguların kulak yakınması nedeni ile yaptıkları başvurularda baş dönmesi ve dengeşizlik yakınması altıncı sıklıkta izlenmektedir. Amerika Otolarengoloji ve Baş Boyun Cerrahisi Akademisi baş dönmesini, yer çekimi ile ilişkilendirilebilecek herhangi bir hareket olmamasına karşın bir hareket varmış gibi hissetmek olarak tanımlamaktadır (38). Bizim kayıtlarımızda vertigo, hastanın baş dönmesi ve dengeşizlik yakınması ile başvurduğu durumları ifade etmektedir.

Bu çalışmada baş dönmesi ve dengeşizlik ile ilişkili olabilecek hastalıklardan en sık KOM, BPPV ve Meniere hastalığı saptanmıştır. Benign paroksizmal pozisyonel vertigo ve Meniere hastaları bu hastalıkların doğası gereği baş dönmesi yakınmasıyla hekime başvururken, KOM olgularında baş dönmesi yakınması daha nadirdir. Dolayısıyla örnek grubunda KOM olguları daha yüksek oranda görülmesine rağmen baş dönmesi nedeniyle başvuran hastaların daha büyük kısmını BPPV ve Meniere hastaları oluşturmuştur. Benign paroksizmal pozisyonel vertigo özellikle baş hareketleri ile tetiklenen baş dönmesi kliniği olup insidansı farklı toplumlarda %0,01-%0,06 arasında rapor edilmiştir. (39,40,41). Bizim çalışmamızda BPPV saptanan olgu oranı %1,6 olup bu olguların izlemlerinde sıklığın giderek azaldığı görülmüştür. Bunun nedeninin de uygulanan tedavi manevralarının başarısına bağlı olduğu düşünülmüştür. Diğer bir vertigo nedeni olan Meniere hastalığının toplumda görülme sıklığı görece nadirdir. Meniere hastalığı, endolenfatik

hidropsa bağlı tekrarlayan ve dalgalı baş dönmeleri ve işitme kayıpları yaratan kronik bir hastalıktır. Gerçekten de alışmamızda Meniere hastalarının oranının BPPV hastalarına kıyasla daha düşük olduğu saptanmıştır, ancak bu olguların hastalığın kronik olması ve düzenli tedavi gereksinimi duymaları nedeniyle izlemlerine uydukları gözlenmiştir (Tablo 12). Bu çalışmada, vestibüler migren ve vestibüler nörit gibi hastalıklar saptanmamıştır (Tablo 12). Bunun olası nedenleri, hastaların nöroloji başta olmak üzere başka polikliniklere daha sık başvurmalarından dolayı KBB polikliniğine nadir gelmeleri ve çalışma yöntemimiz gereği örnek seçiminde yer almamış olmaları olabilir. Ayrıca poliklinikte çalışan asistanların ayırıcı tanı yapmakta yetersiz kalmış olması da başka bir neden olarak düşünülebilir.

Bu çalışmadaki olgular için ilk başvuruda etiyolojisi belirlenemeyen vertigo olgularına izlemde hiç rastlanmamış olması ilginçtir (Tablo 12). Bu olgularda izlemde baş dönmesi etiyolojisi aydınlatılmış olabilir, yakınması geçmeyen hastalar tanı ve tedavi amacıyla başka bir polikliniğe başvurmuş olabilir ya da etiyolojinin belirlenmesine yönelik olarak yapılan tetkiklerin uzun sürmesi nedeniyle hastalar bu tetkikleri tamamlamadan kendi istekleri ile izlemde çıkmış olabilirler.

Sunulan çalışmada ikinci olarak burun kaynaklı yakınma ve hastalıklar değerlendirildi. Burun tıkanıklığı; polikliniğe başvuran hastalar arasında en sık (%13,3) görülen burun kaynaklı yakınma olarak saptandı. Olguların izlemlerinde sıklığı azalmasına karşın hala n sıralarda yer aldığı görüldü (Tablo 8). Burun tıkanıklığı yakınması nedeni ile başvuran hastalarda literatürle paralel olarak en sık akut rinosinüzit, konka hipertrofisi, nazal septum deviasyonu ve alerjik rinit saptandı (42-47) (Tablo 13). Bu tanıların yanı sıra konjenital burun tıkanıklığı yaratan hastalıklar da vardır, ancak çalışmamızda bu hastalıklara rastlanmamıştır. Bu durumun olası nedeni, zaten nadir izlenen bu patolojilerin çalışma yöntemimiz gereği sistematik rastgele örnek seçiminde yer almaması olabilir.

Rinosinüzit, baş ağrısı, burun tıkanıklığı, burun ve geniz akıntısı gibi belirtilere yol açan burun ve sinüslerin enflamasyonu ile karakterize bir

hastalıktır. Rinosinüzitin toplumdaki insidansı oldukça yüksektir ve KBB polikliniklerine en sık başvuru nedenlerinden biridir. Gerçekten de çalışmamızda burunla ilişkili tanılar arasında ilk sırada saptanmıştır. Ancak çalışmamızda olguların yakınmalarının süresi, tedavi sonrası iyileşme süreçleri incelenmediği için akut, subakut veya kronik rinosinüzit ayrımı ve olguların oranı bilinmemektedir.

Çalışmamızda burun akıntısı ile ilişkili olabilecek tanılar arasında rinosinüzit dışında alerjik rinit, nazal polipozis ve antrokoanal polip, gözlenmiştir. Alerjik rinit, toplumda %10-25 oranında görülen yaygın bir hastalıktır. Bazı ülkelerde ise nüfusun %40 kadarını etkilediği bildirilmektedir (48,49). Çalışmamızda olguların %2'sinde alerjik rinit tanısı saptanmıştır. Ancak alerjik rinitle ilgilenen başka polikliniklerin (erişkin ve çocuk alerji) de olduğu düşünülürse, bu oranın hastaneye başvuran tüm alerjik rinit olgularını yansıtmadığı açıktır.

Sunulan çalışmada üçüncü olarak ağız, boğaz ve larenks kaynaklı yakınma ve hastalıklar değerlendirildi. Bu bölgelerden kaynaklanan yakınmalar arasında en sık boğaz ağrısının olduğu görüldü. Boğaz ağrısı, özellikle tonsillofarenjitin en sık belirtisidir. Tonsillofarenjit, tonsilla palatina ve orofarenksin viral ya da bakteriyel enfeksiyonudur. Erişkinlerde kronik olguların dağılımı fazla iken çocuk grubunda tekrarlayan enflamasyon hakimiyeti vardır (50,51). Bu çalışmada, tonsillofarenjit olgularının oranı %8,6 olarak saptanmıştır. Aslında birinci basamak sağlık kuruluşlarında tedavi hizmeti alabilecek bu hastaların, polikliniğimizde bu oranda saptanması düşündürücüdür. Bunun başlıca nedenleri, hastaların sevk zincirine uymamaları, daha önceki basamaklardan bekledikleri sağlık hizmetini alamamaları veya bu basamakları yetersiz görmeleri olabilir.

Çocukluk çağında, sık rastlanan tonsiller hastalıkların yanı sıra adenoid hipertrofisi de önemli yer tutmaktadır. Sık tekrarlayan enfeksiyonlar, burun tıkanıklığı ve ağız açık uyuma gibi belirtiler yaratan adenotonsiller hastalıklar çocukluk çağında rastlanan tıkanıcı uyku apnesi (TUA) ve basit horlamanın da en sık nedenidir. Tıkanıcı uyku apnesi ve basit horlama, uyku sırasında tekrarlayan burun, nazofarenks ve orofarenks gibi birçok üst

solunum yolu bölgesinin kısmi veya tam olarak tıkanması ile karakterize hastalıklardır (52). Birçok bölgeyi etkileyebildiği için üst solunum yolunun ayrıntılı değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Günümüzde TUA tanısı alan çocuk olgularda adenotonsillektomi cerrahisi uygulanması ve olguların çocuk hastalıkları disiplinleriyle yakın takibi önerilmektedir. Erişkinlerde TUA ve basit horlama tanısı çocuk olgulara kıyasla bazı farklılıklar içermektedir, bundan dolayı erişkin olgulara polisomnografi (uyku testi) yapılması önerilmektedir. Bu nedenle, erişkin TUA ve basit horlama olgularının yönetiminde hastanemiz Uyku birimi ile KBB kliniği yakın işbirliği içindedir. Gerçekten de, KBB polikliniğine konsültasyonla başvuran olgular arasında Uyku biriminden gönderilenlerin oranı ikinci sıkkıktadır (Tablo 2).

Çalışmaya dahil edilen olgular arasında ağız ve boğazla ilgili en sık ikinci (%7,2) başvuru yakınması ses kısıklığı (Tablo 9) olarak saptanmıştır. Ses kısıklığının en sık nedenleri arasında larenksin enfeksiyöz ve enflamatuvar hastalıkları (akut larenjit, LFRH), benign ve malign neoplastik hastalıkları, nöromusküler hastalıklar ve sistemik hastalıklar yer almaktadır (53-56). Çalışmadaki olgular değerlendirildiğinde, ses kısıklığı ile ilişkili olabilecek tanılar arasında LFRH göze çarpmaktadır. Gerçekten de LFRH ağız ve boğaz yakınmaları ile polikliniğe başvuran hastalar arasında en sık (%9,2) saptanan tanı olarak dikkati çekmektedir (Tablo 14). Larengofarengeal reflü hastalığı ile ilgili başlıca yakınmalar, ses kısıklığı, kronik veya sık tekrarlayan öksürük, boğazda yabancı cisim hissi, boğaz ağrısı ve yutma güçlüğüdür. Literatürde LFRH ile ilişkili olduğu belirtilen larenks patolojileri kronik larenjit, vokal kord nodülleri, Reinke ödemi, larenks ve hipofarenks kanserleridir (55,57-60). Bu nedenle, LFRH olguları sıklıkla KBB polikliniğine başvururlar ancak birçok olgu da farklı belirtilerine bağlı olarak iç hastalıkları, kardiyoloji, göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, çocuk sağlığı ve hastalıkları, çocuk cerrahisi ve psikiyatri gibi disiplinlere başvurabilir. Günlük pratikte de bu disiplinlerden (başta çocuk sağlığı ve hastalıkları ve iç hastalıkları olmak üzere) polikliniğimize LFRH varlığı açısından konsülte edilen olgu sayısı oldukça yüksektir, bu durum polikliniğimizde LFRH hasta oranının görece yüksek olmasına neden olabilir.

Ayrıca çalışmamızda ilk muayeneyi takiben yapılan izlemlerde, LFRH sıklığında ciddi bir azalma olmadığı ve en sık koyulan tanı olduğu görüldü. Bunun nedeninin, ilk muayenede gözden kaçan olguların oluşan sekonder larenks patolojileri nedeniyle izlemlerde tanı almasına bağlı olabilir.

Ses kısıklığının etiyolojisinin araştırılmasında gözden kaçırılmaması gereken bir klinik de larenks kanserleridir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2008 yılı raporuna göre yılda ortalama 160.000 kanser olgusu saptanmaktadır. Ülkemizde bu konuda yapılmış epidemiyolojik çalışmalar olmamakla birlikte her yıl tahmini 2000 yeni olgunun saptandığı sanılmaktadır. Çalışmamızda da, larenks kanseri olgu sayısı yüksek olmamakla birlikte bu olguların uzun dönem takipleri gerektiği için sonraki başvurularda (2. ve 3. başvurularda) oranları artmaktadır. Bu olguların, uzun dönem takiplerinin (minimum 5 yıl) gerektiği, takip aralıklarında ses kalitesinde değişiklik, yutmada güçlük veya boyunda kitle gibi patolojilerin gelişmesi halinde geciktirmeden başvurmaları konusunda bilgilendirilmeleri gerekmektedir.

Sunulan çalışmada, boyunda şişlik yakınması ağız ve boğaz yakınmaları ile polikliniğe yapılan ilk başvurularda ve takip eden kontrollerde yüzdesi azalmakla birlikte altıncı en sık ağız ve boğaz yakınması olmuştur (Tablo 14).

Boyun kitleleri etiyolojisine göre üç ana gruba ayrılabilir. Bunlar; konjenital, enflamatuar ve neoplastik boyun kitleleridir (61). Boyunda kitlenin en sık nedeni tüm yaş gruplarında, lenfadenopatidir (62). Diğer nedenlerin sıklığı yaşa bağlı olarak değişmektedir. Çocukluk ve genç erişkin döneminde en sık enflamatuar kitlelere rastlanır, 40 yaşın üzerindeki erişkin grubunda ise kitlenin etiyolojisi sıklıkla neoplastik ve maligndir (63,64). Enflamatuar ya da enfeksiyöz kitleler arasında servikal lenfadenopatiler, sialoadenitler, tiroiditler ve derin boyun enfeksiyonları bulunmaktadır. Konjenital kitleler arasında ise tiroglossal duktus kisti, brankial yarık kisti, dermoid kist, lenfanjiom ve teratom gibi oluşumlar bulunmaktadır. Neoplastik boyun kitleleri arasında baş ve boyun kanserleri, tiroid kanserleri, lenfoma, tükürük bezi kanserleri, yumuşak doku tümörleri ve metastatik boyun kitleleri bulunmaktadır (61).

Bu çalışmada da literatürle benzer şekilde, polikliniğe başvuran hastaların yaş gruplarıyla da uyumlu olacak şekilde, boyunda şişlik yakınmasına neden olabilecek tanılara ulaşıldı. Hem üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusu olmamızdan ötürü hem de hastalarımızın daha çok erişkin hastalardan oluşması nedeni ile boyunda kitle tanıları arasında baş ve boyun kanserleri ve metastatik kitleler tüm başvurularda ilk sıralarda yer almıştır. Bunları enfeksiyöz kitleler ve konjenital kitleler takip etmiştir.

Çalışmamız göstermiştir ki, polikliniğimizde değerlendirilen olgular arasında önemli bir hasta grubu daha alt basamaklarda tedavi alabilecekken üniversite hastanesine başvurmuştur. Her ne kadar bu olguların daha önceki basamaklarda tedavi edilmemesi poliklinikte yoğunluğa yol açsa da, üniversite hastanelerinde tıp ve uzmanlık eğitiminin de veriliyor olması nedeniyle belli oranda hastanın bu basamakta değerlendirilmesi gerekmektedir. Böylelikle tıp eğitimleri sonrasında birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışacak olan öğrencilerin ve uzmanlık eğitimi sonrasında ikinci basamak sağlık kuruluşlarında hizmet verecek asistanların bu olgulara yönelik tanı ve tedavi açısından bilgilendirilmeleri sağlanabilir. Eğitimin gereği olarak gereksinim duyulan bu olguların tüm hastalar içindeki oranı hakkında kesinleşmiş bir veri yoktur. Bu oranın standart bir eğitimi sağlayacak kadar yüksek, sunulan hizmeti ise aksatmayacak bir düzeyde olması akla yatkındır.

İzmir ilinde bulunan ve uzmanlık eğitimi veren tüm üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerini kapsayan, hem eğitimcilerin hem de asistanların katılımının sağlandığı geniş kapsamlı bir araştırmada kurumlar arasında ve aynı kurum içerisinde farklı disiplinlerde eğitim açısından bir standardizasyon bulunmadığı gösterilmiştir (65). İkinci basamak sağlık hizmeti sunumunda esas belirleyici rolü üstlenen uzman hekimlerin kaynağı olan bu kurumlar için bir standardizasyonun bulunmaması oldukça önemlidir. Çalışmamızda Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi KBB polikliniğinde sunulan sağlık hizmetleri farklı üniversitelerde sunulan poliklinik hizmetleri ile karşılaştırıldığında, çalışma biçimlerinin ve yoğunluklarının benzer olduğu görülmektedir (Tablo 20). Bu durum, çalışmamızda saptanan sorunların sadece Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi KBB polikliniği ile sınırlı

olmadığını göstermesi açısından dikkat çekicidir. Bu konuda getirilecek çözümler sunulan sağlık hizmetinde ve eğitimde yüksek bir standardı sağlayacak nitelikte olmalıdır.

Sağlık hizmetlerinde standardizasyonun sağlanabilmesi için kurumların akredite edilmesi anlayışı benimsenmiştir. Akreditasyon toplam kalitenin oluşturulması ve sürdürülmesi için temel bir gereklilik olarak dikkat çekmektedir. Akredite olmak isteyen ya da akreditasyonunu kaybetmek istemeyen kurumların çabası, rekabeti ve kaliteyi getirmenin yanı sıra hastaların bütün olarak sağlık sistemine duydukları güvenin artması ile sonuçlanacaktır. Ancak ülkemizde sağlık kuruluşlarının akreditasyon prensipleri henüz tam olarak belirlenmemiş ve yaygın uygulama alanı bulamamıştır.

Sağlık kurumlarının akreditasyonunda, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin yanı sıra çağdaş bir kayıt sistemine sahip olmaları da önemlidir. Günümüzde kağıt (geleneksel) ve bilgisayar destekli olmak üzere iki tip kayıt sistemi vardır. Bilgisayar destekli hasta kayıtları ile geleneksel hasta kayıtları karşılaştırıldığında, bilgisayar destekli kayıtlar, kolay ve zamanında ulaşılabilir bilgileri içerir, geleneksel hasta kayıtlarında ise veri kaybı ve hata olasılığı yüksektir; veri uyumsuzluklarından dolayı bilginin kullanımı sınırlıdır (66-68). Ayrıca bilgisayarlar aracılığı ile finansal düzenlemeler yapılabilir, kaynaklar yönetilebilir, kurum stratejisi ve organizasyonun değişim gereksinimleri kolayca belirlenebilir (66). Bu çalışmada da verilerin toplanması sırasında, polikliniğe konsültasyon, sağlık kurulu rapor istemi ve ameliyat öncesi tetkik amacıyla başvuran olgulara kart çıkarılmaması, hastalarla ilgili bilgilerin not edilmesindeki eksiklikler ve arşivleme yönteminin kusurları geleneksel kayıt sistemlerinin sorunlarını göstermek açısından dikkat çekmiştir.

Sağlık alanında kullanılan otomasyon sistemleri, mali ve ekonomik kayıtları tutmanın yanı sıra hastaların tıbbi verilerinin de saklandığı ve gerektiğinde geriye dönük olarak inceleme yapma olanakları taşıyan özelliklere sahip olmalıdır. Ancak Türkiye'deki hastanelerde kullanılan otomasyon sistemleri genel olarak sadece mali kayıtlar için kullanılmaktadır.

Bu konuda araştırma yapan Esatoğlu ve Köksal, hastanelerdeki yazılım programlarının öncelikle faturalama (%93,5), eczane (%92,6), hasta kayıt (%87,1) ve laboratuvar hizmetleri (%72,4) gereksinimlerinin karşılanması için kullanıldığını vurgulamıştır. Hastanelerde yatan (%48,4) ve poliklinik (%58,1) hasta tıbbi bilgilerinin kayıt oranlarının çok daha düşük olduğu görülmüştür (69). 2008 yılından itibaren Celal Bayar Üniversitesi Hastanesinde hayata geçirilen otomasyon sisteminin de benzer sorunlara sahip olduğu grlmektedir. Bu nedenle, özellikle üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında kullanılacak otomasyon sistemlerinin sadece hizmete yönelik değil, verilerin kolayca saklanmasını sağlayan, tıbbi verilere tekrar ulaşma olanağı veren ve tıp eğitiminde kullanılabilir donanımlara sahip olması gerekmektedir. Sağlık kurumlarının genelini ilgilendiren kayıt sistemlerinin iyileştirilmesinin, yaşanan sorunların çözümüne ve sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılmasına yardımcı olacağını düşünüyoruz.

V. SONUÇ

- A. Celal Bayar Üniversitesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Polikliniğine birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekimler tarafından yönlendirilmiş, özellikle hasta başvuru sayısı düşüktür.
- B. Celal Bayar Üniversitesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Polikliniğinde kullanılmakta olan kağıda dayalı geleneksel kayıt sistemindeki yetersizlikler ve aksaklıklar eğitimde ve bilimsel çalışmalarda yararlanılabilecek çok değerli tıbbi verilerin kaybına yol açmaktadır.
- C. Kayıt sisteminde geriye dönük olarak tıbbi veriye ulaşım olanakları sınırlıdır.
- D. Poliklinikte çalışan asistanların çalışma yöntemlerinin yeniden gözden geçirilmesi, eğitimlerinin iyileştirilmesi ve asistanların öğretim üyeleri ile bilgi alışverişinin geliştirilmesi gerektiği anlaşılmaktadır.
- E. Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi KBB polikliniğinde sunulan sağlık hizmetleri farklı üniversitelerde sunulan poliklinik hizmetleri ile karşılaştırıldığında, çalışma biçimlerinin ve yoğunluklarının benzer olduğu görülmüştür.
- F. Çalışmanın verileri basamak ve sevk sistemi oturmuş, hastane otomasyon sistemi verimli hale getirilmiş, denetlenebilirlik ve sürdürülebilirlik açısından güvenilirliği kanıtlanmış bir sağlık sisteminin hem sağlık hizmetinin sunumunda hem de eğitimde ve bilimsel çalışmalarda yüksek standartlara ulaşmada önemli olduğunu düşündürmektedir.

VI. ÖZET

Amaç:

Çalışmamızda, gerek üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan gerekse tıp ve uzmanlık eğitimi veren Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Polikliniğine başvuran hastaların medikal ve demografik verilerinin incelenmesi, olguların nitelik ve nicelik yönünden analiz edilmesi ve bu çerçevede saptanan sorunların ve çözüm önerilerinin tartışılması planlanmıştır.

Gereç-Yöntem:

2008 yılında polikliniğe toplam 18.643 başvuru yapıldığı saptanmıştır. Ancak tanı ve tedavi amacıyla yapılan 15.811 başvuru dışındaki başvurulara (ameliyat öncesi tetkik, sağlık kurulu raporu istemi, diğer disiplinlerden istenen konsültasyonlar, iş başvurusu için gereken işitme testlerini yaptırmak ve adli rapor düzenlenmesi) ait yeterli veri bulunmadığı için bu olgular çalışmadaki hesaplamaların dışında tutulmuştur. Araştırmanın evrenini 01.01.2008 - 31.12.2008 tarihleri arasında Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Polikliniğine sadece ayaktan tanı ve tedavi amacıyla başvuran 15.811 olguya ait verilerin yer aldığı toplam 6930 poliklinik muayene kartının oluşturmasına karar verilmiştir. Çalışma evrenimizi oluşturan 15.811 başvuruya ait toplam 6930 poliklinik muayene kartından 6780 tanesi 2008 yılında, 150 tanesi ise bir önceki yılda düzenlenmiştir.

2008 yılında tanı ve tedavi amaçlı başvuru sayısının 15.811 gibi yüksek bir sayı olması ve başvuran kişilere ait "sıralı bir başvuru listesi"nin bulunmayışı nedeniyle sistematik rastgele örnek seçim yöntemi kullanılarak örnek grubu oluşturulmasına karar verilmiştir. Bu şekilde 6930 poliklinik muayene kartından oluşan çalışma evreninden 1155 olgunun kartları seçilerek örnek grubu oluşturulmuştur.

Bulgular:

Değerlendirilen olguların %45,4'ü erkek, %54,6'sı kadın idi. Olgularımız yaş dağılımına göre incelendiğinde 18 yaş altı grup % 27,7, 19-50 yaş grubu %46,7, 51-64 yaş grubu %17,4 ve 65 yaş ve üstü grubu ise

%8,2 oranında saptanmıştır. Olguların polikliniğimize en sık Ocak (%11,3), Şubat (%11,2) ve Mayıs (%11,4) aylarında başvurduğu belirlenmiştir. Olguların %94,0'ı KBB polikliniğine doğrudan başvurmuştur. Kulak burun boğaz hastalıkları polikliniğine yapılan başvurular organ veya bölge ayrımı yapılmaksızın değerlendirildiğinde en sık yakınmanın %25,1 ile işitme azlığı olduğu, ağız açık uyuma (%15,1) ve horlamanın (%14,2) işitme azlığını takip ettiği gözlenmiştir. Tanılar değerlendirildiğinde ise akut rinosinüzitin %9,4 ile en sık, LFRH (%9,2) ve buşonun (%8,4) ise karşılaşılan diğer en sık tanılar olduğu izlenmiştir. Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi KBB polikliniğinde sunulan sağlık hizmetleri farklı üniversitelerde sunulan poliklinik hizmetleri ile karşılaştırıldığında, çalışma biçimlerinin ve yoğunluklarının benzer olduğu görülmüştür.

Sonuç:

Celal Bayar Üniversitesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Polikliniğine başvuran olguların önemli bir çoğunluğunun birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarında değerlendirilmeden, doğrudan polikliniğimize başvurduğu belirlenmiştir. Hastalar ayrıntılı değerlendirildiğinde önemli bir kısmının önceki basamaklarda tedavi alabileceği anlaşılmıştır. Bu da poliklinikte hasta yoğunluğuna yol açmaktadır. Ayrıca, kağıda dayalı geleneksel kayıt sisteminin hastalara ait tıbbi bilgilere ulaşmada ve bilimsel çalışmalarda kullanılacak verileri sağlamada yetersiz kaldığı görülmüştür.

VII. SUMMARY

Objective:

We aimed to evaluate the medical and demographic data of cases who applied to Ear Nose and Throat (ENT) outpatient clinic of Celal Bayar University Hospital. In addition, the amount and types of complaints and diagnosis of the patients were demonstrated, and the problems and solution suggestions were discussed.

Material and Methods:

Eighteen thousands six hundred forty three applications to the ENT outpatient clinic of Celal Bayar University Hospital were detected between 2008-2009. Unfortunately, there was not enough data about 2832 applications, therefore they were excluded. Thus, the study group was 15.811 applications of 6930 cases. The clinical examination charts of these cases were precisely examined. In the study group 6780 charts belonged to cases who applied to ENT outpatient clinic in 2008, on the other hand 150 charts were belonged to cases who applied to ENT outpatient clinic in the previous years.

Considering the amount of applications and clinical charts (15.811 and 6930), we decided to select a sample group. The systematic random sample selection method was preferred, because an application list of cases was not arranged in a row. According to this method, the sample group included 1155 outpatient clinical charts.

Results:

In our sample group, most of the cases were women (%54,6). The distribution of the patients according to age was as follows: %27,7 were ≤ 18 years old, %46,7 were in 19-50 years old, %17,4 were 51-64 years old and %8,2 were ≥ 65 years old. The amount of application was highest in January (%11,3), February (%11,2) and May (%11,4). The most common complaint was hearing impairment (%25,1) and the other common complaints were mouth breathing during sleep (%15,1) and snoring (%14,2). The most common diagnosis were acute rhinosinusitis (%9,4), laryngopharyngeal

reflux disease (%9,2) and ear canal impact (%8,4). When the health services in ENT department of Celal Bayar University compared with the health services of different university hospitals, similar working conditions and workloads were detected.

Conclusion:

It is determined that patients applied to ENT outpatient clinic of Celal Bayar University Hospital directly without being evaluated in the primary and secondary care units. Most of these patients could be treated in the former medical centers. In addition, it is found out that paper-based traditional recording systems are insufficient in finding patients medical data and providing data for scientific studies

VIII. KAYNAKLAR

1. Chadha SK, Agarwal AK, Gulati A, Garg A. A comparative evaluation of ear diseases in children of higher versus lower socioeconomic status. *The Journal of Laryngology and Otology* 2006; 120:16-19.
2. Castagno AL, Lavinsky L. Otitis media in children: seasonal changes and socioeconomic level. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 2002; 62:129–134.
3. Doğru H, İnceer O. Etimesgut Devlet Hastanesi Kulak Burun Boğaz Polikliniğine başvuran hastaların epidemiyolojik özellikleri. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 1995; 2 (3):55-59.
4. Öcek Z, Soyer A. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafı Birinci Baskı, Aralık 2007, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
5. Bostan S. Hasta hakları ihlallerinin nedenleri. *İbni Sina Tıp Dergisi* 2005; 10:65-72.
6. Hayran O. Sağlık Hizmetleri. Hayran O, Sur H, ed; Sağlık Hizmetleri El Kitabı (içinde). İstanbul: Yüce Yayım, 1998:15-32.
7. Sargutan E. Asıl sağlık Hizmetlerinin Arz Düzenleri. Sargutan E, ed; Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri (içinde). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006:83-88.
8. Sargutan E. Türkiye’de Asıl sağlık Hizmetlerinin Ürünleri. Sargutan E, ed; Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri (içinde). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006:258-74.
9. Sağlık Bakanlığınca yayımlanan 05.06.2003 tarihli Genelge
10. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü; Sağlık Hizmetleri Yönetim Eğitimi Referans Notları Sayfa 29-43.
11. Türk KBB ve BBC Derneği Eğitim Kurumlarına Yönelik Akreditasyon Ön Çalışma Taslağı
12. Giray AÜ, Odabaş Y, Türkoğulları G, ve ark. Avrupa Birliği’nde Tıp Uzmanlıkları Eğitimi ve Eğitim Merkezleri Denetim Şartları Çalışma

Dokümanı. T.C. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, Ankara 2002).

13. Ulusal Sağlık Tanımlayıcısı ve Elektronik Sağlık Kayıtları; İkininli Yıllar Türkiye'sinde Sağlıkta Bilgi Stratejileri, Tıp Bilişimi Derneği Çalışma Grupları Sonuç Raporu, Editör: Erdal Musoğlu: 10-21

14. Topuz B. Baş ve Boyun Hastalıklarında Öykü ve Muayene. Çelik O, ed; Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi (içinde). İstanbul: Turgut Yayıncılık, 2002:505-21

15. Çelik O, Şerbetçioğlu B. Otoloji ve Nöro-Otolojide Öykü, Muayene ve Değerlendirme. Çelik O, ed; Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi (içinde). İstanbul: Turgut Yayıncılık, 2002:1-29

16. İleri F. Burun ve Paranasal Sinüs Hastalıklarında Öykü ve Muayene. Çelik O, ed; Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi (içinde). İstanbul: Turgut Yayıncılık, 2002:339-56

17. Tezcan S. Epidemiyoloji - Tıbbi Araştırmaların Yöntem Bilimi Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayınları Yayın no: 92/1 Ankara, 1992. Kitap içindeki bölüm: Örnekleme sayfa:237-49)

18. Devlet Planlama Teşkilatı. Beş Yıllık Kalkınma Planı, ÖİK. Raporu: Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hizmetlerinin Rasyonalizasyonu, Ankara, 1991:146-147

19. UNİCEF: Türkiye'de Anne ve Çocuğun Durum Analizi. Yeni Çağ Matbaası, Ankara, 1991.

20. Peker S, Demir C, Şahin B, ve ark. GATA Eğitim Hastanesinde Yatan Hastaların Tanılarına Göre Gereksiz Kullanımın Değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2004; 46 (3):213-18.

21. Güldal D, Şemin S, Oğlak S. Üçüncü Basamak Hastaneler Başvuru Nedenleri. 3. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiri Kitabı. Ankara. 2000:174-81.

22. Tuna GE, Akpınar E, Saatçi E. Bir üniversite hastanesine başvuruyu etkileyen faktörler. Türk Aile Hek Dergisi 2006; 10(3):103-107.

23. Algın K, Şahin İ, Top M. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2004;Cilt:7, Sayı:3.

24. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 2008. 2009:17-42
25. World Health Organization. Deafness and hearing impairment. Available at: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs_300/en/. Accessed August 27, 2008.
26. Kumar S. Deafness and its prevention Indian scenario. *Indian J Pediatr* 1997;64:801-9.
27. Zakzouk SM. Epidemiology and etiology of hearing impairment among infants and children in a developing country: Part II. *J Otolaryngol* 1997;26:402-10.
28. Oghalai JS, Chen L, Brennan ML, Tonini R, Manolidis S. Neonatal hearing loss in the indigent. *Laryngoscope* 2002;112:281-6.
29. American Tinnitus Association (2007a) Frequently Asked Questions page 1. November 2008.
30. Davis A & El Razaie A (2000) Epidemiology of tinnitus. In *Tinnitus Handbook* (Tyler RS ed.). Singular, Thomson Learning, San Diego, pp. 1–23.
31. Andersson G, Baguley DM, McKenna L & McFerran D (2005) *Tinnitus: A Multidisciplinary Approach*. Whurr Publishers, London.
32. Sindhusake D, Mitchell P, Newall P, Golding M, Rochtchina E & Rubin G (2003) Prevalence and characteristics of tinnitus in older adults: the Blue Mountains Hearing Study. *International Journal of Audiology* 42, 289–294.
33. Pray JJ & Pray WS (2005) Tinnitus: When the Ears Ring. *US Pharmacist* 30 (6), 130.
34. Jastreboff PJ & Hazell JWP (1993) A neurophysiological approach to tinnitus: clinical implications. *British Journal of Audiology* 27, 7–17.
35. Licameli GR. Diagnosis and management of otalgia in the pediatric patient. *Pediatr Ann* 1999; 28: 364–8.
36. Dimitroulis G. Temporomandibular joint disorders: a clinical update. *BMJ* 1998; 317: 190–4.
37. Shah RK, Blevins NH. Otolgia. *Otolaryngol Clin North Am* 2003; 36: 1137–51.

38. Committee on Hearing and Equilibrium. Committee on Hearing and Equilibrium guidelines for the diagnosis and evaluation of therapy in Meniere's disease. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995;113(3):181–185.
39. Garrigues HP, Andres C, Arbaizar A, et al. Epidemiological aspects of vertigo in the general population of the autonomic region of Valencia, Spain. *Acta Otolaryngol* 2008;128(1): 43–47.
40. Froehling DA, Silverstein MD, Mohr DN, Beatty CW, Offord KP, Ballard DJ. Benign positional vertigo: incidence and prognosis in a population-based study in Olmsted County, Minnesota. *Mayo Clin Proc* 1991;66(6):596–601.
41. von Brevern M, Radtke A, Lezius F, et al. Epidemiology of benign paroxysmal positional vertigo: a population based study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007;78(7):710–715.
42. Çakır N. *Otolaringoloji, Baş ve Boyun Cerrahisi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 1999: 168-172.
43. Çakır N. *Otolaringoloji, Baş ve Boyun Cerrahisi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 1999: 208-210.
44. Kristin K.Egan, Eric J. Kezirian and David W. Kim, Nasal obstruction and sleep-disordered breathing, *Operative Techniques in Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 2006;17: 268-72.
45. Matteo Cavaliere, Giampiero Mottola and Maurizio Iemma. Monopolar and bipolar radiofrequency thermal ablation of inferior turbinates: 20 months follow-up. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, August 2007;137: 256-63.
46. Kaytaz A. Burun Tıkanlıkları. *Klinik Gelişim*. 2005;18 (1): 27-30.
47. Koç C. Rinitler. *Klinik Pediatri*. 2003; 2(3): 112-117.
48. Compalati E, Penagos M, Henley K, Canonica GW. Allergy prevalence survey by the World Allergy Organization. *Allergy Clin Immunol Int: J World Allergy Org*. 2007;19:82–90.
49. Sibbald B. Epidemiology of allergic rhinitis. In: Burr ML, ed. *Epidemiology of Clinical Allergy*. Monographs in Allergy. Vol 31. Basel, Switzerland: Karger; 1993:61–79.

50. Bussi M, Carlevato MT, Panizzut B, et al. Are recurrent and chronic tonsillitis different entities? An immunological study with specific markers of inflammatory stages. *Acta Otolaryngol Suppl* 1996;523:112-114.
51. Tekat A. Oral Kavite ve Farenks Enfeksiyonları. Onur Ç, ed; *Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi (içinde)*. İstanbul: Turgut Yayıncılık, 2002:545-552.
52. Redline S, Tishler PV, Schluchter M, et al. Risk factors for sleep-disordered breathing in children. Associations with obesity, race, and respiratory problems. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 159:1527-32.
53. Öğüt F. Ses ve Konuşma Bozukluklarında Foniatrik Eğitim. Onur Ç, ed; *Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi (içinde)*. İstanbul: Turgut Yayıncılık, 2002;3.14: 702-14.
54. Dworkin JP. Laryngitis: types, causes, and treatments. *Otolaryngol Clin North Am.* 2008;41(2):419-436.
55. Ford CN. Evaluation and management of laryngopharyngeal reflux. *JAMA.* 2005;294(12):1534-1540.
56. Qadeer MA, Colabianchi N, Strome M, et al. Gastroesophageal reflux and laryngeal cancer: causation of association? A critical review. *Am J Otolaryngol.* 2006;27(2):119-128.
57. Ulualp SO, Toohill RJ, Shaker R. Pharyngeal acid reflux events in patients with single and multiple otolaryngologic disorders. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 121:725-30.
58. Toohill RJ, Kulin JC. Role of refluxed acid in pathogenesis of laryngeal disorders. *Am J Med* 1997; 103:100S-106S.
59. Kuhn I, Toohill RJ, Ulualp SO, et al. Pharyngeal acid reflux events in patients with vocal cord nodules. *Laryngoscope* 1998;108:1146-49.
60. Öktem F, Toprak M, Ada M, ve ark. Larenks kanseri etiyolojisinde larenkofarengeal reflünün yeri. *Türk ORL Arşivi* 2000; 38:28-32.
61. Prisco MK. Evaluating neck masses. *Nurse Pract.* 2000; 25(4):30-2, 35-6, 38.
62. Alvi A, Johnson JT. The neck mass. A challenging differential diagnosis. *Postgrad Med.* 1995; 97(5):87-90, 93-4, 97.

63. Connolly AA, MacKenzie K. Paediatric neck masses-a diagnostic dilemma. *J Laryngol Otol.* 1997; 111(6):541-5.
64. Bhattacharyya N. Predictive factors for neoplasia and malignancy in a neck mass. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1999; 125(3):303-7.
65. Çiçek C, Terzi C. Tıpta uzmanlık eğitimi. İzmir Ölçekli İki Araştırma ve Karşılaştırmalı Sonuçları. Birinci Baskı, Kasım 2006, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları
66. Hovenga E, Gadre S, Heard S. Nursing constraint models for electronic health records: a vision for domain knowledge governance. *Int J Med Inform* 2005; 74: 886-898.
67. Cho I, Park HA. Development and evaluation of a terminology-based electronic nursing record system. *J Biomed Inform* 2003; 36: 304-312.
68. Brandies GH, Hogan M, Murphy M, et al. Electronic health record implementation in community nursing homes. *J Am Med Direct Assoc* 2007; 8: 31-34.
69. Esatoğlu AE, Köksal A. Hastanelerde bilgisayar teknolojisi kullanımı. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2002; 55: 29-40.