

Adana'dan Bir Aile Hekimliği Örneği

A FAMILY PRACTICE MODEL IN ADANA

Esra Saatçi,¹ Mualla İnan,² Ersin Akpınar¹

Özet

Amaç: Aile hekimliğinin karşılaştığı birçok hastalık epizodunun tanımlanıp adlandırılması zordur. Birinci Basamaktaki Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması (International Classification of Primary Care (ICPC) hekim -hasta görüşmesinin 3 ana elemanını -başvuru nedeni, tanı ve bakım süreci- temel alan, yeni bir bakış açısı sunmuştur: Bu çalışmanın amacı, Adana'daki bir aile hekimliği merkezinin profilini ICPC-2'nin bu yeni bakış açısıyla sunmaktır.

Yöntem: Bu retrospektif çalışma, Adana Aile Hekimliği Polikliniği'ne 1 Ocak 2001 - 31 Aralık 2002 tarihleri arasında ilk kez başvuran 350 hastayı kapsamaktadır. Hastaların sosyo-demografik ve tıbbi verileri Epi-6 ile bilgisayara aktarıldı, SPSS'in Windows için geliştirilen 9.05 sürülümü ile işlendi.

Bulgular: Yaş ortalaması 21.90 ± 16.02 yıl olan hastaların % 45.8'i erkek, %54.2'si kadındı; çoğunluk, aile hekimliği polikliniğine, akut bir hastalık nedeniyle bir kez başvurmuştu. En sık karşılaşılan ilk 3 belirti öksürük, ateş-halsizlik ve baş ağrısı, en sık kullanılan ilk 3 tanı ise, üst solunum yolu enfeksiyonu, idrar yolu enfeksiyonu ve demir eksikliği anemisi idi.

Sonuç: Adana Aile Hekimliği Polikliniği'nin hasta profili diğer ülkelerin birincil bakım kuruluşları ile benzerlik göstermektedir. İlk 3 başvuru nedeni; solunum sistemi ile ilgili, genel-non-spesifik ve nörolojik sistemle ilgili olup, ilk 3 tanı solunum, boşaltım ve kan sistemleri ile ilgilidir. Aile hekimliği eğitim müfredatı planlanırken bu özellikler dikkate alınmalıdır.

Anahtar sözcükler: Aile hekimliği, tıbbi kayıtlar, ICPC-2.

Summary

Objective: Many illness episodes seen by family physicians are difficult to define and label. International Classification of Primary Care (ICPC) breaks new ground by classifying three elements of an encounter between patient and doctor: The reason for encounter, the diagnosis or problem, and the process of care. This study aims to review the profile of a family practice centre in a southern city of Turkey (Adana) using ICPC-2.

Method: This retrospective study included three hundred and fifty patients admitting for the first time to the Adana Family Practice Centre between 1 January 2001 and 31 December 2002. Socio-demographic and medical information were installed using Epi-6 and analyzed using SPSS for Windows version 9.05.

Results: The mean age of the patients was 21.90 ± 16.02 years; 45.8% were male and 54.2% were female. Patients usually admitted once for acute illnesses. The most common symptom was cough; followed by fever-fatigue and headache. The first three diagnoses were upper respiratory infections, urinary infections, and iron deficiency anaemia.

Conclusion: The patient profile of the family practice centre in this southern city of Turkey (Adana) was in many aspects similar to the primary care facilities in other countries. The first three reasons for encounter were related to respiratory system, general-unspecified, and to neurological system, the first three diagnoses were related to respiratory, urinary and hematological systems. These should be taken into account to design the family practice curriculum.

Key words: Family practice, medical records, ICPC-2.

Aile hekimliği, sağlık sisteminin önemli bir parçası ve giriş kapısıdır.¹ Hekime başvuru gerektiren sağlık sorunlarının çoğu birinci basamakta yönetilebilir. Bu nedenle, birinci basamakta önemli epidemiyolojik bilgi birikimi vardır. Eğitim, bilim ve yönetimde bu verilerden yararlanılabilir. Aile hekimi, diğer dal uzmanlarından farklı ola-

rak, ayrılaşmamış ve organize olmamış sorunlar nedeniyle, birçok hastalık öyküsüne tanı koyma zorluğu yaşar. Birinci Basamaktaki Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması (International Classification of Primary Care) (ICPC), hasta-hekim karşılaşmasını 3 temel başlık altında ele alır: Başvuru nedeni, tanı ya da sorun ve bakım süreci.² Aile hekimi,

¹ Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Yard. Doç. Dr.

² Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Uzm. Dr.

yakınma, belirti ve hastalıkların erken dönemi ile karşılaşır; bu nedenle aile hekimliğinde belirtileri temel alan, özgül olmayan ve çok sayıda tanı konulabilir. Aile hekiminden beklenen, hastanın önceki bilgilerinden yararlanarak psiko-sosyal, kültürel bütünlüğünü göz önünde bulundurmamak, yakınmalarını kısa sürede azaltmak ya da gidermek ve tanı koymaktır. Başlangıç ve izlemede ortaya çıkan başvuru nedeni/tanı, tanı/ tedavi girişimi ilişkileri, aile hekimliğindeki morbidite bilgisinin temelini oluşturur.^{3,4} Bu sınıflandırma sisteminin kapsamlı kullanımının en önemli sonucu, hasta bir yakınma ya da belirti ile başvurduğunda, muhtemel tanı önceliklilerini oluşturmamıza yardımcı olmasıdır.⁵⁻⁷

Bu çalışmanın amacı, Adana'daki bir aile hekimliği merkezine başvuran hastaların şikayetleri ve konulan tanılarını ICPC-2 kodlarını kullanarak sınıflandırmaktır.

Yöntem

Örnekleme

1 Ocak 2001 - 31 Aralık 2002 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Medikososyal Merkezi'deki Aile Hekimliği Polikliniği'ne ilk kez başvuran 350 hasta çalışmaya dahil edildi. Yedi hasta, kayıtlarındaki eksiklikler nedeniyle çalışma dışında bırakıldı.

Veri toplama

Veriler, 20 soruluk sosyo-demografi anketi, hastanın başvuru nedeni ve tanısının ICPC-2 ile kodlanmasıyla toplandı. 0-6 yaş grubunda meslek, medeni durum, eğitim, alışkanlıkları, 7-14 yaş grubunda ise medeni durum sorgulanmadı.

Verilerin değerlendirilmesi

Veriler Epi-6 ile bilgisayara girildi ve Windows için SPSS'in 9.05 sürülümü ile incelendi.

Bulgular

Sosyo-demografik özellikler

Ortalama yaş 21.90 ± 16.02 (erkekler 20.44 ± 15.57 , kadınlar 23.14 ± 16.33) yılı idi. Hastaların büyük çoğunluğu (%87.6) 0-39 yaş grubundaydı, 104'ü (%46.1) evli, 122'si (%53.9) bekârdı. Hastaların önemli bir bölümü öğrenciydi (n=130, %37.9), öğrenci olmayanların %11.4'ü (n=39) okur-yazar, %5.8'i (n=20) ilkokul, %4.4'ü (n=15) ortaokul, yaklaşık yarısı lise (n=101, %29.4), %11.4'ü (n=39) ise üniversite mezunu idi. Hastaların 130'u (%37.9) öğrenci, 63'ü (%18.4) memur, 17'si (%4.9) akademik personel, 34'ü (%9.9) ev kadınıydı, 99 (%28.8) hastanın dosyasında mes-

leği belirtilmemişti; bu sayı 0-6 yaş grubunu da kapsıyordu. Grubun -ifâdelere göre- ortalama aylık geliri 235 (asgari 30, azami 900) milyon TL idi. Toplam 343 hastanın 40'ı (%11.7) sigara içiyordu.

Hastaların çoğu akut sağlık sorunu nedeniyle başvurmuştu. Solunum sistemi yakınmaları ilk sıradaydı (%31.0), bunu genel-nonspesifik yakınmalar (%17.2) ve nörolojik yakınmalar (%13.0) izliyordu. Başvuru nedenleri arasında doğum-öncesi bakım isteği, aşılama uygulaması, sağlam çocuk izlemi, kan sistemi ile ilgili yakınmalar, periyodik muayene isteği ve psikolojik yakınmalar yoktu.

Toplam 712 başvurunun 331'ini (%46.5) erkekler, 381'ini (%53.5) kadınlar yapmıştı. Endokrin-metabolik, üriner ve nörolojik sistem yakınmaları kadınlarda, erkeklerden daha fazlaydı (Tablo 1). Kas-iskelet, genitoüriner, dolaşım, kulak ve cilt ile ilgili yakınmalar 20-29 yaş grubunda daha sıkı. Endokrin-metabolik, solunum, gastrointestinal ve genel şikayetler 0-9 yaş grubunda yığılma gösteriyordu. Tüm yaş gruplarında en sık karşılaşılan yakınmalar solunum, nörolojik sistem ve genel duruma aitti (Tablo 2). En sık karşılaşılan yakınma öksürüktü (n=119). Her sisteme ait tanılar Tablo 3'de toplanmıştır. En sık konulan ilk 3 tanı solunum (%54.5), boşaltım (%14.3) ve kan (%10.8) sistemlerine aitti.

Çalışmamızda, görme bozukluğu, işitme bozukluğu, iskemik kalp hastalığı, kronik obstrüktif kalp hastalığı, diabetes mellitus, kanser gibi kronik hastalıklar nedeniyle başvuranların oranı %8.9'du. En az konulan tanı %0.4 ile migren idi. Hastaların sadece %14.9'u kontrole geldi. Sevk oranı %2.3 idi.

Tartışma

Çukurova Üniversitesi Mediko-sosyal Merkezi'nde yer alan Aile Hekimliği Polikliniği'nde, elektronik kayıt sistemi olmadığı halde, hasta bilgilerini ICPC-2 kodlama sistemi ile dosyaladık. İlk başvuran hastaların sayısının düşük olmasının (343 yeni başvuru/24 ay) nedeninin, kurum personelinin hastane hizmetlerinden merkeze başvurmadan yararlanabilmesi olduğu düşünüldü.

Başvuru oranının kadınlarda erkeklerden daha yüksek olması çeşitli çalışmaların bulguları ile uyumludur.⁸⁻¹⁰ Bu durum, genetik özellikler, sosyal ve ekonomik yapı (hasta kitlesinin %53'ü kadın, %10'u ise ev kadınıydı), maruz kalınan fiziksel ve psikolojik riskler, hastalık davranış modeli ve bunu bildirme davranış modeliyle ilişkili olabilir.

Çalışmamızın, en sık karşılaşılan başvuru belirtileri lis-

Tablo 1
Hastaların ICPC-2 semptom sınıflandırmalarının cinsiyetine göre dağılımı

Sistemler	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%**
Solunum	135	55	109	44	244	34.3
Genel-nonspesifik	69	46	81	54	150	21.1
Nörolojik	38	39	59	60	97	13.6
Sindirim	34	45	40	54	74	10.4
Üriner	9	19	38	80	47	6.6
Deri	14	56	11	44	25	3.5
Dolaşım	11	45	13	54	24	3.4
Endokrin, metabolik ve beslenme	7	31	15	68	22	3.1
Kulak	8	44	10	55	18	2.5
Ruhsal	5	55	4	44	9	1.2
Hematolojik	1	50	1	50	2	0.3
Toplam	331	46	381	53	712	100.0

* Satır yüzdesi

** Sütun yüzdesi

Tablo 2
ICPC-2'ye göre en sık başvuru nedenleri

Başvuru nedeni (ICPC-2 kodu)	Toplam şikayet sayısı N	Yüzde (%)
Öksürük (R05)	119	31.0
Halsizlik (A04)	66	17.2
Ateş (A03)	66	17.2
Baş ağrısı (N01)	50	13.0
Göğüs ağrısı (K03)	14	3.6
Disüri (U01)	12	3.1
Diare (D11)	11	2.9
Kusma (D10)	11	2.9
Kulak ağrısı (H01)	10	2.6
Kayıp (S02)	9	2.3
İştahsızlık (T03)	9	2.3
Uyku bozukluğu (P06)	7	1.9
Toplam	384	100.0

tes, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Sağlık Departmanı'nın sonuçlarını andırmaktadır.² Ülkemizde, başvuru nedenlerini inceleyen bir çalışmada da, ilk sırayı üst solunum yolu yakınmaları almıştır.¹¹ Bulgularımız, Türkiye'de yapılan birinci basamak çalışmaları ile de benzerlik göstermektedir.¹²⁻¹⁹

Çalışmamızda, yeniden başvuru oranlarının düşük olmasının olası nedenleri akut sorunların iyileşmesi, birinci basamağa uğramadan hastaneye başvurulabilmesi, merkezimizdeki yüksek hekim değişim hızının yol açtığı hasta memnuniyetsizliği ve üniversite öğrencisi hastaların mezun olarak kurumdan ayrılmalarıdır. Görme bozukluğu, işitme kaybı, iskemik kalp hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diabetes mellitus, kanser gibi kronik olguların oranı

Tablo 3
ICPC-2'ye göre hastaların tanıları

Sistemler	En sık tanıları (ICPC-2 kodu)	Tanı	
		N	%
Solunum	Üst solunum yolu enfeksiyonu, akut (R74)	171	54.5
Üriner	Üriner enfeksiyon (U71)	45	14.3
Hematolojik	Demir eksikliği anemisi (B80)	34	10.8
Dolaşım	Hipertansiyon, komplike olmayan (K86)	15	4.8
Kulak	Akut otitis media (H71)	8	2.5
Psikolojik	Kayıp bozuklukları (P74)	8	2.5
Kadın genital sistemi	Vajinitis/vulvitis (başka türlü tanımlanmayan) (X84)	8	2.5
Deri	Dermatofitoz (S74)	6	1.9
Endokrin, metabolik ve beslenme	Obezite (T82)	6	1.9
Göz	Enfeksiyöz konjonktivit (F70)	4	1.3
Gebelik, doğum, aile planlaması	Gebelik (W78)	4	1.3
Erkek genital sistemi	Selim prostat hipertrofisi (Y85)	4	1.3
Nörolojik	Migren (N89)	1	0.4
Toplam		314	100.0

çok düşüktür. Bu durum, olasılıkla; kronik hastaların aynı kampüsteki üniversite hastanesinin ilgili uzmanlarını yeğlemelerine bağlıdır. Önde gelen kronik hastalık tanıları hipertansiyon, artropatiler ve diabetes mellitustur.

Çalışmamızda, ilk sıradaki başvuru nedeni -Wilkin'in çalışmasındaki benzer şekilde- solunum yolu sorunlarıdır; (%31.0),²⁰ onu genel-nonspesifik (%17.2) ve nörolojik (%13.0) yakınmalar izlemektedir. Genel kategorisindeki yakınmaların fazlalığı, ICPC-2'nin ateş ve halsizliği "genel/non-spesifik", baş ağrısını ise "nörolojik yakınmalar" başlıkları altında kodlanmasından kaynaklanabilir. Aile hekimliği polikliniği başvuruları içinde doğum öncesi bakım isteği, gebelikle ilgili yakınmalar ve psikiyatrik belirtilerin bulunmaması merkezde bu uzmanlık alanlarından hekimlerin görev yapması ile ilişkili olabilir.

Hastaların cinsiyet dağılımı jenido-üriner belirtiler dışında (%53.5 kadın vs. %46.5 erkek) benzerlik göstermektedir. İlk sıradaki belirti, Cherry ve ark. çalışmasındaki gibi öksürüktür.²¹ Bunu ateş ve halsizlik izlemektedir. Çalışmamızda, en sık görülen nörolojik belirti olan baş ağrısı bütün yakınmalar içinde 3. sırada yer almaktadır. Bu da Cherry ve ark.'nın çalışması ile benzerlik göstermektedir.²¹

Toplam 314 tanı içinde ilk sırayı %54.5 ile solunum sistemi hastalıkları yer almakta, onu %14.3 ile üriner sistem, %10.8 ile kan sistemi hastalıkları izlemektedir. İlk 3 tanı; üst solunum yolu enfeksiyonu (%50.7), üriner sistem enfeksiyonu (%13.3), demir eksikliği anemisi (%10.1). ABD'de, Rosenblatt ve ark. bazı hastalıklardaki yeni olgu tanı hızlarını saptadılar: Hipertansiyon; %4.4, dermatit; %1.2, akut otitis media; %3.5, anksiyete; %2.5.²² Çalışmamızda saptanan yeni olgu hızları; hipertansiyon; %4.8, dermatit; %1.9, akut otitis media %2.5, anksiyete %2.5 bu sonuçlarla uyumludur. Wilkin ve ark.'nın²⁰ miyalji için saptadıkları %13.2'lük yeni olgu hızı çalışmamızda %2.9 bulunmuştur.

Norveç'teki bir çalışmada yakınma ve belirtilerin çoğu kas-iskelet, dolaşım ve kadın üreme sistemi ile ilişkili bulunmuştur: En sık karşılaşılan tek neden kas-iskelet ağrısıdır (tüm başvuruların %15.5'i). Psikolojik ve sosyal nedenler nadiren görülmektedir (sırasıyla, %3.1 ve %0.3). Kadınların başvuru hızı erkeklerden daha yüksektir, bu durumun, muhtemelen üreme sistemi ve memeye ait sorunlara bağlı olduğu düşünülmüştür.²³

Sağlam çocuk muayenelerinin azlığı kampüsteki üniversite hastanesinde sağlam çocuk polikliniğinin ve mediko-sosyal merkezinde bir pediatri uzmanının varlığına bağlı olabilir.

Kronik hastalık başvuruları %8.9 oranında olup diğer

çalışmalardakinden daha düşüktür.^{1,20,24}

Başvuruların çoğu komplike olmayan, kendi kendini sınırlayan sorunlara bağlıdır, tedavi ise sıklıkla belirtiye yöneliktir.

Sonuç

Üniversite mediko-sosyal merkezinde yürütülen aile hekimliği polikliniğine başvurular daha çok akut, kendi kendini sınırlayan nedenler ile olmaktadır. Ülkemizdeki aile hekimliği çalışma alanlarından birisi olan Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'nin hasta profili başvuru şikayetleri ve en çok konulan ilk 3 tanı açısından Batı ülkelerine benzemektedir. İlk 3 başvuru nedeni; solunum sistemi, genel-nonspesifik ve nörolojik sistemle ilgili olup ilk 3 tanı solunum, üriner, hematolojik sistemlere aittir. Aile hekimliği mezuniyet sonrası eğitimleri planlanırken bu özellikler dikkate alınmalıdır.

Teşekkür

Çalışmamızın gerçekleşmesine destek olan Çukurova Üniversitesi Araştırma Fonu'na (Proje No: TF-2001-U-15) ve anabilim dalı başkanı Prof. Dr. Nafiz Bozdemir'e teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. Fry J. Twenty-one years of general practice-changing patterns. *J R Coll Gen Pract* 1972; 22: 521-8.
2. McWhinney IR. A Textbook of Family Medicine. 2. baskı. New York, Oxford University Press, 1997; 37-46.
3. ICPC-2. International Classification of Primary Care, 2. baskı. Oxford. Oxford University Press, 1998; 48-142.
4. Mennerat F, Jamouille M. ICPC Bibliography www.ulb.ac.be/esp/wicc/icpc_ref.html. adresinden 28.09.2004 tarihinde erişilmiştir.
5. Ökkeş IM, Polderman GO, Fryer GE ve ark. The role of family practice in different health care systems. A comparison of reasons for encounter, diagnoses and interventions in primary care populations in the Netherlands, Japan, Poland and the US. *J Fam Pract* 2002; 51: 31-6.
6. Ökkeş IM, Oskam SK, Lamberts H. The probability of specific diagnoses for patients presenting with common symptoms to Dutch family physicians. *J Fam Pract* 2002; 51: 72.
7. Lamberts H, Hofmans-Okkes IM. Episode of care: a core concept in family practice. *J Fam Pract* 1996;4 2: 161-7.
8. Verbrugge LM. Sex differences in complaints and diagnoses. *J Behav Med* 1980; 3(4): 327 -55.
9. Rakowski W, Julius M, Hickey T, Verbrugge LM, Halter JB. Daily symptoms and behavioral responses. Results of a health diary with older adults. *Med Care* 1988; 26(3): 278 -97.
10. Neal RD, Heywood PL, Morley S, Clayden AD, Dowell AC. Frequency of patients' consulting in general practice and workload generated by frequent attenders: comparisons between practices. *Br J Gen Pract* 1998; 48(426): 895-8.
11. Topallı R, Topsever P, Filiz TM, Cığerli Ö, Görpelioğlu S. Hereke aile hekimliği merkezi 2001 yılı başvuru nedenleri ve yapılan sevklerin değerlendirilmesi. *Türk Aile Hek Derg* 2003; 7(1): 18-22.
12. Cerrahoğlu A. Bir aile pratiğinde 3333 hasta ve 6608 hasta muayenesinin incelenmesi. 3. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Özet Kitabı. İzmir, 23-25 Mayıs 1997; poster 19.
13. Kosku N, Yıldırım A, Oskay YG. Aile hekimliği modeli olarak kurum

hekimliği. IV. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Özet Kitabı. İstanbul, 14-17 Ekim 1999; 30.

14. **Apaydın Ç, Ünalın P, Tiryaki D, Harmancı H, Kalaça Ç.** Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniği (MÜ-AHEP). IV. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Özet Kitabı. İstanbul, 14-17 Ekim 1999; 35.
15. **Dülger M.** Evde hasta muayene, tedavi ve takibi. V. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Özet Kitabı. Adana, 27-30 Mart 2002; 211-7.
16. **Göktaş O.** T.C. Sağlık Bakanlığı Bursa Ertuđrulgazi Aile Hekimliği Merkezi 2001 yılı çalışmaları ve hedefleri. V. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Özet Kitabı. Adana, 27-30 Mart 2002; 218-24.
17. **Alimođlu MK, Mamaklı S.** Tıp fakültesi kurum hekimliğine ait altı aylık veriler. V. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Özet Kitabı. Adana, 27-30 Mart 2002; 421.
18. **Yaman H, Kut A, Urgan M.** Health problems among UN refugees at a family medical centre in Ankara, Turkey. *Scand J Prim Health Care* 2002; 20: 85-7.
19. **Dođan BG, Çetin M, Barut HŞ ve ark.** Kent tipi bir sağlık ocağı polik-

liniğine beş iş günü boyunca başvuran hastalar üzerinde bir araştırma. *Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni* 1995; 16: 1-4.

20. **Wilkin D, Dowswell T, Leese B.** Modernising primary and community health services. *BMJ* 2001; 322: 1522-4.
21. **Cherry DK, Burt CW, Woodwell DA.** National Ambulatory Medical Care Survey: 2001 Summary. Advance Data from vital and health statistics. CDC Number 337, August 11, 2003. <http://www.cdc.gov/nchs/data/ad/ad337.pdf> adresinden 09.07.2004 tarihinde erişilmiştir.
22. **Rosenblatt RA, Hart LG, Baldwin LM, Chan L, Schneeweiss R.** The generalist role of specialty physicians: is there a hidden system of primary care? *JAMA* 1998; 279(17): 1364-70.
23. **Nylenna M.** Why do our patients see us? A study of reasons for encounter in general practice. *Scand J Prim Health Care* 1985; 3(3): 155-62.
24. **Webb S, Lloyd M.** Prescribing and referral in general practice: Study of patients' expectations and doctors' actions. *Br J Gen Prac* 1994; 44(381): 165-9.

Geliş tarihi: 22.09.2005

Kabul tarihi: 13.01.2006

İletişim adresi:

Dr. Esra Saatçi
Çukurova Üniversitesi Tıp fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Bağalı 01330 Adana
Tel: (0322) 338 60 60 / 3087
Faks: (0322) 338 65 72
e-posta: esaatci@cu.edu.tr