T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Adölesan İdiyopatik Skolyoz Hastalarının Tanı Alma Sürecinde Birinci Basamak Hekimlerinin Rolü

Dr. Filiz Yıldız Tükel

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İZMİR 2024

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Adölesan İdiyopatik Skolyoz Hastalarının Tanı Alma Sürecinde Aile Hekimlerinin Rolü

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Filiz Yıldız Tükel

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ

Prof. Dr. Nilgün Özçakar

YARDIMCI DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ

Uzm. Dr. Gizem Limnili

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜRLER *i*

TABLO LİSTESİ *ii*

KISALTMALAR *iv*

ÖZET *v*

ABSTRACT *vii*

1.GİRİŞ VE AMAÇ *1*

1.1.Giriş **1**

1.2. Araştırmanın Amacı **2**

2. GENEL BİLGİLER *3*

2.1. Tarihçe **3**

2.2. Omurga Anatomisi **3**

2.3. Skolyoz Tanımı ve Sınıflaması **4**

2.3.1. İdiyopatik Skolyozda Sınıflama 6

2.3.2. Adölesan İdiyopatik Skolyozda Sınıflama 7

2.4. Adölesan İdiyopatik Skolyoz Prevelansı ve Etiyolojisi **9**

2.5. Adölesan İdiyopatik Skolyozda Öykü ve Fizik Muayene **10**

2.6.Adölesan İdiyopatik Skolyozda Radyolojik Değerlendirme **11**

2.7.Adölesan İdiyopatik Skolyozda Tedavi Seçenekleri **12**

2.8. Çocuk ve Ergen İzleminde Adölesan İdiyopatik Skolyoz Hastalarının Yeri **13**

3.GEREÇ VE YÖNTEM *13*

3.1. Araştırmanın Modeli ve Evren **13**

3.1.1. Dahil edilme kriterleri 14

3.1.2. Hariç bırakılma kriterleri 14

3.2. Örneklem Sayı ve Yöntemi **14**

3.2.1. Örneklem Yöntemi 14

3.2.2. Veri Toplama Yöntemi 14

3.3.Veri Toplama Araçları **15**

3.3.1.Veri Toplama Formu 15

3.3.2. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS) Anketi 15

3.4. Veri toplanması ve Araştırmanın Yürütülmesi **22**

3.5.Veri Analizi **22**

4. BULGULAR **23**

4.1. Tanımlayıcı Bulgular **23**

4.1.1. Sosyodemografik Değişkenler ve Veri Formu 23

4.1.2. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS) Anketi 27

4.2. Analitik Bulgular **30**

4.2.1. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS) Anketi ile Veri Toplama Formunun Değerlendirilmesi 30

5. TARTIŞMA **56**

6.KISITLAMALAR **63**

7. SONUÇ VE ÖNERİLER **64**

8. KAYNAKLAR **65**

9. EKLER **68**

TEŞEKKÜRLER

Bu çalışmanın her aşamasında bana yol gösteren, değerli önerileri ve bilimsel yaklaşımlarıyla tezimin şekillenmesinde büyük katkıları olan saygıdeğer danışmanım Prof. Dr. Nilgün Özçakar'a en derin teşekkürlerimi sunarım. Kendisinin akademik rehberliği ve değerli geri bildirimleri, bu çalışmanın niteliğini artırmış ve tezimi en iyi şekilde tamamlayabilmem için bana ışık tutmuştur.

Asistanlık eğitimim boyunca yalnızca mesleki bilgimi değil, etik değerlerimi de geliştirmemde önemli katkılar sağlayan çok değerli hocalarım Prof. Dr. Vildan Mevsim, Doç. Dr. Tolga Günvar, Doç. Dr. Neslişah Tan, Uzm. Dr. Ediz Yıldırım ve Uzm. Dr. Gizem Limnili'ye yürekten teşekkür ederim. Her biri, engin bilgi ve deneyimlerini cömertçe paylaşarak, bana hem bilim insanı kimliği hem de insanlık adına örnek oldular.

Hayatımın her döneminde yanımda olan sevgili aileme ve eşime bu süreçte de göstermiş oldukları tüm destekleri için teşekkür ederim.

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Birinci Basamak Değerlendirme Anketi (PCAS)

Tablo 2. Bağımlı ve bağımsız değişkenler için kullanılacak analizler

Tablo 3. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 4. Skolyoz Tanı Alma Sürecinde Hekim ve Sağlık Kurumu Durumu

Tablo 5. Skolyoz Tanısı Alırken Şikâyet Durumu ve Aile Öyküsü

Tablo 6. Aile Hekimine Başvuru Sıklıkları ve Ağrı Şikâyeti Durumları

Tablo 7. Birinci Basamakta Skolyoz Muayenesi Durumu

Tablo 8. Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi Süreci

Tablo 9. Katılımcıların PCAS Puanları

Tablo 10. Skolyoz Başlangıç Durumunun PCAS ile Değerlendirilmesi

Tablo 11. Skolyoz Tanısını Koyan Hekimlerin PCAS ile Değerlendirilmesi

Tablo 12. Skolyoz Tanısını Farklı Sağlık Kuruluşunda Alan Hastaların PCAS ile Değerlendirilmesi

Tablo 13. Skolyoz Tanısı Alırken Şikâyeti Olan Hastaların PCAS ile Değerlendirilmesi

Tablo 14. Ailesinde Başka Skolyoz Tanısı Olan Hastaların PCAS ile Değerlendirilmesi

Tablo 15. Aile Hekimliğine Başvuru Sıklık Durumlarının PCAS ile Değerlendirilmesi

Tablo 16. Birinci Basamağa Bel Ağrısı/ Sırt Ağrısı Şikâyeti ile Başvuran Hastaların PCAS ile Değerlendirilmesi

Tablo 17. Birinci Basamakta Şikayetlerine Yönelik Muayene Edilen Hastaların PCAS ile Değerlendirilmesi

Tablo 18. Birinci Basamakta Hastalara Skolyoz Olabileceğinden Bahsedilme Durumunun PCAS ile Değerlendirilmesi

Tablo 19. Birinci Basamakta Skolyoz Tanısı İçin Üst Basamağa Sevk Edilme Durumunun PCAS ile Değerlendirilmesi

Tablo 20. Birinci Basamakta Skolyoz Tanısı İçin Egzersiz Önerisinde Bulunma Durumunun PCAS ile Değerlendirilmesi

Tablo 21. Skolyoz Tanısı Aldıktan Sonra Birinci Basamakta Skolyoz İçin Tedavi Önerisinde Bulunma Durumunun PCAS ile Değerlendirilmesi

Tablo 22. Birinci Basamakta Skolyoz Tanı-Tedavi Sürecinde Yeterli Destek Durumunun PCAS ile Değerlendirilmesi

Tablo 23. Demografik ve Klinik Faktörlerin Örgütsel Ulaşılabilirlik ile İletişim Puanları Arasındaki İlişki

Tablo 24. Demografik ve Klinik Faktörlerin Örgütsel Ulaşılabilirlik ile İletişim Puanları Arasındaki İlişki Devamı

Tablo 25. Birinci Basamakta Skolyoz Tanı-Tedavi Sürecinde Yeterli Destek Durumunun PCAS Memnuniyet Sorusu ile Değerlendirilmesi

KISALTMALAR

AİS: Adölesan İdiyopatik Skolyoz

SOSORT: Uluslararası Skolyoz Ortopedik ve Rehabilitasyon Tedavisi Bilim Topluluğu

SRS (Scoliosis Research Society): Amerikan Skolyoz Araştırma Cemiyeti

ER: Östrojen Reseptör 1

VDR: Vitamin D Reseptör

GH: Growth Hormon

AFT (Adams Forward Test): Adam's Öne Eğilme Testi

SEAS (Scientific Exercise Approach to Scoliosis): Skolyozda Bilimsel Egzersiz Yaklaşımı

BSPTS (Barcelona Scoliosis Physical Therapy School): Barcelona Skolyoz Fizik Tedavi Okulu

PCAS (Primary Care Assessment Survey): Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği

FTR: Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

ÖZET

Giriş: Adölesan İdiyopatik Skolyoz (AİS), 10-18 yaş aralığındaki bireylerde sık görülen, omurganın koronal planda Cobb yöntemiyle ölçülen 10 derece ve üzeri eğriliği olarak tanımlanan bir omurga deformitesidir. AİS'in ilerlemesi, bireyin fiziksel, psikososyal ve kozmetik sağlığını olumsuz etkileyerek yaşam kalitesini düşürebilmektedir. Erken tanı, eğriliklerin cerrahi müdahale gerektirecek seviyelere ulaşmasını önlemek açısından kritik önem taşımaktadır. Bu çalışmada, AİS hastalarının tanı alma süreçlerinde aile hekimlerinin rolü ve birinci basamak hekimlerinin etkinliği araştırılmıştır.

Yöntem: Araştırma, kesitsel analitik bir modelde gerçekleştirilmiştir. Örneklem, Dokuz Eylül Üniversitesi Ortopedi Polikliniği'ne başvuran ve 8-18 yaş aralığında AİS tanısı almış 150 bireyden oluşmaktadır. Veriler, literatür doğrultusunda hazırlanan sosyodemografik veri toplama formu ve Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS) kullanılarak toplanmıştır. Veriler, telefonla anket yöntemiyle elde edilmiş ve SPSS 29.0 programı ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların %69,3'ü kadın (n=104) ve %30,7'si (n=46) erkektir. Yaş ortalamaları 18,09±4,34 olup, tanı yaşı ortalaması 11,47±0,19 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %37,3'ü (n=56) erken başlangıçlı skolyoz tanısı alanlar olup, %62,7'si (n=94) geç başlangıçlı skolyoz tanısı alanlardan oluşmaktadır. Katılımcıların %68'i (n=102) skolyoz tanısını ortopedi hekimlerinden, %10,7'si (n=16) ise aile hekimlerinden almıştır. Aile hekimlerine başvuranların yalnızca %14,7'si (n=22) skolyoz muayenesi yapılmış ve %14,7'si (n=22) skolyoz için bir üst basamağa sevk edilmiştir. Skolyoz başlangıç durumunun PCAS ile ilişkisine bakıldığında hastanın bütüncül bilgisi, fiziksel bakı ve kişisel yaklaşım alt boyutlarında anlamlı farklılıklar olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$)

Sonuç: Bu araştırma, Adölesan İdiyopatik Skolyoz hastalarının tanı süreçlerinde birinci basamak hekimlerinin önemli ancak sınırlı bir role sahip olduğunu ortaya

koymaktadır. Çalışmada, birinci basamağın skolyoz tanı ve tedavi süreçlerindeki etkisini artırmak adına eğitim ve farkındalık programlarının önemi vurgulanmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde tarama ve yönlendirme protokollerinin iyileştirilmesi, skolyozun ilerlemesini önlemek için büyük bir fırsat sunmaktadır. Bu bağlamda, birinci basamak sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği ve kalitesinin geliştirilmesi, AİS hastalarının yaşam kalitesine olumlu katkılar sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Adölesan İdiyopatik Skolyoz, Aile Hekimliği, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Erken Tanı, Sağlık Yönetimi.

ABSTRACT

Aim: Adolescent Idiopathic Scoliosis (AIS) is a spinal deformity commonly observed in individuals aged 10-18, defined as a curvature of 10 degrees or more in the coronal plane as measured by the Cobb method. The progression of AIS negatively impacts physical, psychosocial, and cosmetic health, thereby reducing the quality of life. Early diagnosis is critically important to prevent the curvatures from reaching levels that require surgical intervention. This study investigates the role of family physicians and the effectiveness of primary care physicians in the diagnostic process of AIS patients.

Method: The study was conducted using a cross-sectional analytical model. The sample consists of 150 individuals aged 8-18 diagnosed with AIS, who were admitted to the Orthopedics Clinic at Dokuz Eylül University. Data were collected using a sociodemographic data collection form prepared in line with the literature and the Primary Care Assessment Survey (PCAS). The data were obtained through telephone surveys and analyzed using the SPSS 29.0 program.

Results: The findings indicate that 69.3% of the participants are female (n=104), while 30.7% are male (n=46). The average age of the participants is 18.09±4.34, with the average age of diagnosis being 11.47±0.19. Among the participants, 37.3% (n=56) were diagnosed with early-onset scoliosis, whereas 62.7% (n=94) were diagnosed with late-onset scoliosis. A majority, 68% (n=102), received their scoliosis diagnosis from orthopedic specialists, while 10.7% (n=16) were diagnosed by family physicians. However, only 14.7% (n=22) of those who consulted family physicians underwent a

scoliosis examination, and an equal percentage (14.7%, n=22) were referred to a higher level for further evaluation. Additionally, when examining the relationship between the initial scoliosis condition and PCAS, significant differences were observed in the subdimensions of holistic information, physical care, and personal approach ($p<0.05$)..

Discussion: It has been observed that the active role of family physicians in the AIS diagnostic process is limited. Increasing early diagnosis and regular screenings in primary healthcare services can reduce the risk of scoliosis progression. The study emphasizes the importance of education and awareness programs to enhance the role of family physicians in the diagnosis and treatment processes of scoliosis. In this context, improving the accessibility and quality of primary healthcare services can contribute positively to the quality of life of AIS patients.

Conclusion: This study reveals that family physicians play an important but limited role in the diagnostic processes of Adolescent Idiopathic Scoliosis patients. Improving screening and referral protocols in primary healthcare services offers a significant opportunity to prevent the progression of scoliosis. It is necessary to implement regulations in health policies to enhance the effectiveness of primary healthcare services in this area.

Key words: Adolescent Idiopathic Scoliosis, Family Medicine, Primary Healthcare Services, Early Diagnosis, Health Management

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1.Giriş

Skolyoz en sık görülen ve ciddi postüral bozukluğa neden olabilen üç boyutlu omurga deformitesidir. Başka bir tanımıyla omurganın koronal planda radyolojik olarak Cobb yöntemiyle tespit edilen 10 derece ve üzeri eğriliğidir. Skolyoz, eğri veya çarpık anlamına gelen tanımlayıcı bir bulgudur(1).

Skolyozun görülme sıklığına ve ilerleme düzeyine baktığımızda cinsiyet, ırk, genetik gibi faktörlerden etkilenebilir. Skolyoz tipleri yaşa göre sınıflandırıldığında en sık görüleni adölesan grupta, cinsiyete göre de kız çocuklarında daha sık görüldüğü izlenmiştir(2). Adölesan idiyopatik skolyoz (AİS) bir dışlama tanısıdır ve 10 -18 yaş aralığı için kullanılan bir tanımdır. Dünyada AİS prevelansının %0,35-%5,2 olduğu görülmüştür(3). Skolyoz görülme sıklığı bu kadar yüksekken adölesan grupların erken tanı için taranması gerekmektedir. Birinci basamakta yapılmakta olan sağlıklı çocuk izlemleri biyolojik, psikososyal ve gelişimsel problemlerin tanı, tedavi ve rehabilitasyonuna yönelik önemli hizmetler sunarak okul öncesinde her çocuğu izlemektedir(4). Birinci basamak çocuk sağlığı ve hastalıkları hizmetlerinin temelini oluşturmakta olup koruyucu hekimlik uygulamalarının sunulduğu bir sağlık hizmeti sağlayıp sağlığın geliştirilmesini ve desteklenmesini amaçlamıştır(4). 8-18 yaş ergen izlemi takiplerinde kas iskelet muayenesi grubunda skolyoz için ek muayenelerin olmasına dikkat etmek gerekmektedir.

Skolyozun neden olduğu omurga deformitesi ciddi postüral bozuklukları da beraberinde getirmektedir. Daha çok spesifik bir yaş grubunda görüldüğü için oluşturduğu deformiteler fiziksel, sosyal, psikolojik ve kozmetik sağlık sorunları da oluşturur(5). Adölesanlarda görülen duruş bozukluklarına bağlı yaşam kalitelerini etkileyen duygu durum bozuklukları izlenebilmekte ve skolyoz hastalarının sağlığa ilişkin yaşam kalitesini düşürdüğü bilinmektedir(6). Skolyoz hastalığının tedavisindeki amaç omurga deformitesini düzeltmek, hastalığın ilerlemesini önlemek, oluşan ağrıyı azaltmak ve hastaların yaşam kalitesini arttırmaktır. Skolyozda

uygulanan konservatif ve cerrahi tedavi yöntemleri maliyetleri nedeniyle de birim maliyeti yüksek sağlık harcamaları içinde yer alır(7).Skolyoz hastalarının cerrahi müdahaleye kadar ilerlemesini önlemek için erken tanı çok önemlidir(8). Uluslararası Skolyoz Ortopedik ve Rehabilitasyon Tedavisi Bilim Topluluğu (SOSORT) idiyopatik skolyoz ve diğer yapısal omurga değişikliklerinin cerrahi müdahale uygulanmadan yönetilmesine yönelik kurulmuş bir topluluktur. SOSORT verilerine göre iki basamaklı prosedürle (birinci basamakta ilk muayene yapılıp belirsiz vakaların ortopediste yönlendirilmesi) Ulusal Sağlık Bakım Sistemi için 4935 Euroluk bir tasarruf, toplu radyasyon dozunda 0,283 Sv 'lik bir azalma ve radyojenik kötü huylu tümörlerin prosedürlerinin sayısında tahmini %50 azalma ile sonuçlanmıştır(1).

Günümüzde sağlık hizmetlerinin temel amacı tedaviden önce insanların sağlığını korumada onlara danışmanlık yapmak ve sağlık risklerinden kaçınmaları konusunda yardımcı olmak olarak tanımlanmaktadır. Bu bağlamda hastalık riski taşımasa da tüm bireylerin bu risklerden uzak tutulması, risk altındaki bireylerin risklerinin azaltılması, mevcut hastalıkların erken tanı ve tedavisi ile kronik hastalıkların kalıcı hasar oluşturmalarının önlenmesi koruyucu sağlık hizmetlerinde öncelikleri oluşturmaktadır(9). Birinci basamakta görev yapan aile hekimleri 6-19 yaş grubundaki tüm izlemlerden sorumludur. Yapılan bu izlemler bakanlık politikaları, Dünya Sağlık Örgütü'nün önerileri doğrultusunda ve derneklerin katkıları ile hazırlanmıştır. İzlemin ilkeleri; hastalıkların önlenmesi, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, çocuğun sağlıklı yetişmesi konusunda aileye destek, bakımın sürekli olmasının sağlanması şeklinde yapılmıştır(4). Birinci basamak hekimleri, adölesan idiyopatik skolyoz hastalarını tüm bu bağlamlarda değerlendirip taramalarını yaparak erken tanı, tedavi ve izlemlerinde aktif görev almalıdır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmamızda adölesan idiyopatik skolyoz hastalarının tarama, tanı, tedavi ve izlemi sırasında birinci basamak hekimlerinin rolü araştırılacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tarihçe

Lateral ve posteriora eğrilikleri olan spinal kolon tanımlamaları eski tıbbi kaynaklarda da bulunmaktadır. Skolyozu kelime olarak ilk kez Galen kullanmıştır. Yunancada eğrilik anlamında kullanılmaktadır. Eski Mısır ve Yunan kalıntılarında omurganın eğriliklerinden, uygulanan tedavi programlarından söz edilmektedir. Araştırmalarda elde edilen insan iskeleti kalıntılarında spinal kolon eğriliklerine rastlanılmıştır(10).

Hipokrat skolyoz tanımıyla ilgili spinal kolonun tüm eksenlerde eğriliğini tanımlamıştır. Spinal eğriliklerin doğal yollardan olabileceğini ve travma sonrası deformasyonlara bağlı da spinal eğriliklerin oluşabileceğinden bahsetmiştir. Bu spinal eğriliklere kuvvet uygulayarak düzeltmeyi hedefleyen Hipokrat, 'scamnon' isimli alet geliştirmiştir ancak hastalar üzerinde çok da etkisinin olmadığını gözlemlemiştir(10).

1579'da Fransız cerrah Ambroise Pare skolyozun asimetrisinin metal plaklarla düzeltmek istemiştir. 18. ve 19. yüzyılda skolyozla ilgili bilgi düzeyi daha da artmış ve asimetriyi düzeltmek ya da önleyebilmek için aletler tasarlanmıştır. Bazı görüşlere göre de skolyozdaki asimetri daha çok oturuş bozukluğuna bağlı geliştiği düşünülmüştür. 1850'de Edward Lonsdale tarafından yayınlanan kitapta daha çok kadınlarda görüldüğüne değinilmiş ve dikiş-nakış, oturuş bozukluğu, bebek taşıma, gebelik, adölesan döneminde hızlı büyüme gibi durumların postür bozukluğuna neden olduğu ile ilişkilendirilmiştir(10).

2.2. Omurga Anatomisi

Vertebraların üst üste gelip birbirine anatomik bazı yapılarla bağlanıp oluşturduğu kemik sütuna vertebral kolon denir. Vertebral kolon; baş, göğüs ve karın içi organları taşıyıp desteklemektedir. Oluşturduğu spinal kanalla medulla spinalisin çevresini

sararak koruyucu bir özellik de oluşturmaktadır. 5 bölüm ve 33 adet vertebra bulunmaktadır.7 servikal vertebra, 12 torakal vertebra, 5 lomber vertebra, 5 sakral vertebra , 4 koksigeal vertebra bulunmaktadır(11).

Koronal planda fizyolojik bir omurganın anterior ve posteriorundaki görüntüsü düz olmalıdır. Saggital planda ise fizyolojik eğrilik oranları; servikal bölgede 30-50 derece lordoz, torakal bölgede 20-40 derece kifoz, lomber bölgede 40-60 derece lordoz ve sakral bölgede 40-60 derece kifoz vardır(11).

2.3. Skolyoz Tanımı ve Sınıflaması

Skolyoz aksiyel, sagittal ve koronal planlarda olan bir omurga deformitesidir(12). Başka bir tanımıyla omurganın koronal planda radyolojik olarak Cobb yöntemiyle tespit edilen 10 derece ve üzeri eğriliğidir. Eğer eğrilik 10 dereceden küçük ise 'spinal asimetri' tanımı kullanılır(1).

1973 yılında Amerikan Skolyoz Araştırma Cemiyeti (Scoliosis Research Society-SRS)'nin yapmış olduğu hala da kullanılan skolyoz sınıflaması etiyolojiye göre yapısal ve yapısal olmayan olarak iki ana gruba ayrılmıştır(13).

Skolyoz Araştırma Cemiyeti (Scoliosis Research Society-SRS) Sınıflaması aşağıdaki gibidir.

YAPISAL (STRÜKTÜREL) SKOLYOZ

1.) İdiyopatik Skolyoz

- İnfantil (0-3 yaş)
- Jüvenil (3-10 yaş)
- Adölesan (>10 yaş)

2.) Nöromüsküler Skolyoz

- Nöropatik
  - ◊ Alt motor nöron
  - ◊ Üst motor nöron
  - ◊ Distonomi (Riley- day sendromu)
- Miyopatik

3.) Konjenital Skolyoz
- Segmentasyon Kusuru
- Formasyon Kusuru
- Karışık Tip
- Eşlik eden nöral tüp defekti

4.) Kemik Enfeksiyonu (akut veya kronik)

5.) Tümörler
- Vertebral kolon tümörleri
- Spinal kord tümörleri

6.) Romatolojik Hastalıklar
7.) Metabolik Hastalıklar
8.) Travmatik
9.) Osteokondrodistrofi
10.) Nörofibromatozis
11.) Mezenşimal Bağ Doku Hastalıkları
12.) Lumbosakral eklemle ilgili patolojiler
13.) Ekstraspinal kontraktürler
14.) Torakojenik

YAPISAL OLMAYAN (NON-STRÜKTÜREL) SKOLYOZ

1.) Histerik Skolyoz
2.) Postural Skolyoz
3.) Medulla spinalis kök bası veya irritasyonu (Diskopati, tümörler)
4.) Alt ekstremite uzunluk eşitsizliğine bağlı

5.) İnflamasyon
6.) Kalça eklemi kontraktürlerine bağlı

2.3.1. İdiyopatik Skolyozda Sınıflama

Skolyoz sınıflamasında en sık görülen, tüm skolyozların %75-80'ini oluşturan İdiyopatik skolyoz (İS)'dir. Diğer tanılar ekarte edildikten sonra eğer nedeni hala bulunamamışsa idiyopatik denilir(14). Tanıyı koyabilmek için detaylı anamnez ve fizik muayenenin yanı sıra radyolojik görüntülemelerin de önemi büyüktür(1).

Uluslararası Skolyoz Ortopedik Tedavi ve Rehabilitasyon Derneği (SOSORT) Kılavuzu'nun 2016 yılında yayınlanan idiyopatik skolyoz sınıflamasına göre üç gruba ayrılmıştır. Bunlar eğriliğin tespit edildiği yaş, eğriliğin derecesi, eğriliğin yeri şeklindedir. 10 yaşından önce görülen skolyoz için de 'erken başlangıçlı skolyoz' tanımlaması yapılıp infantil skolyoz ve juvenil skolyoz bu gruba dahil edilmeye başlanmıştır. Adölesan ve erişkin yaş grubu skolyoz da 'geç başlangıçlı skolyoz' olarak adlandırılmıştır(1).

Uluslararası Skolyoz Ortopedik Tedavi ve Rehabilitasyon Derneği (SOSORT) Kılavuzu'nun yayınladığı idiyopatik skolyoz sınıflaması aşağıdaki gibidir.

Eğriliğin tespit edildiği yaşa göre idiyopatik skolyoz

- 0-2 yaş infantil
- 3-9 yaş juvenil
- 10-17 yaş adölesan
- 18 yaş ve üzeri erişkin

Eğriliğin derecesine göre idiyopatik skolyoz

- Hafif
- Orta
- Orta-şiddetli
- Şiddetli

- Şiddetli-çok şiddetli
- Çok şiddetli

Eğriliğin yerine göre idiyopatik skolyoz

- Servikal
- Serviko-torakal
- Torakal
- Torako-lomber
- Lomber
- Lumbo-sakral

2.3.2. Adölesan İdiyopatik Skolyozda Sınıflama

King ve arkadaşlarının 1983 yılında hazırladıkları adölesan idiyopatik skolyoz sınıflamasında sadece torakal eğrilikler bulunup, sagittal plandaki eğrilikleri içermemesi ve çalışmalarda geçerlilik, yeterli güvenirlik sağlamaması nedeniyle başka sınıflama arayışına gidilmiştir(15).

Adölesan idiyopatik skolyozda tedavide cerrahi yöntemler kullanılırken işi kolaylaştırmak için 2001 yılında Lenke ve arkadaşları üç bileşenli bir sınıflama oluşturmuşlardır. Bu üç komponentli sınıflama 1-6 arası eğrilik çeşidi, lomber omurga belirleyici ve sagittal omurga belirleyici olarak oluşturulmuştur (16). Lenke ve arkadaşlarının yapmış olduğu sınıflama aşağıdaki gibidir.

1.) Eğri tipi

- Tip 1: Majör torasik eğri
- Tip 2: Çift torasik eğri
- Tip 3: Çift majör eğri
- Tip 4: Üçlü majör eğri
- Tip 5: Primer torakolomber veya lomber eğri
- Tip 6: Primer torakolomber eğri veya ikincil torasik eğriye sahip lomber eğri

2.) Lomber omurga belirleyicisi

- A: Hafif
- B: Orta
- C: Büyük

3.) Sagital omurga belirleyicisi

- Hipokifoz (-)
- Normal (N)
- Hiperkifoz (+)

Rigo sınıflaması skolyoz hastalarının tedavisinde kullanılan korselerin tiplerinin tasarlanması ve üretiminde kişi için özel düzeltmelerin tanımlanması için oluşturulmuştur(17). Klinik ve radyolojik bulgulara göre oluşturulan bir sınıflandırmadır. Klinik sınıflamaya göre hastanın dorsal görünümündeki gözlemi ve öne eğilme testi sonucu yapılan gözleme göre aşağıda da belirtildiği gibi 5 eğrilik tipi tanımlamıştır(17).

1.) 3C; Üç eğri paterni (Dengesiz torasik eğri)
2.) 4C; Dört eğri paterni (Gerçek çift eğri)
3.) Non 3- Non 4; Üç veya dört eğri paterni olmayan (Dengeli torasik ve yalancı çift eğri)
4.) Tek lomber eğri
5.) Torakolomber tek eğri

Skolyozda sınıflamanın önemi yaş gruplarının ileri tetkik gereksinimi, hastalığın seyri, konservatif ve cerrahi tedavi planında işleyişi şekillendirmektir. Skolyoz sınıflamasında kliniklerin puberte öncesi, puberte sırasında ve erişkin dönemde çeşitlilik göstermesi sebebiyle ortak bir sınıflama yapılamamaktadır (18).

2.4. Adölesan İdiyopatik Skolyoz Prevelansı ve Etiyolojisi

Adölesan idiyopatik skolyoz , vertebraların fizyolojik plandan hareket ederek torsiyonel bir deformite oluşturması sonucu oluşur(19). AİS ‘in yaş aralığının 10-18 olarak belirlenmesinin nedeni çocuklarda çok hızlı bir büyüme döneminin olduğu ve kolumna vertebralisin matürasyonun tamamlandığı zamana tekabül etmesinden kaynaklıdır(20). Literatürlere baktığımızda dünyada AİS prevelansı %0,35-5,2’dir(3). Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise 10-15 yaş grubundan 16.045 öğrencinin katılımıyla belirlenen prevelans %2,3’tür(21).

AİS ‘de etyoloji tam olarak bilinmediği için literatürde bununla ilgili bir çok çalışmada genetik yatkınlıklar, fizyolojik ve anatomik bozukluklar ya da hormonsal anormallikler suçlanmıştır(3).

Literatürde AİS ve genetik ilişkisi için yapılan çalışmalarda birinci derece yakınında AİS olan hastanın da AİS gelişme riskinin daha fazla olduğu izlenmiştir (prevelans %6-11)(19). Monozigotik ikizlerde AİS görülme oranı %73 iken dizigotik ikizlerde %36 olarak görülmüştür. Monozigotik ikizlerdeki bu oran fazlalığı AİS’te genetik faktörlerin etken olabileceğini göstermiştir(22). Bazı genlerde meydana gelen kusurların da AİS gelişimiyle ilişkili olduğu izlenmiş ve bu genlerden bazıları da MEIS1, MAGI1, TNIK, LBX1,PAX1 ve FOXA2 olarak izlenmiştir(23). Literatürde skolyoz ve genetik faktörlerle ilgili yapılan çalışmalarda multiple genler suçlanmış ancak sonuçlar farklı popülasyonlarda yapılan geniş tabanlı genom çalışmalarında çelişkili bulunmuştur(24).

Hormonal anormalliklerden AİS’e neden olanlar arasında melatonin eksikliği ya da işlev bozukluğu bulunmaktadır(25). Melatonin epifiz bezinden salgılanarak vücudun biyolojik saatinin belirlenmesi ve uyku ritminin düzenlenmesini sağlar(26). İşlevindeki bozukluk sonucunda kemik metabolizmasını etkileyerek AİS ‘e neden olabilir. Vücut ağırlığı ve metabolizmada önemli rolü olan leptin hormonunun kemik oluşum mekanizmasında ise nörolojik ve çevresel etkisi olduğu görülmüştür(27). Kemik mekanizmasına direkt ya da indirekt yoldan etki eden östrojen reseptör (ER) 1,

Vitamin D reseptör (VDR) ve growth hormon (GH) AİS' e neden olabileceği gösterilmiştir(25).

2.5. Adölesan İdiyopatik Skolyozda Öykü ve Fizik Muayene

Tüm hastalıklarda olduğu gibi adölesan skolyoz hastalarında da detaylı bir anamnez alınması gerekir. Adölesan skolyoz hastalarının geliş şikayetleri genellikle postür bozukluğu, omuz başı seviyelerinde eşitsizlik, bel çizgilerinde asimetri ve hörgüç görünümü oluşmasıdır(28). Skolyoz hastalarının tanı alma süreçleri önce bireyin kendi vücudunu tanımasıyla ya da aile bireyleri tarafından fark edilerek, hasta okul çağındaysa okul taramalarında ya da başka bir sebeple çekilmiş PA akciğer grafilerinde omurga deformitesinin görülmesi ile olmaktadır. AİS'te ağrı şikâyeti ile başvuru daha nadir görülmektedir. Erişkinlerde çocuklara göre esneklik kaybının fazla olması ve kemik dejenerasyonlarının görülmeye başlamasıyla ağrı şikayetinin oluşumu artar. Eğer çocuklarda omurga deformitesine ek olarak ağrı eşlik ediyorsa disk hernisi, siringomiyeli, tümöral lezyonlar, spondilolizis ve spondilolistezis akla gelmelidir(29).

İdiyopatik skolyoz hastalarının morfolojisi SOSORT'un yapmış olduğu klinik değerlendirme metadolojisine göre klinik, radyolojik ve yüzey topografisine göre değerlendirilir(1).

Fizik muayeneye ilk olarak inspeksiyonla başlanıp genel durumu, postürü değerlendirilmelidir. Muayenede omuz, sırt ve iliak kanatların daha iyi değerlendirilebilmesi için hastanın kıyafetleri çıkartılmalıdır. Ekstremitelerin doğru değerlendirilebilmesi için pelvis yere paralel konumda olmalıdır. Hastaların alt ekstremitedeki uzunluk farkı kaybolduğundan oturtularak muayene edilmesi daha uygundur(30).

Skolyozda en çok kullanılan, posterior muayenede pratik bir test olan Adam's Öne Eğilme Testidir (Adams Forward Test=AFT). Hasta ayaktayken belden öne doğru eğilmesi istenir, hastanın arkasından ve yanından sırtındaki simetri değerlendirilir. Pelvis ve omuzlar yatay şekilde aynı seviyede olmalı, avuç içleri birbirine bakmalı kollar öne ve yere doğru uzanmalı, sırt yere paralel olmalıdır. Eğer hastada skolyoz mevcutsa omurga rotasyonuna bağlı olarak kostalarda hörgüç görünümü ve omurganın yana doğru asimetrik görüntüsü oluşur(31). Hastanın asimetrisi skolyometre ölçülebilir. Skolyometre gövde rotasyon açısını ölçen kolay uygulanabilen, ucuz ve güvenilir bir ölçüm aletidir. Skolyometre değeri 5 derecenin üzerinde ise hastanın belirli aralıklarla ölçümü yapılmalıdır. Skolyometrede 7 derecelik sapmalar Cobb açısında yaklaşık 20 dereceye denk olduğu görülmüştür(32).

Hastanın posteriorundan yapılan başka bir test ise Çekül testidir. C7 spinöz çıkıntıdan başlayıp aşağı yönde çizilen düz bir çekül çizgisinin alt ucunun normal postürde gluteal aralıktan geçmesi gerekir. Çizginin alt ucu sakrumdan 2 cm'den daha uzaksa omurga deformitesi düşünülmelidir(33).

2.6.Adölesan İdiyopatik Skolyozda Radyolojik Değerlendirme

Adölesan idiyopatik skolyozun derecelendirilmesinde birçok yöntem kullanılabilir ancak en başta tercih edilen yöntem Cobb yöntemidir. Cobb yöntemi için de kullanılan radyolojik görüntüleme direkt grafidir. Direkt grafi çekilirken hasta ayakta olmalı, proksimalinde servikal omurlar ve distalinde her iki femur başı olacak şekilde PA ve lateral skolyoz grafileri tanı için önemlidir. Bacak boyunda uzunluk farkı olması halinde kısa bacağın altına boyut farkı kadar yükselti konulmalı ya da hasta görüntüleme sırasında oturmalıdır(34).

Direkt grafi çekilirken AP yerine PA çekimin tercih edilmesinin sebebi meme, tiroid, kornea gibi dokulara X ışını maruziyetini 5-11 kat azaltmasıdır(35). X- ışını maruziyetinin azaltılması için yapılması gereken grafi çekiminin azaltılmasıdır. Hastalık progresyonu takibinde ek bir şikayet oluşmadıkça 6 aydan önce kontrol grafi çekilmemelidir(32).

2.7.Adölesan İdiyopatik Skolyozda Tedavi Seçenekleri

Adölesan idiyopatik skolyoz hastalarının tedavisinde amaç erken tanı koyup eğriliğin ilerlemesini önlemek ve postür bozukluğunun düzeltilmesini sağlamaktır. Tedavi prosedürü oluşturulurken eğriliğin şekli, konumu, ciddiyeti ile hastanın yaşı, cinsiyeti, kemik matürasyonu önemli bir rol oynar. Adölesan idiyopatik skolyoz hastalarının tedavi yönetiminde izlem, cerrahi ve cerrahi dışı yöntemler (ortez, fizyoterapi vb.) bulunmaktadır(36).

Adölesan idiyopatik skolyoz hastalarının çoğunda ilerleme ihtimali daha düşüktür. Hastalığın seyrinin değerlendirilmesinde kullanılan Cobb açısı eğer 10 derecenin altında ise sadece izlemle takibi yeterli olacaktır. İzlemlerde eğrilik derecesinde artış, tanı anında Cobb açısının derecesi daha yüksek olan hastalarda tedavi uygulanması daha doğru olacaktır. Cobb açısı 25 dereceden küçük ise iskelet matürasyonundan bağımsız takip ve özellikli egzersizler önerilmelidir. 15-25 derece arasındaki eğriliklerde 4-6 ay ara ile çekilen grafilerinde 5 dereceden fazla ilerleme mevcutsa gövde korsesi kullanımıyla egzersiz yapılması önerilmelidir. Takiplerde korse kullanımı olsa bile eğrilik derecesi 45 dereceyi geçerse (37).

Adölesan idiyopatik skolyoz hastalarının egzersiz planlamaları kişiye özel fizyoterapistler tarafından planlanmalıdır. Üç boyutlu omurga deformitesi olan hastanın postürünün düzeltilmesi ve düzeltilen postürün stabilizasyonu, günlük yaşamda da hayatının bir parçası olarak kullanması hedeflenmelidir(1).

Lyon, DoboMed, FED, SEAS (Scientific Exercise Approach to Scoliosis), BSPTS (Barcelona Scoliosis Physical Therapy School), Schroth gibi fizyoterapi programları mevcuttur. Schroth yöntemi içlerinde en sık kullanılanı olup 5 temel prensipten

oluşmaktadır. Bu prensipler; aksiyel elongasyon, derotasyon, defleksiyon, rotasyonel açısal solunum ve stabilizasyondur(38).

2.8. Çocuk ve Ergen İzleminde Adölesan İdiyopatik Skolyoz Hastalarının Yeri

Çocuk sağlığı ve ergen izlemi; tüm çocuklara verilmesi gereken çocuğun fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olup olmadığının değerlendirilmesidir(39).

7-9 yaş arası çocuk izlemleri yılda bir yapılmaktadır. Çocuğun tam bir sistematik muayenesi yapılır ve detaylı kas-iskelet muayenesi yapılmalıdır. Anneye ve/veya çocuğa fiziksel aktivite ile ilgili danışmanlık verilir(39).

10-14 yaş erken ergenlik dönemi, 15-18 yaş orta ergenlik dönemi, 19-21 yaş ise geç ergenlik dönemi olarak tanımlanmaktadır. 10-21 yaş aralığında her yıl izlem yapılması gerekmektedir. Ergen izleminde detaylı kas-iskelet muayenesi yapılıp fiziksel aktivite ile ilgili danışmanlık sağlanmalıdır(39).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli ve Evren

Araştırma, kesitsel analitik modelde tasarlanmış ve yürütülmüştür. Dokuz Eylül Üniversitesi Ortopedi Polikliniği'ne başvurmuş 8-18 yaş arasındaki adölesan idiyopatik skolyoz tanısı alan hastalar çalışmada değerlendirilecektir. Çalışma verileri Ekim 2023-Aralık 2023 tarihleri arasında telefon ile anket formu uygulanarak toplanmıştır.

Araştırmanın evrenini; Dokuz Eylül Üniversitesi Ortopedi Polikliniği'ne başvuran 8-18 yaş arasında adölesan idiyopatik skolyoz tanısı alan hastalar oluşturmaktadır.

3.1.1. Dahil edilme kriterleri

- 8-18 yaş arasında adölesan idiyopatik skolyoz tanısı almış olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

3.1.2. Hariç bırakılma kriterleri

- Birinci basamak hizmetini kullanmamak
- Omurga sağlığını etkileyen çeşitli organik sebeplerin eşlik etmesi
- İletişim problemi bulunması

3.2. Örneklem Sayı ve Yöntemi

Bu çalışmanın evreni, Dokuz Eylül Üniversitesi Ortopedi Polikliniği'ne başvuran 8-18 yaş arasında adölesan idiyopatik skolyoz tanısı alan hastalar oluşturmaktadır. Örneklem sayısı; güven düzeyi %95, hata payı %5, prevelans %5,2 alınıp OpenEpi programı kullanılarak 76 kişi olarak hesaplanmıştır.

Dokuz Eylül Üniversitesi Ortopedi Polikliniği'ne başvuran 8-18 yaş arasında adölesan idiyopatik skolyoz tanısı alan hastalar gönüllülük çerçevesinde çalışmaya dahil edilmiştir.

3.2.1. Örneklem Yöntemi

Dokuz Eylül Üniversitesi Ortopedi Polikliniği'ne başvuran 8-18 yaş arasında adölesan idiyopatik skolyoz tanısı alan hastalar; hasta kayıt listesinden rastgele sayılar tablosuna göre seçilip hasta kartlarındaki kayıtlı telefon numaralarından ulaşılarak aranmış olup, gönüllülük esasına göre çalışmaya dahil edilmiştir.

3.2.2. Veri Toplama Yöntemi

Katılımcılara hasta kartındaki telefon numaralarından ulaşılarak literatüre uygun hazırlanmış veri toplama formu ve PCAS ölçeği anketindeki sorular gönüllülük esasına dayanarak sorulmuştur.

3.3.Veri Toplama Araçları

Veri toplamada, araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik ve araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan 'Veri Toplama Formu' ve 'Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS)' kullanılmıştır.

3.3.1.Veri Toplama Formu

Araştırmanın amacına uygun literatür bilgisi doğrultusunda hazırlanmış olup, katılımcıların tanıtıcı bilgilerini içermektedir. Bilgi formunda katılımcıların yaşı, cinsiyeti, skolyoz tanı tarihi, skolyoz tanısını hangi sağlık kuruluşunda aldığı, skolyoz tanısının hangi bölüm doktoru tarafından konulduğu, skolyoz tanısı aldığı dönemde herhangi bir yakınmasının olup olmadığı, ailede başka skolyoz tanısı alanın olup olmadığı, birinci basamak hekimine hangi sıklıkla başvurduğu, birinci basamak hekimine bel ağrısı/sırt ağrısı şikayeti ile başvurup başvurmadığı, birinci basamak hekimi tarafından bu şikayetlere yönelik muayene edilip edilmediği, birinci basamak hekimi tarafından skolyoz olabileceği hakkında bilgilendirme yapılıp yapılmadığı, birinci basamak hekiminin skolyoz için bir üst basamağa yönlendirip yönlendirmediği, birinci basamak hekiminin skolyoz için egzersiz önerisinde bulunup bulunmadığı, tanı aldıktan sonra birinci basamak hekiminden skolyoz için tedavi önerisi alıp almadıkları, skolyoz tanı ve tedavi sürecinde birinci basamak hekiminden yeterli desteği görüp görmediği konularında bilgi alınmasını sağlayan 13 adet soru bulunmaktadır.

3.3.2. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS) Anketi

ABD'nin Massachusetts Eyaletinin başkenti Boston'da 6094 kişiden oluşan bir grup üzerinde yapılan araştırmalar sonucunda geliştirilen ve uluslararası geçerlilik çalışmalarına tabi tutulan PCAS (Primary Care Assessment Survey) birinci basamak

sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan bir ölçek olup, bu hizmetleri değerlendirmek için kullanılmaktadır(40).

Türkiye'de Lağarlı ve arkadaşlarının gerçekleştirmiş olduğu geçerlilik-güvenilirlik çalışması 2007 yılında Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde uygulanmıştır(41). Cronbach alfa değeri 0,80-0,90 şeklinde hesaplanmıştır. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS) orijinal halinde 33 adet ana sorunun alt tabakasında 83 adet soru anketin içerisinde yer almaktadır. Bu sorular sağlık hizmeti alanların hizmeti değerlendirmesine yöneliktir. Ölçekte yer alan 49 soru boyutları sorgulamakta ve skorlamaya katılmaktadır; 34 soru ise katılmamaktadır. Ölçekteki 11 alt boyut uluslararası geçerlilik çalışmasında 7 boyuta indirgenmiştir(42). Bu yapısal özet boyutları tamamlayan alt boyutlar, ulaşılabilirlik, süreklilik, kapsayıcılık ve eşgüdüm olup, hekim-hasta ilişkisi özet boyutunu tamamlamak için kişisel yaklaşım, hizmet memnuniyeti ve güven alt boyutlarını içerir.

Tablo 1. Birinci Basamak Değerlendirme Anketi (PCAS) Alt Boyutları

Alt Boyutlar (11)	Boyutlar (7)	Özet Boyutlar (2)
1.Finansal Ulaşılabilirlik	1.Ulaşılabilirlik	1.Yapısal Özet Boyut
2.Örgütsel Ulaşılabilirlik		
3.Boylamsal Süreklilik	2.Süreklilik	
4.Hekim Temelli Süreklilik		
5.Hastanın Bütüncül Bilgisi	3.Kapsayıcılık	
6.Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık		
7.Eşgüdüm	4.Eşgüdüm	
8.İletişim	5.Hizmet Memnuniyeti	2.Hekim-Hasta İlişkisi Özet Boyutu
9.Fiziksel Bakı		
10.Kişisel Yaklaşım	6.Kişisel Yaklaşım	

11.Güven	7.Güven	

PCAS indirgenmiş 7 alt boyutun tanımı aşağıda belirtilmiştir:

1. Ulaşılabilirlik: Hekime muayene olmak için yapılan başvuruları ve birinci basamakta uygulanan tedavilerin ücretlerini değerlendirmek, hekime her an internet telefon veya herhangi bir yol ile randevu alabilme ve danışmanlık hizmeti alabilme hizmetinin değerlendirilmesi, hekiminin bulunduğu kurumun hastanın kendi yerleşim yerine olan konuma ulaşımının değerlendirilmesi, birinci basamak sağlık kuruluşunun hizmet üzere olduğu süreçlerin ve gün içerisindeki sürelerin değerlendirilmesi.

2. Süreklilik: Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurmakta olan hastanın hekiminin kayıt sisteminde yer aldığı süre boyunca ilgili sağlık kurumunda gerçekleştirilen var olan rutin muayeneleri ve kendisinin veya yakınının hastalığı için alınmış randevularda düzenli doktoru tarafından ne kadar sıklıkla karşılaştığının değerlendirilmesi.

3. Kapsayıcılık: İlgili hekimin hastasının var olan hastalıklarının, özgeçmişinin, soy geçmişinin, ev ve işteki sorumlulukları, başlıca biyolojik ve psikolojik sorunları, bireyin inanç ve değerlerine olan yaklaşımının değerlendirilmesi ve genel olarak hekimin sunmuş olduğu birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi.

4. Eşgüdüm: Aile hekimliğinden sevk edilen hastanın ayaktan ya da yatarak tedavilerinde; uzman hekim/hekimlerce yapılan muayene ve laboratuvar sonuçlarının, aile hekimliğinde kayıtlara işlenmesi ve bu bilginin koordinasyonunda birinci basamak hekiminin rolünün değerlendirilmesi.

5. Hizmet memnuniyeti: Hekimin hastanın sorularına gösterdiği dikkat, yaptığı açıklama ve önerilerin yeterince anlaşılır olması, hastanın sağlığı ile ilgili verilen kararlarda desteği ve düzenli hekiminin yaptığı fizik bakının yeterliliğinin değerlendirilmesi.

6. Hekimin kişisel yaklaşımı: Hekimin sabrı, dostluğu, nazikliği, ilgisi, bakımı ve hastaya ayırdığı zamanın değerlendirilmesi.

7. Güven: Birinci basamak hekiminin dürüstlüğünün, yeterliliğinin ve tıbbi bakım sürecinde hasta adına karar verebilme yetkisinin değerlendirilmesi PCAS soruları altılı likert tipindedir.

PCAS anketinde En küçük değer 1, en yüksek değer 6 olarak değerlendirilmiştir ve puan arttıkça özelliğin daha iyi olduğu anlatılmaktadır. 7 soruda sorunun soruluş biçimi/şıkların sıralanış biçimi sebepleriyle skor tersine çevrilmelidir. (Soru numarası: 14a, 15a, 23a, 23c, 23e, 23f, 26). Bu sorular anket formunda 1 puan en olumlu, 6 puan en olumsuz olarak düzenlenmiştir. 8 sorunun ise (21a, 21b, 21c, 21d, 21e, 21f, 21g, 26) değerleri düzenlenmelidir. Örneğin 21. Soru koruyucu hizmetleri sorgulamaktadır ve evet cevabı için 100 hayır cevabı için 0'a dönüşüm yapılmıştır. Boyutları oluşturan soruların puanları toplanarak boyut puanları hesaplanmıştır. Elde edilen bu puan 0-100 puan sistemine dönüştürülmüş, dönüşümde PCAS skorlama rehberinde verilen formül kullanılmıştır. Dönüşüm puanı = (alınan puan – minimum puan) x100/ (maximum-min puan farkı)

PCAS Boyutları ve Soruların İçerikleri aşağıda belirtildiği şekildedir:

1.Boyut

Finansal ulaşılabilirlik

FINU1 (S11b): Muayene için doktora ödediğiniz parayı nasıl değerlendirirsiniz?

FINU2 (S12b): İlaç tedavisi ve önerilen diğer tedaviler için harcadığınız para miktarını nasıl değerlendirirsiniz?

2.Boyut

Örgütsel ulaşılabilirlik

ORGU1 (S9b): Doktorunuzdan randevu alabilme sürenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

ORGU2 (S10b): Muayene olmadan önce bekleme süresini nasıl değerlendirirsiniz?

ORGU3 (S13a): Telefon aracılığıyla ulaşabilmek konusunda doktorunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

ORGU4 (S13b): Telefon aracılığıyla tıbbi yardım alabilmek konusunda doktorunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

ORGU5 (S7b): Evinizden doktorunuzun çalıştığı yere ulaşabilme kolaylığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

ORGU6 (S8b): Doktorunuzun sağlık hizmeti verdiği saatleri nasıl değerlendirirsiniz?

3.Boyut

Boylamsal süreklilik

BS (S2): Doktorunuzun ne zamandan beri sizin doktorunuz olduğunu belirtir misiniz?

4.Boyut

Hekim temelli süreklilik

HTS1 (S14a): Düzenli kontrolleriniz veya genel muayene (çekap) için gittiğinizde kendi doktorunuzu görebiliyor musunuz?

HTS2 (S15a): Hastalandığınız zaman gittiğinizde kendi doktorunuza muayene olabiliyor musunuz? (Yardımcı sağlık personeli ya da yerine bakan başka bir doktoru değil)

5.Boyut

Hastanın bütüncül bilgisi

HBB1 (S26): Komaya girer ya da bilinç kaybı yaşarsam doktorum benim için tıbbi olarak ne yapılmasını isteyeceğimi bilir?

HBB2 (S25a): Doktorunuzun tıbbi özgeçmişiniz ile ilgili bilgisini nasıl değerlendirirsiniz?

HBB3 (S25b): Doktorunuzun ev ve iş yerindeki sorumluluklarınız ile ilgili bilgisini nasıl değerlendirirsiniz?

HBB4 (S25c): Doktorunuzun tıbbi olarak sizi endişelendirecek durumlar ile ilgili bilgisini nasıl değerlendirirsiniz?

HBB5 (S25d): Doktorunuzun inanç ve kültürel değerleriniz ile ilgili bilgisini nasıl değerlendirirsiniz?

6.Boyut

Koruyucu hizmetler ve danışmanlık

KOHD1 (S21a): Doktorumla sigara içme ilgili konuştuk.

KOHD2 (S21b): Doktorumla alkol kullanma ile ilgili konuştuk.

KOHD3 (S21c): Doktorumla aile planlaması hakkında konuştuk.

KOHD4 (S21d): Doktorumla sağlıklı beslenme ile ilgili konuştuk.

KOHD5 (S21e): Doktorumla egzersiz yapma hakkında konuştuk.

KOHD6 (S21f): Doktorumla sağlıklı cinsel ilişki yönetimi hakkında konuştuk.

7.Boyut

Eşgüdüm

EŞG1 (S31a): Doktorunuzun gideceğiniz uzman hekimi seçmedeki yardımını nasıl değerlendirirsiniz?

EŞG2 (S31b): Doktorunuzun uzman hekimden randevu almada yardımını nasıl değerlendirirsiniz?

EŞG3 (S31c): Doktorunuzun uzman hekim tarafından tedavi edilirken hastalığınız ve tedavinize ilgisini nasıl değerlendirirsiniz?

EŞG4 (S31d): Doktorunuzun diğer uzman hekimlerle iletişimini nasıl değerlendirirsiniz?

EŞG5 (S31e): Doktorunuzun uzman hekimlerin verdiği öneri ve tedavileri anlayabilmen konusunda yardımını nasıl değerlendirirsiniz?

EŞG6 (S31f): Doktorunuzun sizi gönderdiği diğer uzmanların kalitesini nasıl değerlendirirsiniz?

8.Boyut

Fiziksel bakı

FM1 (S16a): Doktorunuzun yaptığı fizik muayeneyi nasıl değerlendirirsiniz?

9.Boyut

İletişim

İLT1 (S17a): Doktorunuzun şikayetinizle ilgili sorduğu soruların yeterliliğini nasıl değerlendirirsiniz?

İLT2 (S17b): Doktorunuzun anlattıklarınızla ilgili dikkatini nasıl değerlendirirsiniz

İLT3 (S17c): Doktorunuzun sağlık sorunlarınızı ve tedavilerini açıklamasını nasıl değerlendirirsiniz

İLT4 (S17d): Doktorunuz sizi uzmana sevk ettiğinde hazırladığı raporları nasıl değerlendirirsiniz

İLT5 (S17e): Doktorunuzun sağlığınızla ilgili karar verme konusunda yardım ve önerilerini nasıl değerlendirirsiniz

İLT6 (S18): Doktorunuzun yanından sorularınıza yanıt alamadan ayrıldığınız olur mu?

10.Boyut

Kişisel yaklaşım

KŞSY1 (S19a): Doktorunuzun size ayırdığı zamanı nasıl değerlendirirsiniz?

KŞSY2 (S19b): Doktorunuzun sorularınız ve endişelerinize gösterdiği sabrı nasıl değerlendirirsiniz?

KŞSY3 (S19c): Doktorunuzun size karşı dostluk ve yakınlığını nasıl değerlendirirsiniz?

KŞSY4 (S19d): Doktorunuzun size ilgisi ve bakımını nasıl değerlendirirsiniz?

KŞSY5 (S19e): Doktorunuzun size karşı saygısını nasıl değerlendirirsiniz?

11.Boyut

Güven

GVN1 (S23a) Doktoruma her şeyi anlatabilirim.

GVN2 (S23b) Doktorum bazen tam olarak emin olmadığı şeyleri biliyormuş gibi yapar.

GVN3 (S23c) Tıbbi bakımım konusunda doktorumun vereceği kararlara tam olarak güvenirim.

GVN4 (S23d) Doktorum benim sağlığım için gerekenleri yaparken maliyeti düşük tutmaya çok dikkat eder.

GVN5 (S23e) Doktorum sağlığımla ilgili kötü bile olsa her zaman gerçeği söyler

GVN6 (S23f) Doktorum sağlığıma benim kadar dikkat eder.

GVN7 (S23g) Doktorum sağlığımla ilgile hata yaptığında benden saklamaya çalışır.

GVN8 (S24) Bütün etkenleri göz önünde bulundurarak güven konusunda doktoruna on üzerinden kaç puan verirsin.

3.4. Veri toplanması ve Araştırmanın Yürütülmesi

Çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi Ortopedi Polikliniği'ne başvurmuş 8-18 yaş arasında adölesan idiyopatik skolyoz tanısı almış hasta popülasyonu üzerinde yürütülmüştür. Çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalara, sosyodemografik özellikleri içeren 13 soruluk veri toplama formu ve Birinci Basamak Değerlendirme Anketi (PCAS) soruları telefonla görüşme yöntemi şeklinde anket soruları yöneltilerek araştırmayı üstlenen araştırmacının kendisi tarafından uygulanmıştır.

3.5.Veri Analizi

Tüm veriler, IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Statistics V29.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tüm veriler için tanımlayıcı analizler yapılmıştır. Verilerin normal dağılıma uyup uymadığını değerlendirme amacıyla Kolmogorov-Smirnov testi yapılmıştır. PCAS'ın alt boyutlarından olan örgütsel ulaşılabilirlik ve iletişim hariç tüm veriler normal dağılıma uygun saptanmamıştır. Normal dağılıma uyan değişkenler için bağımsız örneklemler student t-testi ve tek

yönlü ANOVA analizi kullanılmıştır. Normal dağılıma uymayan değişkenler için Mann Whitney-U ve Kruskal Wallis analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir. (Tablo 2)

Tablo 2. Bağımlı ve bağımsız değişkenler için kullanılacak analizler

Bağımsız Değişkenler	Bağımlı Değişkenler	Analizler
Demografik veriler	PCAS Ölçeği Skoru	Mann Whitney-U Kruskal Wallis
Veri Toplama Formu Verileri		Tek Yönlü ANOVA Student t Testi

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

4.1.1. Sosyodemografik Değişkenler ve Veri Formu

Dokuz Eylül Üniversitesi Ortopedi Polikliniği'ne başvuran 8-18 yaş aralığında adölesan idiyopatik skolyoz tanısı alan 150 kişinin sosyodemografik özelliklerine ilişkin veriler yer almaktadır.

Katılan hastaların yaş ortalaması ise 18,09±4,34 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların cinsiyet dağılımına göre incelendiğinde, toplam 150 katılımcının %69,3'ü (104 kişi) kadın ve %30,7'si (46 kişi) erkektir. Katılımcıların yaş dağılımına göre incelenmesi sonucunda erken başlangıçlı skolyozu olanlar 8-10 yaş aralığında 56 kişi (%37,3), 11-18 yaş aralığında geç başlangıçlı skolyoz tanılı 94 kişi (%62,7) bulunmaktadır (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Değişken	Kategori	n	%
Yaş (Ortalama ± SD)		18.09 ± 4.34	
Tanı Yaşı (Ortalama ± SD)		11.47 ± 0.19	
Cinsiyet	Erkek	46	30,7
	Kadın	104	69,3
Skolyoz Tanı Durumu	Erken Başlangıç	56	37,3
	Geç Başlangıç	94	62,7

Skolyoz tanısının ilk hangi branş hekimi tarafından konulduğu ile ilgili soruda katılımcıların % 68,0' inde (n=102) tanı Ortopedi hekimleri tarafından konulmuştur. Katılımcıların %21,3'ünde (n=32) ise Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon hekimleri tarafından tanı konulmuştur. Katılımcıların %10,7'sinde (n=16) tanı Aile hekimleri tarafından konulmuştur.

Katılımcılar arasında skolyoz tanısını birinci basamakta alanlar %10,7 (n=16)' sini oluşturmaktadır. Katılımcıların geriye kalan %89,3'ü (n=134) tanıyı birinci basamak dışındaki hastanelerde almıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Skolyoz Tanı Alma Sürecinde Hekim ve Sağlık Kurumu Durumu

	Kategori	n	%
Skolyoz Tanısı İlk Hangi Branş Hekimi Tarafından Konuldu?	Aile Hekimi	16	10,7
	Ortopedi	102	68,0
	FTR	32	21,3
Tanıyı Hangi Sağlık Kuruluşunda Aldınız?	Aile Sağlığı Merkezi	16	10,7
	Hastane	134	89,3

Skolyoz tanısı alırken aktif şikâyet durumu sorgulandığında katılımcıların %46,0'sı (n=69) şikayetlerinin olduğunu belirtmiş olup, %54,0 (n=81) katılımcının herhangi bir şikâyeti bulunmamıştır.

Ailede skolyoz tanısı almış başka bireylerin varlığı sorgulandığında katılımcıların %30,0'ında (n=45) aile öyküsünün olduğu bulunmuş %70,0'ında (n=105) aile öyküsü bulunmamıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Skolyoz Tanısı Alırken Şikâyet Durumu ve Aile Öyküsü

Değişken	**Kategori**	**n**	**%**
Skolyoz Tanısı Aldığınızda Herhangi Bir Yakınmanız Var Mıydı?	Evet	69	46.0
	Hayır	81	54.0
Ailenizde Başka Skolyoz Tanısı Alan Var mı?	Evet	45	30.0
	Hayır	105	70.0

Katılımcıların aile hekimlerine başvuru sıklıklarına bakıldığında %5,3'ünün (n=8) çok sık başvurduğu, %84,0'ının (n=126) hasta oldukça başvurduğu, %10,7'sinin (n=16) sık başvurmadığı bulunmuştur.

Katılımcıların birinci basamağa bel ağrısı ya da sırt ağrısı nedeniyle başvurularına bakıldığında %11,3'ü (n=17) şikayetleri olması nedeniyle başvurmuş, %88,7'si (n=133) şikayetleri olmadığı için başvurmadığını belirtmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Aile Hekimine Başvuru Sıklıkları ve Ağrı Şikâyeti Durumları

	Kategori	**n**	**%**
Aile Hekiminize Ne Sıklıkla Başvurursunuz?	Çok Sık	8	5.3
	Bazen	126	84.0
	Sık Değil	16	10.7
Birinci Basamağa Hiç Bel Ağrısı/ Sırt Ağrısı Şikâyeti ile Başvurdunuz mu?	Evet	17	11.3
	Hayır	133	88.7

Katılımcıların %14,7'si (n=22) birinci basamakta skolyoz tanısı için muayene edilmiş, %85,3'ü (n=128) muayene edilmediğini belirtmiştir. Birinci basamakta katılımcılara skolyoz olabilme ihtimalinden bahsedilen katılımcıların oranı %14,7 (n=22) ve bu ihtimalden bahsedilmeyen katılımcıların oranı %85,3 (n=128) olarak bulunmuştur. Birinci basamakta skolyoz tanısı için bir üst basamağa sevk edilen katılımcılar %14,7 (n=22) ve sevk edilmeyen katılımcılar %85,3 (n=128) olarak bulunmuştur (Tablo 7).

Tablo 7. Birinci Basamakta Skolyoz Muayenesi Durumu

	Kategori	**n**	**%**
Birinci Basamakta Skolyoza Yönelik Muayene Edildiniz mi?	Evet	22	14.7
	Hayır	128	85.3
Birinci Basamakta Size Skolyoz Olabileceğinizden Bahsedildi mi?	Evet	22	14.7
	Hayır	128	85.3
Birinci Basamakta Skolyoz İçin Bir Üst Basamağa Sevk Edildiniz Mi?	Evet	22	14,7

Birinci basamakta skolyoz tanısı sonrası egzersiz önerisi alan katılımcı oranı %19,3 (n=29) ve öneride bulunulmayan katılımcı %80,7 (n=121) olarak bulunmuştur. Skolyoz tanısı aldıktan sonra birinci basamakta tedavi önerisi alan katılımcı oranı %18,7 (n=28) , tedavi önerisi almayan katılımcılar %81,3 (n=122) olarak bulunmuştur. Katılımcılardan birinci basamakta skolyoz hastalıkları boyunca tanı-tedavi sürecinde yeterli desteği gördüğünü düşünenler %19,3 (n=29) olarak bulunmuştur, yeterli desteği görmediğini düşünenler %80,7 (n=121) olarak bulunmuştur (Tablo 8).

Tablo 8. Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi Süreci

	Kategori	n	%
Birinci Basamakta Skolyoz için Egzersiz Önerisinde Bulunuldu mu?	Evet	29	19.3
	Hayır	121	80.7
Skolyoz Tanısı Aldıktan Sonra Tedavi Önerisi Aldınız mı?	Evet	28	18.7
	Hayır	122	81.3
Birinci Basamakta Tanı-Tedavi Sürecinde Yeterli Desteği Gördüğünüzü Düşünüyor Musunuz?	Evet	29	19.3
	Hayır	121	80.7

4.1.2. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS) Anketi

Finansal Ulaşılabilirlik

Finansal Ulaşılabilirlik puanı, ortalama 52.53 ± 22.44, medyan 50.00, 10.00 ile 100.00 arasında bir minimum ve maksimum değere, ve 30.00'lik bir çeyrekler arası aralığa sahip bulunmuştur. Kolmogorov- Smirnov testi, normallikten anlamlı bir sapma göstermiştir($p<0.001$) (Tablo 9).

Örgütsel Ulaşılabilirlik

Örgütsel ulaşılabilirlik için ortalama 58.56 ± 18.58**,** medyan 60.00, minimum ve maksimum değerler 16.67 ve 96.67, çeyrekler arası aralık 26.67 bulunmuştur. Bu puan türü, normallikten anlamlı bir sapma göstermemiştir. ($p = 0.085$) (Tablo 9).

Boylamsal Süreklilik

Boylamsal Süreklilik puanı, ortalama 78.50 ± 19.86, medyan 75.00 ve 50.00 ile 100.00 arasında değişen değerlerde; çeyrekler arası aralık 50.00 olarak bulunmuştur. Kolmogorov-Smirnov testi, normallikten anlamlı bir sapma göstermiştir ($p < 0.001$) (Tablo 9).

Hekim Temelli Süreklilik

Hekim temelli süreklilik ortalama 66.00 ± 19.80 ve medyan 60.00 değerlerine sahiptir; değerler 30.00 ile 100.00 arasında değişirken, çeyrekler arası aralık 30.00 bulunmuştur. Bu puan türü de normallikten anlamlı şekilde sapmış ($p < 0.001$) (Tablo 9).

Hastanın Bütüncül Bilgisi

Hastanın bütüncül bilgisi ortalama 51.12 ± 21.82, medyan 47.00 ve 13.00 ile 100.00 arasında değerler ile çeyrekler arası aralık 34.00 olarak bulunmuştur. Normallik testi anlamlı bir sapma göstermiştir ($p < 0.001$) (Tablo 9).

Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık

Koruyucu hizmetler ve danışmanlık puanı ortalama 44.48 ± 34.90, medyan 42.86, minimum 0.00 ve maksimum 100.00 ile çeyrekler arası aralık 57.14 değerinde bulunmuştur. Bu puan türü, normallikten anlamlı şekilde sapma göstermiştir ($p < 0.001$) (Tablo 9).

Eşgüdüm

Eşgüdüm için ortalama 48.71 ± 18.61, medyan 46.67, minimum 6.67 ve maksimum 93.33 ile çeyrekler arası aralık 20.00 değerinde bulunmuştur. Kolmogorov-Smirnov testi sonucu anlamlı bir sapma göstermiştir ($p < 0.001$) (Tablo 9).

Fiziksel Bakı

Fiziksel bakı ortalama 54.40 ± 23.19, medyan 60.00 ve 0.00 ile 100.00 arasında bir tam aralık ile çeyrekler arası aralık 20.00 değerine sahip bulunmuştur. Normallik testi anlamlı bir sapma göstermiştir ($p < 0.001$) (Tablo 9).

İletişim

İletişim ortalama 60.00 ± 22.09 ve medyan 63.33, 13.33 ile 100.00 arasında değerler ile çeyrekler arası aralık 33.33 değerinde bulunmuştur. Kolmogorov-Smirnov testi sonucu ($p = 0.086$), normallikten anlamlı bir sapma göstermemiştir (Tablo 9).

Kişisel Yaklaşım

Kişisel yaklaşım ortalama 59.89 ± 24.47, medyan 60.00, minimum ve maksimum 8.00 ile 100.00 ve çeyrekler arası aralık 36.00 ile normallikten anlamlı şekilde sapmıştır (p = 0.002) (Tablo 9).

Güven

Güven ortalama 62.52 ± 12.13, medyan 62.50, minimum 37.50 ve maksimum 93.75 ile çeyrekler arası aralık 18.75 değerinde bulunmuştur. Kolmogorov-Smirnov testi anlamlı bir sapma göstermiştir (p = 0.007), bu da normallikten sapmayı işaret etmiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların PCAS Puanları

Değişken	Ortalama ± SS	Medyan	Min.	Max.	Çeyrekler Açıklığı	Kolmogorov-Smirnov (p)
Finansal Ulaşılabilirlik	52.53 ± 22.44	50.00	10.00	100.00	30.00	<0,001
Örgütsel Ulaşılabilirlik	58.56 ± 18.58	60.00	16.67	96.67	26.67	0,085
Boylamsal Süreklilik	78.50 ± 19.86	75.00	50.00	100.00	50.00	<0,001
Hekim Temelli Süreklilik	66.00 ± 19.80	60.00	30.00	100.00	30.00	<0,001
Hastanın Bütüncül Bilgisi	51.12 ± 21.82	47.00	13.00	100.00	34.00	<0,001
Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık	44.48 ± 34.90	42.86	0.00	100.00	57.14	<0,001
Eşgüdüm	48.71 ± 18.61	46.67	6.67	93.33	20.00	<0,001

Fiziksel Bakı	54.40 ± 23.19	60.00	0.00	100.00	20.00	<0,001
İletişim	60.00 ± 22.09	63.33	13.33	100.00	33.33	0,086
Kişisel Yaklaşım	59.89 ± 24.47	60.00	8.00	100.00	36.00	0,002
Güven	62.52 ± 12.13	62.50	37.50	93.75	18.75	0,007

PCAS: Primary Care Assessment Survery

4.2. Analitik Bulgular

4.2.1. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS) Anketi ile Veri Toplama Formunun Değerlendirilmesi

Skolyoz hastaları tanı alma yaşlarına göre erken başlangıçlı ve geç başlangıçlı olarak kategorize edilmiştir. Finansal ulaşılabilirlik, boylamsal süreklilik, hekim temelli süreklilik, koruyucu hizmetler ve danışmanlık, eşgüdüm, güven puanlarında erken başlangıç ve geç başlangıç puan türleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır **(p> 0,05).**

Hastanın bütüncül bilgisi puanı ile erken başlangıç ve geç başlangıç puanı arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur **(p=0.020).** Hastanın bütüncül bilgisi puanı erken başlangıçlıda ortalama 42.00, geç başlangıçlıda 52.00 olarak bulunmuştur. MannWhitney U testi ortalaması 2033.50 olarak bulunmuştur.

Fiziksel bakının erken başlangıçlı tanı almadaki puan ortalaması 50.00, geç başlangıçlı tanı almadaki puan ortalaması 60.00 olarak bulunmuştır. Mann-Whitney U testi ortalaması 2142.50 olarak saptanmıştır. Fiziksel bakının puanı ile erken başlangıç ve geç başlangıç puanı arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur **(p=0.048).**

Kişisel yaklaşımın erken başlangıçlı tanı almadaki puan ortalaması 52.00, geç başlangıçlı tanı almadaki puan ortalaması 60.00 olarak saptanmıştır. Mann-Whitney U testi ortalaması 1922.00 olarak bulunmuştur. Kişisel yaklaşım puanının erken başlangıç ve geç başlangıç puanı arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır **(p=0.006).** (Tablo 10)

Tablo 10. Skolyoz Başlangıç Durumunun PCAS ile değerlendirilmesi

	Puan Türü	**Grup**	**Medyan**	**Mann-Whitney U**	**Anlamlılık (p)**
Skolyoz Başlangıç Durumu	**Finansal Ulaşılabilirlik**	Erken Başlangıç	45.00	2398.50	0.358
		Geç Başlangıç	50.00		
	Boylamsal Süreklilik	Erken Başlangıç	75.00	2243.50	0.107
		Geç Başlangıç	75.00		
	Hekim Temelli Süreklilik	Erken Başlangıç	60.00	2438.50	0.446
		Geç Başlangıç	60.00		
	Hastanın Bütüncül Bilgisi	Erken Başlangıç	42.00	2033.50	**0.020**
		Geç Başlangıç	52.00		
	Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık	Erken Başlangıç	28.57	2408.50	0.380
		Geç Başlangıç	42.86		

	Eşgüdüm	Erken Başlangıç	46.67	2421.00	0.410
		Geç Başlangıç	46.67		
	Fiziksel Bakı	Erken Başlangıç	50.00	2142.50	**0.048**
		Geç Başlangıç	60.00		
	Kişisel Yaklaşım	Erken Başlangıç	52.00	1922.00	**0.006**
		Geç Başlangıç	60.00		
	Güven	Erken Başlangıç	59.38	2222.50	0.110
		Geç Başlangıç	65.63		

Skolyoz tanısının ilk hangi branş hekimi tarafından konulduğuna yönelik yöneltilen soruda aile hekimi, ortopedi uzmanı, FTR uzmanı hekimleri ile PCAS ölçeği alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. **(p>0,05)** (Tablo 11)

Tablo 11. Skolyoz Tanısını Koyan Hekimlerin PCAS ile değerlendirilmesi

	Puan Türü	**Grup**	**Medyan**	**Kruskal-Wallis H**	**Anlamlılık (p)**
Skolyoz Tanısı İlk Hangi Branş Hekimi Tarafından Konuldu?	**Finansal Ulaşılabilirlik**	Aile Hekimi	50.00	0.036	0.982
		Ortopedi	50.00		
		FTR	50.00		

	Boylamsal Süreklilik	Aile Hekimi	75.00	0.236	0.889
		Ortopedi	75.00		
		FTR	75.00		
	Hekim Temelli Süreklilik	Aile Hekimi	60.00	4.377	0.112
		Ortopedi	60.00		
		FTR	60.00		
	Hastanın Bütüncül Bilgisi	Aile Hekimi	47.00	2.190	0.335
		Ortopedi	60.00		
		FTR	60.00		
	Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık	Aile Hekimi	42.86	5.389	0.068
		Ortopedi	47.00		
		FTR	47.00		
	Eşgüdüm	Aile Hekimi	46.67	2.652	0.266
		Ortopedi	46.67		
		FTR	46.67		
	Fiziksel Bakı	Aile Hekimi	60.00	1.412	0.494
		Ortopedi	60.00		
		FTR	60.00		
	Kişisel Yaklaşım	Aile Hekimi	60.00	1.557	0.459
		Ortopedi	60.00		

		FTR	60.00		
	Güven	Aile Hekimi	60.00	3.619	0.164
		Ortopedi	60.00		
		FTR	60.00		

Birinci basamakta (ASM) tanı konulan hastalar ile hastanede (Hastane) tanı konulan hastalar arasındaki çeşitli değişkenlerin medyan puanlarındaki farklılıkları değerlendirmek için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Analiz edilen değişkenler; finansal ulaşılabilirlik, boylamsal süreklilik, hekim temelli süreklilik, hastanın bütüncül bilgisi, koruyucu hizmetler ve danışmanlık, eşgüdüm, fiziksel bakı, kişisel yaklaşım ve güvendir. (Tablo 12)

Tablo 12. Skolyoz Tanısını Farklı Sağlık Kuruluşunda Alan Hastaların PCAS ile değerlendirilmesi

	Puan Türü	**Grup**	**Medyan**	**Mann-Whitney U**	**Anlamlılık (p)**
Tanıyı Hangi Sağlık Kuruluşunda Aldınız?	**Finansal Ulaşılabilirlik**	ASM	50.00	1056.00	0.921
		Hastane	50.00		
	Boylamsal Süreklilik	ASM	75.00	1002.00	0.649
		Hastane	75.00		
	Hekim Temelli Süreklilik	ASM	60.00	850.00	0.170
		Hastane	60.00		

	Hastanın Bütüncül Bilgisi	ASM	47.00	846.50	0.169
		Hastane	60.00		
	Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık	ASM	42.86	732.00	0.036
		Hastane	47.00		
	Eşgüdüm	ASM	46.67	979.50	0.572
		Hastane	46.67		
	Fiziksel Bakı	ASM	60.00	885.00	0.236
		Hastane	60.00		
	Kişisel Yaklaşım	ASM	60.00	894.00	0.277
		Hastane	60.00		
	Güven	ASM	60.00	767.50	0.063
		Hastane	60.00		

Şikâyeti olduğunu bildiren (Evet) ve şikâyeti olmadığını bildiren (Hayır) hastalar arasında çeşitli değişkenlerin medyan puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olup olmadığını değerlendirmek için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Analiz edilen değişkenler; finansal ulaşılabilirlik, boylamsal süreklilik, hekim temelli süreklilik, hastanın bütüncül bilgisi, koruyucu hizmetler ve danışmanlık, eşgüdüm, fiziksel bakı, kişisel yaklaşım ve güvendir. Şikâyeti olduğunu bildiren (Evet) ve şikâyeti olmadığını bildiren (Hayır) hastalar arasında analiz edilen değişkenlerin medyan puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. (Tablo 13)

Tablo 13. Skolyoz Tanısı Alırken Şikâyeti Olan Hastaların PCAS ile değerlendirilmesi

Puan Türü	**Grup**	**Medyan**	**Mann-Whitney U**	**Anlamlılık (p)**

Skolyoz tanısı aldığınızda herhangi bir yakınmanız var mıydı?	**Finansal Ulaşılabilirlik**	Evet	50.00	2543.50	0.338
		Hayır	50.00		
	Boylamsal Süreklilik	Evet	75.00	2661.50	0.593
		Hayır	75.00		
	Hekim Temelli Süreklilik	Evet	60.00	2463.00	0.205
		Hayır	60.00		
	Hastanın Bütüncül Bilgisi	Evet	47.00	2577.00	0.412
		Hayır	60.00		
	Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık	Evet	42.86	2774.50	0.939
		Hayır	47.00		
	Eşgüdüm	Evet	46.67	2477.00	0.229
		Hayır	46.67		
	Fiziksel Bakı	Evet	60.00	2474.00	0.209
		Hayır	60.00		
	Kişisel Yaklaşım	Evet	60.00	2327.00	0.077
		Hayır	60.00		
	Güven	Evet	60.00	2386.50	0.123
		Hayır	60.00		

Skolyoz tanısı almış başka aile üyeleri olan (Evet) ve olmayan (Hayır) hastalar arasında çeşitli değişkenlerin medyan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığını değerlendirmek için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Analiz edilen değişkenler; finansal ulaşılabilirlik, boylamsal süreklilik, hekim temelli süreklilik, hastanın bütüncül bilgisi, koruyucu hizmetler ve danışmanlık, eşgüdüm, fiziksel bakı, kişisel yaklaşım ve güvendir. Skolyoz tanısı almış başka aile üyeleri olan (Evet) ve olmayan (Hayır) hastalar ile finansal ulaşılabilirlik puanı arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. **(p=0.026)** (Tablo 14)

Tablo 14. Ailesinde Başka Skolyoz Tanısı Olan Hastaların PCAS ile değerlendirilmesi

	Puan Türü	Grup	Medyan	Mann-Whitney U	Anlamlılık (p)
Ailenizde Başka Skolyoz Tanısı Alan Var mı?	**Finansal Ulaşılabilirlik**	Evet	50.00	1827.50	**0.026**
		Hayır	50.00		
	Boylamsal Süreklilik	Evet	75.00	2170.00	0.400
		Hayır	75.00		
	Hekim Temelli Süreklilik	Evet	60.00	2205.00	0.512
		Hayır	60.00		
	Hastanın Bütüncül Bilgisi	Evet	47.00	2095.50	0.273
		Hayır	60.00		
	Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık	Evet	42.86	2165.00	0.413
		Hayır	47.00		
	Eşgüdüm	Evet	46.67	2138.00	0.355
		Hayır	46.67		
	Fiziksel Bakı	Evet	60.00	2057.50	0.193
		Hayır	60.00		
	Kişisel Yaklaşım	Evet	60.00	2044.50	0.191
		Hayır	60.00		
	Güven	Evet	60.00	2274.00	0.716

		Hayır	60.00		

Aile hekimine başvuru sıklıkları çok sık, bazen ve hiç olan hastalar arasında çeşitli değişkenlerin medyan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığını değerlendirmek için Kruskal-Wallis testi yapılmıştır. Analiz edilen değişkenler; finansal ulaşılabilirlik, boylamsal süreklilik, hekim temelli süreklilik, hastanın bütüncül bilgisi, koruyucu hizmetler ve danışmanlık, eşgüdüm, fiziksel bakı, kişisel yaklaşım ve güvendir. Aile hekimine başvuru sıklıkları çok sık, bazen ve hiç olan hastalar arasında çeşitli değişkenlerin medyan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. (Tablo 15)

Tablo 15. Aile Hekimliğine Başvuru Sıklık Durumlarının PCAS ile değerlendirilmesi

	Puan Türü	**Grup**	**Medyan**	**Kruskal-Wallis H**	**Anlamlılık (p)**
Aile hekiminize ne sıklıkla başvurursunuz?	**Finansal Ulaşılabilirlik**	Çok sık	55.0000	1.130	0.568
		Bazen	50.0000		
		Hiç	50.0000		
	Boylamsal Süreklilik	Çok sık	100.0000	0.452	0.798
		Bazen	75.0000		
		Hiç	75.0000		
	Hekim Temelli Süreklilik	Çok sık	70.0000	0.447	0.800
		Bazen	60.0000		
		Hiç	60.0000		
	Hastanın Bütüncül Bilgisi	Çok sık	61.0000	4.550	0.103
		Bazen	47.0000		

		Hiç	39.5000		
	Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık	Çok sık	57.1429	0.684	0.710
		Bazen	42.8571		
		Hiç	28.5714		
	Eşgüdüm	Çok sık	58.3333	3.102	0.212
		Bazen	45.0000		
		Hiç	45.0000		
	Fiziksel Bakı	Çok sık	60.0000	0.712	0.700
		Bazen	60.0000		
		Hiç	60.0000		
	Kişisel Yaklaşım	Çok sık	66.0000	0.685	0.710
		Bazen	60.0000		
		Hiç	56.0000		
	Güven	Çok sık	68.7500	2.122	0.346
		Bazen	62.5000		
		Hiç	64.0625		

Birinci basamağa bel ağrısı/sırt ağrısı yaşadığını bildiren (Evet) hastalar ile bildirmeyen (Hayır) hastalar arasında çeşitli değişkenlerin medyan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığını değerlendirmek için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Analiz edilen değişkenler; finansal ulaşılabilirlik, boylamsal süreklilik, hekim temelli süreklilik, hastanın bütüncül bilgisi, koruyucu hizmetler ve danışmanlık, eşgüdüm, fiziksel bakı, kişisel yaklaşım ve güvendir. Birinci basamağa bel ağrısı/sırt ağrısı yaşadığını bildiren (Evet) hastalar ile bildirmeyen (Hayır) hastalar arasında değişkenlerin medyan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. (Tablo 16)

Tablo 16. Birinci Basamağa Bel Ağrısı/Sırt Ağrısı Şikâyeti ile Başvuran Hastaların PCAS ile değerlendirilmesi

	Puan Türü	Grup	Medyan	Mann-Whitney U	Anlamlılık (p)
Birinci basamağa hiç bel ağrısı/sırt ağrısı şikayeti ile başvurdunuz mu?	**Finansal Ulaşılabilirlik**	Evet	50.00	1019.00	0.503
		Hayır	50.00		
	Boylamsal Süreklilik	Evet	75.00	941.50	0.232
		Hayır	75.00		
	Hekim Temelli Süreklilik	Evet	60.00	1047.00	0.616
		Hayır	60.00		
	Hastanın Bütüncül Bilgisi	Evet	47.00	1086.00	0.792
		Hayır	60.00		
	Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık	Evet	42.86	976.50	0.356
		Hayır	47.00		
	Eşgüdüm	Evet	46.67	1128.50	0.990
		Hayır	46.67		
	Fiziksel Bakı	Evet	60.00	1105.50	0.878

		Hayır	60.00		
	Kişisel Yaklaşım	Evet	60.00	935.50	0.247
		Hayır	60.00		
	Güven	Evet	60.00	1046.00	0.615
		Hayır	60.00		

Şikayetleri nedeniyle muayene olduklarını bildiren (Evet) hastalar ile muayene olmadıklarını bildiren (Hayır) katılımcılar arasında çeşitli değişkenlerin medyan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığını değerlendirmek için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Analiz edilen değişkenler finansal ulaşılabilirlik, boylamsal süreklilik, hekim temelli süreklilik, hastanın bütüncül bilgisi, koruyucu hizmetler ve danışmanlık, eşgüdüm, fiziksel bakı, kişisel yaklaşım ve güvendir. Şikayetleri nedeniyle muayene olduklarını bildiren (Evet) hastalar ile muayene olmadıklarını bildiren (Hayır) hastalar arasında değişkenlerin medyan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. (Tablo 17)

Tablo 17. Birinci Basamakta Şikayetlerine Yönelik Muayene Edilen Hastaların PCAS ile Değerlendirilmesi

	Puan Türü	**Grup**	**Medyan**	**Mann-Whitney U**	**Anlamlılık (p)**
Birinci Basamakta Şikayetlerinize Yönelik Muayene Edildiniz Mi?	**Finansal Ulaşılabilirlik**	Evet	50.00	1391.00	0.927
		Hayır	50.00		
	Boylamsal Süreklilik	Evet	75.00	1362.50	0.797
		Hayır	75.00		

	Hekim Temelli Süreklilik	Evet	60.00	1377.00	0.867
		Hayır	60.00		
	Hastanın Bütüncül Bilgisi	Evet	47.00	1277.00	0.486
		Hayır	60.00		
	Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık	Evet	42.86	1255.00	0.411
		Hayır	47.00		
	Eşgüdüm	Evet	46.67	1355.50	0.779
		Hayır	46.67		
	Fiziksel Bakı	Evet	60.00	1276.50	0.468
		Hayır	60.00		
	Kişisel Yaklaşım	Evet	60.00	1382.00	0.890
		Hayır	60.00		
	Güven	Evet	60.00	1295.00	0.547
		Hayır	60.00		

Birinci basamakta kendilerine skolyoz olabileceğinden bahsedilen (Evet) katılımcılar ile bahsedilmeyen (Hayır) katılımcılar arasında çeşitli değişkenlerin medyan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığını değerlendirmek için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Analiz edilen değişkenler finansal ulaşılabilirlik, boylamsal süreklilik, hekim temelli süreklilik, hastanın bütüncül bilgisi, koruyucu hizmetler ve danışmanlık, eşgüdüm, fiziksel bakı, kişisel yaklaşım ve güvendir. Birinci basamakta skolyoz olabileceğinden bahsedilen (Evet) katılımcılar ile bahsedilmeyen (Hayır) katılımcılar arasında değişkenlerin medyan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. (Tablo 18)

Tablo 18. Birinci Basamakta Kendilerine Skolyoz Olabileceğinden Bahsedilme Durumunun PCAS ile Değerlendirilmesi

	Puan Türü	Grup	Medyan	Mann-Whitney U	Anlamlılık (p)
Birinci Basamakta Size Hiç Skolyoz Olabileceğinizden Bahsedildi Mi?	**Finansal Ulaşılabilirlik**	Evet	50.00	1391.00	0.927
		Hayır	50.00		
	Boylamsal Süreklilik	Evet	75.00	1362.50	0.797
		Hayır	75.00		
	Hekim Temelli Süreklilik	Evet	60.00	1377.00	0.867
		Hayır	60.00		
	Hastanın Bütüncül Bilgisi	Evet	47.00	1277.00	0.486
		Hayır	60.00		
	Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık	Evet	42.86	1255.00	0.411
		Hayır	47.00		
	Eşgüdüm	Evet	46.67	1355.50	0.779
		Hayır	46.67		
	Fiziksel Bakı	Evet	60.00	1276.50	0.468
		Hayır	60.00		

	Kişisel Yaklaşım	Evet	60.00	1382.00	0.890
		Hayır	60.00		
	Güven	Evet	60.00	1295.00	0.547
		Hayır	60.00		

Birinci basamaktan skolyoz değerlendirmesi için bir üst basamağa sevk edilen (Evet) ve sevk edilmeyen (Hayır) katılımcılar arasında çeşitli değişkenlerin medyan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığını değerlendirmek için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Analiz edilen değişkenler finansal ulaşılabilirlik, boylamsal süreklilik, hekim temelli süreklilik, hastanın bütüncül bilgisi, koruyucu hizmetler ve danışmanlık, eşgüdüm, fiziksel bakı, kişisel yaklaşım ve güvendir. Birinci basamaktan skolyoz değerlendirmesi için bir üst basamağa sevk edilen (Evet) ve sevk edilmeyen (Hayır) katılımcılar arasında değişkenlerin medyan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. (Tablo 19)

Tablo 19. Birinci Basamaktan Skolyoz Tanısı İçin Üst Basamağa Sevk Edilme Durumunun PCAS ile Değerlendirilmesi

	Puan Türü	**Grup**	**Medyan**	**Mann-Whitney U**	**Anlamlılık (p)**
Birinci Basamaktan Skolyoz İçin Üst Basamağa Yönlendirildiniz Mi?	**Finansal Ulaşılabilirlik**	Evet	50.00	1391.00	0.927
		Hayır	50.00		
	Boylamsal Süreklilik	Evet	75.00	1362.50	0.797
		Hayır	75.00		
	Hekim Temelli Süreklilik	Evet	60.00	1377.00	0.867
		Hayır	60.00		
	Hastanın Bütüncül Bilgisi	Evet	47.00	1277.00	0.486
		Hayır	60.00		

	Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık	Evet	42.86	1255.00	0.411
		Hayır	47.00		
	Eşgüdüm	Evet	46.67	1355.50	0.779
		Hayır	46.67		
	Fiziksel Bakı	Evet	60.00	1276.50	0.468
		Hayır	60.00		
	Kişisel Yaklaşım	Evet	60.00	1382.00	0.890
		Hayır	60.00		
	Güven	Evet	60.00	1295.00	0.547
		Hayır	60.00		

Skolyoz nedeniyle egzersiz önerisi alan (Evet) katılımcılar ile almayan (Hayır) katılımcılar arasında çeşitli değişkenlerin medyan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığını değerlendirmek için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Analiz edilen değişkenler finansal ulaşılabilirlik, boylamsal süreklilik, hekim temelli süreklilik, hastanın bütüncül bilgisi, koruyucu hizmetler ve danışmanlık, eşgüdüm, fiziksel bakı, kişisel yaklaşım ve güvendir. Skolyoz nedeniyle egzersiz önerisi alan (Evet) katılımcılar ile almayan (Hayır) katılımcılar arasında değişkenlerin medyan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. (Tablo 20)

Tablo 20. Birinci Basamakta Skolyoz Tanısı İçin Egzersiz Önerisinde Bulunma Durumunun PCAS ile Değerlendirilmesi

	Puan Türü	**Grup**	**Medyan**	**Mann-Whitney U**	**Anlamlılık (p)**
Birinci basamakta skolyoz için egzersiz önerisinde bulunuldu mu?	**Finansal Ulaşılabilirlik**	Evet	50.00	1685.00	0.738
		Hayır	50.00		
	Boylamsal Süreklilik	Evet	75.00	1656.50	0.619

		Hayır	75.00		
	Hekim Temelli Süreklilik	Evet	60.00	1479.50	0.184
		Hayır	60.00		
	Hastanın Bütüncül Bilgisi	Evet	47.00	1492.50	0.212
		Hayır	60.00		
	Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık	Evet	42.86	1595.00	0.443
		Hayır	47.00		
	Eşgüdüm	Evet	46.67	1701.50	0.800
		Hayır	46.67		
	Fiziksel Bakı	Evet	60.00	1745.50	0.964
		Hayır	60.00		
	Kişisel Yaklaşım	Evet	60.00	1706.50	0.819
		Hayır	60.00		
	Güven	Evet	60.00	1698.00	0.787
		Hayır	60.00		

Skolyoz nedeniyle tedavi önerisi alan (Evet) ve almayan (Hayır) hastalar arasında çeşitli değişkenlerin medyan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığını değerlendirmek için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Analiz edilen değişkenler finansal ulaşılabilirlik, boylamsal süreklilik, hekim temelli süreklilik, hastanın bütüncül bilgisi, koruyucu hizmetler ve danışmanlık, eşgüdüm, fiziksel bakı, kişisel yaklaşım ve güvendir. Skolyoz nedeniyle tedavi önerisi alan (Evet) ve almayan (Hayır) hastalar arasında değişkenlerin medyan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. (Tablo 21)

Tablo 20. Birinci Basamakta Skolyoz Tanısı İçin Egzersiz Önerisinde Bulunma Durumunun PCAS ile Değerlendirilmesi

	Puan Türü	Grup	Medyan	Mann-Whitney U	Anlamlılık (p)
Tanı aldıktan sonra birinci basamakta skolyoz için tedavi önerisi aldınız mı?	**Finansal Ulaşılabilirlik**	Evet	50.00	1693.00	0.942
		Hayır	50.00		
	Boylamsal Süreklilik	Evet	75.00	1564.50	0.460
		Hayır	75.00		
	Hekim Temelli Süreklilik	Evet	60.00	1496.50	0.301
		Hayır	60.00		
	Hastanın Bütüncül Bilgisi	Evet	47.00	1433.50	0.185
		Hayır	60.00		
	Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık	Evet	42.86	1611.50	0.638
		Hayır	47.00		
	Eşgüdüm	Evet	46.67	1692.00	0.938
		Hayır	46.67		
	Fiziksel Bakı	Evet	60.00	1704.00	0.984
		Hayır	60.00		
	Kişisel Yaklaşım	Evet	60.00	1696.00	0.954

		Hayır	60.00		
	Güven	Evet	60.00	1694.00	0.946
		Hayır	60.00		

Birinci basamakta skolyoz tanı-tedavi sürecinde yeterli desteği gördüğünü düşünen (Evet) katılımcılar ve yeterli desteği gördüğünü düşünmeyen (Hayır) katılımcılar arasında çeşitli değişkenlerin medyan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığını değerlendirmek için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Analiz edilen değişkenler finansal ulaşılabilirlik, boylamsal süreklilik, hekim temelli süreklilik, hastanın bütüncül bilgisi, koruyucu hizmetler ve danışmanlık, eşgüdüm, fiziksel bakı, kişisel yaklaşım ve güvendir. Birinci basamakta skolyoz tanı-tedavi sürecinde yeterli desteği gördüğünü düşünen (Evet) katılımcılar ve yeterli desteği gördüğünü düşünmeyen (Hayır) katılımcılar arasında değişkenlerin medyan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. (Tablo 22)

Tablo 22. Birinci Basamakta Skolyoz Tanı-Tedavi Sürecinde Yeterli Destek Durumunun PCAS ile Değerlendirilmesi

	Puan Türü	**Grup**	**Medyan**	**Mann-Whitney U**	**Anlamlılık (p)**
Birinci basamakta skolyoz tanı-tedavi sürecinde yeterli desteği gördüğünüzü düşünüyor musunuz?	**Finansal Ulaşılabilirlik**	Evet	50.00	1685.00	0.738
		Hayır	50.00		
	Boylamsal Süreklilik	Evet	75.00	1656.50	0.619
		Hayır	75.00		
	Hekim Temelli Süreklilik	Evet	60.00	1479.50	0.184

		Hayır	60.00		
	Hastanın Bütüncül Bilgisi	Evet	42.00	1492.50	0.212
		Hayır	48.00		
	Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık	Evet	28.57	1595.00	0.443
		Hayır	42.86		
	Eşgüdüm	Evet	46.67	1701.50	0.800
		Hayır	46.67		
	Fiziksel Bakı	Evet	60.00	1745.50	0.964
		Hayır	60.00		
	Kişisel Yaklaşım	Evet	60.00	1706.50	0.819
		Hayır	60.00		
	Güven	Evet	62.50	1698.00	0.787
		Hayır	65.63		

Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS) anketi sorularının ortalama değerlerinin hesaplandığı Kolmogorov-Smirnov testi sonucunda p değeri anlamlı bulunan maddeler olan örgütsel ulaşılabilirlik ve iletişim verilerinin normal dağılıma uyduğu kabul edilmiştir. Analizlere parametrik testler kullanılarak devam edilmiştir.

Cinsiyet: Erkek ve kadın katılımcılar arasında Örgütsel Ulaşılabilirlik ($t = 0.288$, $p = 0.592$) ve İletişim ($t = 1.322$, $p = 0.252$) açısından anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Erkekler için ortalama puanlar Örgütsel Ulaşılabilirlikte 59.78 ± 20.91, İletişimde 56.88 ± 22.39 iken, kadınlar için bu değerler sırasıyla 58.01 ± 17.54 ve 61.38 ± 21.93 olarak bulunmuştur. (Tablo 23)

Skolyoz Tanısını Koyan Uzmanlık: Skolyoz tanısının Aile Hekimi, Ortopedi veya Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (FTR) uzmanı tarafından konulması, Örgütsel Ulaşılabilirlik (F = 0.594, p = 0.553) veya İletişim (F = 0.575, p = 0.564) üzerinde anlamlı bir fark yaratmamıştır. Gruplar arasındaki puanlar Örgütsel Ulaşılabilirlikte 54.17 ± 16.76 ile 59.48 ± 18.99, İletişimde ise 54.58 ± 20.65 ile 60.95 ± 21.93 arasında bulunmuştur. (Tablo 24)

Tanının Konulduğu Sağlık Kuruluşu: Aile Sağlığı Merkezi (ASM) veya hastanede tanı alan katılımcılar arasında Örgütsel Ulaşılabilirlik (t=-1.000, p = 0.319) veya İletişim (t = -1.038, p = 0.301) açısından anlamlı fark bulunmamıştır. (Tablo 23)

Ek Şikayetlerin Varlığı: Ek şikayetleri olan ve olmayan katılımcılar arasında Örgütsel Ulaşılabilirlik (t =-0.678, p = 0.499) açısından anlamlı fark bulunmazken, İletişimde (t = -1.869, p = 0.064) anlamlılığa yakın bir eğilim gözlemlenmiştir; ek şikâyeti olmayanların puanı hafifçe daha yüksektir. (Tablo 23)

Ailede Skolyoz Geçmişi: Ailede skolyoz geçmişi olan katılımcılarda Örgütsel Ulaşılabilirlik (t = -1.820, p = 0.071) ve İletişim (t =-1.870, p = 0.063) puanlarının daha düşük olma eğilimi göstermiştir, ancak bu farklar anlamlı bulunmamıştır. (Tablo 23)

Aile Hekimi Ziyaret Sıklığı: Aile hekimine başvuru sıklığına göre Örgütsel Ulaşılabilirlik (F = 0.379, p = 0.685) veya İletişim (F = 1.182, p = 0.310) açısından anlamlı fark gözlenmemiştir. (Tablo 24)

Bel/Sırt Ağrısı Şikâyeti ile Başvuru: Bel veya sırt ağrısı şikayetiyle başvuran ve başvurmayan katılımcılar arasında Örgütsel Ulaşılabilirlik (t =-0.582, p = 0.561) ve İletişim (t = 0.039, p = 0.969) açısından anlamlı fark saptanmamıştır. (Tablo 23)

Şikayetlere Yönelik Muayene Olma Durumu: Şikayetlerine yönelik muayene edilen ve edilmeyen katılımcılar arasında Örgütsel Ulaşılabilirlik (t= -0.473, p = 0.637) veya İletişim (t = -0.243, p = 0.808) açısından anlamlı fark bulunmamıştır. (Tablo 23)

Skolyoz Olabileceğinden Bahsedilmesi: Katılımcılara skolyoz olabileceklerinden bahsedilip bahsedilmemesi, Örgütsel Ulaşılabilirlik (t =-0.473, p = 0.637) veya İletişim (t = -0.243, p = 0.808) puanlarında anlamlı bir fark yaratmamıştır. (Tablo 23)

Üst Basamağa Yönlendirme: Skolyoz için daha üst bir sağlık basamağına yönlendirilen katılımcılar arasında Örgütsel Ulaşılabilirlik (t =-0.473, p = 0.637) veya İletişim (t=-0.243, p = 0.808) açısından anlamlı fark bulunmamıştır. (Tablo 23)

Skolyoz için Egzersiz Önerisi: Skolyoz için egzersiz önerisi alan katılımcılar arasında Örgütsel Ulaşılabilirlik (t =-0.645, p = 0.520) veya İletişim (t =-0.373, p = 0.710) açısından anlamlı fark gözlenmemiştir. (Tablo 23)

Skolyoz için Tedavi Önerisi: Skolyoz için tedavi önerisi alan ve almayan katılımcılar arasında Örgütsel Ulaşılabilirlik (t =-0.595, p = 0.553) veya İletişim (t =-0.284, p = 0.777) açısından anlamlı fark saptanmamıştır. (Tablo 23)

Yeterli Destek Algısı: Yeterli destek aldığını düşünen katılımcılar, Örgütsel Ulaşılabilirlik (t =-0.645, p = 0.520) ve İletişim (t = -0.373, p = 0.710) açısından yeterli destek almadığını düşünenlerle anlamlı bir fark bulunmamıştır. (Tablo 23)

Erken Başlangıçlı Skolyoz ve Geç Başlangıçlı Skolyoz: Erken başlangıçlı skolyozu olan katılımcılar, geç başlangıçlı skolyozu olanlara göre anlamlı derecede düşük Örgütsel Ulaşılabilirlik (t =-3.007, p = 0.003) ve İletişim (t = -3.371, p < 0.001) puanlarına sahiptir. Erken başlangıçlı skolyoz için puanlar Örgütsel Ulaşılabilirlikte 52.80 ± 19.35, İletişimde 52.38 ± 22.57 iken; geç başlangıçlı skolyozda bu puanlar sırasıyla 61.99 ± 17.32 ve 64.54 ± 20.62 bulunmuştur. (Tablo 23)

Tablo 23: Demografik ve Klinik Faktörlerin Örgütsel Ulaşılabilirlik ile İletişim Puanları Arasındaki İlişki

Değişkenler	Grup	Mean ± SD	t değeri	p değeri

Cinsiyet	**Örgütsel Ulaşılabilirlik**	Erkek	59.78 ± 20.91	0.537	0.592
		Kadın	58.01 ± 17.54		
		Total	58.56 ± 18.58		
	İletişim	Erkek	56.88 ± 22.39	-1.150	0.252
		Kadın	61.38 ± 21.93		
		Total	60.00 ± 22.09		
Tanıyı Hangi Sağlık Kuruluşunda Aldınız?	**Örgütsel Ulaşılabilirlik**	ASM	54.17 ± 16.76	-1.000	0.319
		Hastane	59.08 ± 18.78		
		Total	58.56 ± 18.58		
	İletişim	ASM	54.58 ± 20.65	-1.038	0.301
		Hastane	60.65 ± 22.24		
		Total	60.00 ± 22.09		
Herhangi Bir Yakınmanız Var Mıydı?	**Örgütsel Ulaşılabilirlik**	Evet	57.44 ± 18.05	-0.678	0.499
		Hayır	59.51 ± 19.08		
		Total	58.56 ± 18.58		
	İletişim	Evet	56.38 ± 21.86	-1.869	0.064
		Hayır	63.09 ± 21.95		
		Total	60.00 ± 22.09		
Ailenizde Başka Skolyoz Tanısı Alan Var Mı?	**Örgütsel Ulaşılabilirlik**	Evet	54.37 ± 18.81	-1.820	0.071
		Hayır	60.35 ± 18.28		
		Total	58.56 ± 18.58		
	İletişim	Evet	54.89 ± 23.00	-1.870	0.063
		Hayır	62.19 ± 21.43		
		Total	60.00 ± 22.09		
Bel Ağrısı/Sırt Ağrısı Şikâyeti ile Başvurdunuz Mu?	**Örgütsel Ulaşılabilirlik**	Evet	56.08 ± 18.57	-0.582	0.561
		Hayır	58.87 ± 18.63		
		Total	58.56 ± 18.58		

	İletişim	Evet	60.20 ± 24.96	0.039	0.969
		Hayır	59.97 ± 21.81		
		Total	60.00 ± 22.09		
Şikayetlere Yönelik Muayene Edildiniz Mi?	**Örgütsel Ulaşılabilirlik**	Evet	56.82 ± 17.10	-0.473	0.637
		Hayır	58.85 ± 18.87		
		Total	58.56 ± 18.58		
	İletişim	Evet	58.94 ± 20.84	-0.243	0.808
		Hayır	60.18 ± 22.38		
		Total	60.00 ± 22.09		
Skolyoz Olabileceğinizden Bahsetti Mi?	**Örgütsel Ulaşılabilirlik**	Evet	56.82 ± 17.10	-0.473	0.637
		Hayır	58.85 ± 18.87		
		Total	58.56 ± 18.58		
	İletişim	Evet	58.94 ± 20.84	-0.243	0.808
		Hayır	60.18 ± 22.38		
		Total	60.00 ± 22.09		
Skolyoz İçin Bir Üst Basamağa Yönlendirdi Mi?	**Örgütsel Ulaşılabilirlik**	Evet	56.82 ± 17.10	-0.473	0.637
		Hayır	58.85 ± 18.87		
		Total	58.56 ± 18.58		
	İletişim	Evet	58.94 ± 20.84	-0.243	0.808
		Hayır	60.18 ± 22.38		
		Total	60.00 ± 22.09		
Skolyoz İçin Egzersiz Önerisinde Bulundu Mu?	**Örgütsel Ulaşılabilirlik**	Evet	56.55 ± 15.29	-0.645	0.520
		Hayır	59.04 ± 19.31		
		Total	58.56 ± 18.58		
	İletişim	Evet	58.62 ± 19.85	-0.373	0.710
		Hayır	60.33 ± 22.66		
		Total	60.00 ± 22.09		

Skolyoz İçin Tedavi Önerisi Aldınız Mı?	**Örgütsel Ulaşılabilirlik**	Evet	56.67 ± 15.56	-0.595	0.553
		Hayır	58.99 ± 19.24		
		Total	58.56 ± 18.58		
	İletişim	Evet	58.93 ± 20.14	-0.284	0.777
		Hayır	60.25 ± 22.59		
		Total	60.00 ± 22.09		
Yeterli Desteği Gördüğünüzü Düşünüyor Musunuz?	**Örgütsel Ulaşılabilirlik**	Evet	56.55 ± 15.29	-0.645	0.520
		Hayır	59.04 ± 19.31		
		Total	58.56 ± 18.58		
	İletişim	Evet	58.62 ± 19.85	-0.373	0.710
		Hayır	60.33 ± 22.66		
		Total	60.00 ± 22.09		
Skolyoz Tanı Durumu	**Örgütsel Ulaşılabilirlik**	Erken Başlangıçlı Skolyoz	52.80 ± 19.35	-3.007	**0.003**
		Geç Başlangıçlı Skolyoz	61.99 ± 17.32		
		Total	58.56 ± 18.58		
	İletişim	Erken Başlangıçlı Skolyoz	52.38 ± 22.57	-3.371	**<0.001**
		Geç Başlangıçlı Skolyoz	64.54 ± 20.62		
		Total	60.00 ± 22.09		

Tablo 24: Demografik ve Klinik Faktörlerin Örgütsel Ulaşılabilirlik ile İletişim Puanları Arasındaki İlişki Devamı

	Değişkenler	Grup	Mean ± SD	F	p değeri
Skolyoz Tanısı Kimin Tarafından Konuldu?	**Örgütsel Ulaşılabilirlik**	Aile Hekimi	54.17 ± 16.76	0.594	0.553
		Ortopedi	59.48 ± 18.99		
		FTR	57.81 ± 18.31		
		Total	58.56 ± 18.58		
	İletişim	Aile Hekimi	54.58 ± 20.65	0.575	0.564
		Ortopedi	60.95 ± 21.93		
		FTR	59.69 ± 23.56		
		Total	60.00 ± 22.09		
Aile Hekiminize Ne Sıklıkla Başvurursunuz?	**Örgütsel Ulaşılabilirlik**	Çok Sık	62.50 ± 9.88	0.379	0.685
		Bazen	57.99 ± 19.64		
		Hiç	61.04 ± 12.34		
		Total	58.56 ± 18.58		
	İletişim	Çok Sık	71.67 ± 14.25	1.182	0.310
		Bazen	59.31 ± 22.86		
		Hiç	59.58 ± 17.97		
		Total	60.00 ± 22.09		

PCAS'ta 32. Soru olarak bulunan ve puanlamaya dahil edilmeyen yedili likert tipi şeklinde düzenli hekim memnuniyetini sorgulayan soru ayrıca değerlendirilmiştir. Birinci basamakta skolyoz tanı-tedavi sürecinde yeterli desteği gördüğünüzü düşünüyor musunuz? sorusuyla memnuniyet değerlendirmeleri karşılaştırıldığında 'Evet' ve 'Hayır' diyenlerin medyan değerleri 6 olarak bulunmuştur. Mann Whitney-U testi ortalaması 1458 olarak bulunmuştur ve anlamlı bir fark izlenmemiştir. ($p<0.141$) (Tablo 25)

Tablo 25: Birinci Basamakta Skolyoz Tanı-Tedavi Sürecinde Yeterli Destek Durumunun PCAS Memnuniyet Sorusu ile Değerlendirilmesi

		Bunların hepsini dikkate aldığınızda düzenli hekiminizden memnuniyetinizi nasıl değerlendirirsiniz?			
Birinci basamaktan skolyoz tanı-tedavi sürecinde yeterli desteği gördüğünüzü düşünüyor musunuz?	**Grup**	**n**	**medyan**	**Mann Whitney-U**	**p**
	Evet	29	6	1458	0.141
	Hayır	121	6		

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda, adölesan idiyopatik skolyoz hastalarının tanı alma sürecinde birinci basamak hekimlerinin rolününün saptanması amaçlanmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların %69,3'ü kadın ve %30,7'si erkek olarak belirlenmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2023 verilerine göre, Türkiye'nin genel çocuk nüfusunun %48,7'si kız çocuk ve %51,3'ü erkek çocuktur(43). Türkiye AİS Prevalans Araştırması sonucuna göre kız/erkek oranı 2/1 olarak saptanmıştır(44). Yunanistan'da yapılan bir prevalans çalışmasında kızlarda %2,6 ve erkeklerde %0,9 olarak bulunmuştur(2). Bu veriler doğrultusunda çalışmamıza katılan kız ve erkek oranı literatürle benzer bulunmuştur. Katılımcıların yaş dağılımına göre incelenmesi sonucunda erken başlangıçlı skolyozu olanlar 8-10 yaş aralığında 56 kişi (%37,3), 11-18 yaş aralığında geç başlangıçlı skolyoz tanılı 94 kişi (%62,7) bulunmaktadır. Literatüre baktığımızda adölesan idiyopatik skolyoz hastalarının yaş aralığı en çok 10-18 olarak belirlenmiştir(20). Çalışmamıza dahil edilen hastaların yaş dağılımı benzer bulunmuştur.

Skolyoz tanısının ilk hangi branş hekimi tarafından konulduğu ile ilgili soruda katılımcıların %68,0' inde tanı ortopedi hekimleri tarafından konulmuştur.

Katılımcıların %21,3'ünde ise fiziksel tıp ve rehabilitasyon hekimleri tarafından tanı konulmuştur. Katılımcıların %10,7'sinde tanı aile hekimleri tarafından konulmuştur.

Katılımcılar arasında skolyoz tanısını birinci basamakta alanlar %10,7' sini oluşturmaktadır. Katılımcıların geriye kalan %89,3'ü tanıyı birinci basamak dışındaki hastanelerde almıştır (Tablo 4). Çalışmamızda katılımcıların tanı alma sürecinde birinci basamağı çok fazla kullanmadıkları saptanmıştır. 2016'da Uğrak ve arkadaşlarının Türkiye'de yaptığı bir çalışmada; kronik hastalığı bulunan hastaların daha yüksek oranda üniversite hastanelerini ve kamu hastanelerinden sağlık hizmeti almayı tercih ettiğini bulmuşlardır(45). Adölesan idiyopatik skolyoz hastalarının ebeveynleri de kronik bir hastalık olduğunu düşündükleri için birinci basamağı tercih etmemiş olabilirler.

Skolyoz tanısı alırken aktif şikâyet durumu sorgulandığında katılımcıların %46,0'sı şikayetlerinin olduğunu belirtmiş olup, %54,0 katılımcının herhangi bir şikâyeti bulunmamıştır. Çalışmaya katılan katılımcıların çoğunluğunda şikayetleri olmadan tanı konulmuştur. Aktif şikayetinin olduğunu söyleyen katılımcıların da postür bozukluğu şikayetleri olduğu saptanmıştır. Literatüre baktığımızda da adölesan skolyoz hastalarının başvuru nedenleri daha çok postür bozukluğu ve asimetri olarak bulunmuştur(28). Batman ili merkezine bağlı bir Aile Sağlığı Merkezinde yapılan çalışmada ebeveynlerin %83'ünün daha önce hiç skolyoz kelimesini duymadıkları ve %91,5'nin her üç çocuktan birinde skolyoz hastalığının bulunduğundan haberdar olmadığı saptanmıştır(46). Ebeveynlerin skolyoz hastalığı hakkında farkındalıklarının düşük olması nedeniyle de katılımcılar tanı alırken semptomlarının farkında olmamış olabilirler.

Ailede skolyoz tanısı almış başka bireylerin varlığı sorgulandığında katılımcıların %30,0'ında aile öyküsünün olduğu bulunmuş %70,0'ında aile öyküsü bulunmamıştır (Tablo 5). AİS ve genetik ilişki için yapılan çalışmalarda birinci derece yakınında AİS tanısı olan hastanın AİS gelişme riskinin daha fazla olduğu saptanmıştır(19). Çalışmamızda hastaların %70,0'ında aile öyküsü bulunmamıştır. Literatürle benzer

olmamasının nedeni daha çok hastaların tanı alma durumlarındaki yetersizlik, ebeveynlerin farkındalıklarının düşük olması olmuş olabilir.

Katılımcıların aile hekimlerine başvuru sıklıklarına bakıldığında %5,3'ünün çok sık başvurduğu, %84,0'ının hasta oldukça başvurduğu, %10,7'sinin sık başvurmadığı bulunmuştur. Birinci basamak hizmeti olarak hastaların hasta olmadan önce tarama amaçlı da başvurularını sağlamak gereklidir.

Katılımcıların birinci basamağa bel ağrısı ya da sırt ağrısı nedeniyle başvurularına bakıldığında %11,3'ü şikayetleri nedeniyle başvurmuş, %88,7'si şikayetlerinin olmadığı için başvurmadığını belirtmiştir (Tablo 6). AİS'te ağrı şikâyeti ile başvuru daha nadir görülmektedir. Erişkinlerde çocuklara göre esneklik kaybının fazla olması ve kemik dejenerasyonlarının görülmeye başlamasıyla ağrı şikayetinin oluşumu artar. Eğer çocuklarda omurga deformitesine ek olarak ağrı eşlik ediyorsa disk hernisi, siringomiyeli, tümöral lezyonlar, spondilolizis ve spondilolistezis akla gelmelidir(29). Çalışmamızdaki bulgular da literatürle benzer bulunmuştur.

Katılımcıların %14,7'si birinci basamakta skolyoz tanısı için muayene edilmiş, %85,3'ü muayene edilmediğini belirtmiştir. Birinci basamakta katılımcılara skolyoz olabilme ihtimalinden bahsedilen katılımcıların oranı %14,7 ve bu ihtimalden bahsedilmeyen katılımcıların oranı %85,3 olarak bulunmuştur. Birinci basamaktan skolyoz tanısı için bir üst basamağa sevk edilen katılımcılar %14,7 ve sevk edilmeyen katılımcılar %85,3 olarak bulunmuştur (Tablo 7). Birinci basamakta 7-9 yaş arasında çocuk izlemi ve 10-21 yaş arasında ergen/genç izlemleri yapılması gerekmektedir. Bu izlemlerin içeriğinde kas iskelet sistemi muayenesi de bulunmaktadır(39). Skolyoz hastalarının tanısında en önemli nokta olan muayene kısmının bu izlemlere entegre edilmesi gerekmektedir. Literatüre baktığımızda skolyoz hastalarının tanı sürecinde birinci basamak hekimleriyle ilgili çalışma bulunamamıştır.

ABD Skolyoz Araştırma Derneği, okul taramalarının erken tanı için faydalı olduğunu ve okul çağı çocuklarının skolyoz taramasından geçmesi gerektiğini belirtmektedir. Çocuklar özellikle büyümenin en hızlı olduğu 10-15 yaş grubunda ya

da herhangi bir yaş grubundayken skolyoz açısından değerlendirilmelidir(47). Skolyoz Araştırma Derneği'nin önerisine göre 10-12 yaşlarındaki kız çocuklarında yılda iki defa, 13-14 yaş aralığındaki erkek çocuklarında da yılda bir defa skolyoz açısından tarama yapılması önerilmektedir(48)(49).

Birinci basamakta skolyoz tanısı sonrası egzersiz önerisi alan katılımcı oranı %19,3 ve öneride bulunulmayan katılımcı %80,7 olarak bulunmuştur. Skolyoz tanısı aldıktan sonra birinci basamakta tedavi önerisi alan katılımcı oranı %18,7, tedavi önerisi almayan katılımcılar %81,3 olarak bulunmuştur. Katılımcılardan birinci basamaktan skolyoz hastalıkları boyunca tanı-tedavi sürecinde yeterli desteği gördüğünü düşünenler %19,3 olarak bulunmuştur, yeterli desteği görmediğini düşünenler %80,7 olarak bulunmuştur (Tablo 8). Skolyoz Ortopedi ve Rehabilitasyon Tedavisi Derneği'ne (SOSORT) göre fizyoterapi, tek başına veya cerrahi düzeltme gibi diğer prosedürlerle birlikte kullanılabilen terapötik bir müdahaledir(1). Yapılan başka çalışmada Schroth ve pilates egzersizlerinin deformite gelişimini önlemede, Cobb açısında azalmaya, gövde rotasyon açısında (ATR) azalmaya, esnekliğin iyileştirilmesinde, sırt duruşunda ve yaşam kalitesinde etkili olduğu bulunmuştur(50). Çalışmamızda hastaların çok yüksek bir kısmına egzersiz önerisinde bulunulmamıştır. Skolyoz tedavisinde egzersiz bu kadar önem teşkil ettiği için hastalara tanı aldıktan sonra tedavi sürecinde egzersizin önemi vurgulanmalıdır. Aynı zamanda yaş grubunu okul çağı çocukları oluşturması nedeniyle postür bozukluğuna sebep olacak uzun süreli telefon-tablet kullanımı, ağır çanta kullanımı, ortopedik tabanlı olmayan ayakkabı kullanımı gibi faktörler hakkında da ebeveynler bilgilendirilmelidir. Literatürde telefon ve tablet kullanımının sıklığı (20 dakikanın üstünde) ve haftada 40-80 saat bilgisayar kullanımının çeşitli postüral bozukluklara sebep olduğu gösterilmiştir(51).

Genel olarak PCAS alt boyut puanlarına bakıldığında en yüksek alt boyut puanın boylamsal süreklilik ve hekim temelli süreklilik alt boyutu olduğu bulunmuştur. İzmir'de yapılan bir çalışmada birinci basamağa başvuran hastalara uygulanan PCAS anketine göre en yüksek puanın koruyucu hizmetler ve danışmanlık alt boyutunda

olduğu görülmüştür(52). Çalışmamız ve literatür arasındaki bu farklılık katılımcıların birinci basamaktan değil de ortopedi polikliniğinden seçilmiş olması olabilir.

Hastanın bütüncül bilgisi puanı ile erken başlangıç ve geç başlangıç puanı arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur **(p=0,020).** Hastanın bütüncül bilgisi puanı erken başlangıçlıda ortalama 42.00, geç başlangıçlıda 52.00 olarak bulunmuştur. Hastanın bütüncül bilgisi alt boyutunda hastaların doktorlarının tıbbi bilgi durum düzeyleri ile ilgili sorular bulunmaktadır. Geç başlangıçlı tanı alanların erken başlangıçlı tanı alanlara göre hastanın bütüncül bilgisi puanının daha yüksek olmasının nedeni tanı yaşı büyüdükçe hekimlerinin bilgi düzeylerini değerlendirme durumlarının artmış olması olabilir.

Fiziksel bakının erken başlangıçlı tanı almadaki puan ortalaması 50.00, geç başlangıçlı tanı almadaki puan ortalaması 60.00 olarak bulunmuştır. Fiziksel bakı puanı ile erken başlangıç ve geç başlangıç puanı arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur **(p=0,048).** Fiziksel bakı alt boyutunda hastalara doktorlarının yaptığı fizik muayeneyi nasıl değerlendirdikleri sorulmuştur ve geç başlangıçlı tanı alanlarda daha yüksek puan verildiği saptanmıştır. Hastaların tanı yaşı arttıkça hekimlerini değerlendirme durumlarına farkındalık geliştirmiş olabilirler. Literatüre baktığımızda 18-25 yaş grubunda olan hastaların hekimlerin davranış şekli boyutuna göre değerlendirmelerinin (p=0,004) 40 yaşın üzerindeki hastalara göre olumsuz olduğu, 26-40 yaş grubundaki hastaların davranış şekline ilişkin değerlendirmelerinin (p=0,015) 40 yaşın üzerindeki hastalara göre daha olumsuz olduğu izlenmiştir. 18-25 yaş grubu hastaların hekimlerin bilgilendirmelerine ilişkin yaptıkları değerlendirmelerin (p=0,013) 40 yaşın üzerindeki hastalara göre daha olumsuz olduğu görülmüştür. 40 yaşın üzerindeki hastaların genel izlenim boyutuna ilişkin yaptıkları değerlendirmelerin (p=0,009) 18-25 yaş grubundaki hastalara göre daha olumlu olduğu görülmüştür(53).

Kişisel yaklaşımın erken başlangıçlı tanı almadaki puan ortalaması 52.00, geç başlangıçlı tanı almadaki puan ortalaması 60.00 olarak saptanmıştır. Kişisel yaklaşım puanının erken başlangıç ve geç başlangıç puanı arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır **(p=0,006).** (Tablo 10) Kişisel yaklaşım alt boyutunda hekimin hastalarına göstermiş olduğu sabrı, dostluğu, nazikliği, ilgisi, bakımı ve hastaya ayırdığı zamanın

değerlendirilmesi yapılmıştır. Çalışmamızda geç başlangıç tanısı alan hastaların erken başlangıçlı hastalara göre daha yüksek puan almış olmasının nedeni 11-18 yaş grubundaki hastaların hekimleriyle ilişkilerinin daha iyi bir seviyeye ulaşmış olması olabilir.

Lağarlı ve ark. yaptıkları çalışmada 65 yaş üstü bireylerin sürekliliğe daha yüksek önem verdiklerini bildirmiştir**(41)**. Süreklilik alt boyutunda birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurmakta olan hastanın hekiminin kayıt sisteminde yer aldığı süre boyunca ilgili sağlık kurumunda gerçekleştirilen var olan rutin muayeneleri ve kendisinin veya yakınının hastalığı için alınmış randevularda düzenli doktoru tarafından ne kadar sıklıkla karşılaştığının değerlendirilmesi yapılmaktadır. Bizim çalışmamızda hasta yaş grubu adölesanlar olduğu için süreklilik alt boyutunda bakılan bu kriterleri komorbiditelerinin daha az olması nedeniyle tam karşılayamamış ve literatürle uyumlu bulunmamış olabilir. Fizik muayene ile erken tanı skolyoz tanısı için çok önemli olduğundan literatürdeki süreklilik puanı yüksekliği yerine bizim çalışmamızda fiziksel bakı, hastanın bütüncül bilgisi ve kişisel yaklaşım puanlarında anlamlı farklılıklar oluşmuş olabilir.

Skolyoz tanısının ilk hangi branş hekimi tarafından konulduğuna yönelik yöneltilen soruda aile hekimi, ortopedi uzmanı, FTR uzmanı hekimleri ile PCAS ölçeği alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır **(p>0,05).** Çalışmamızda Adölesan İdiyopatik Skolyoz hastalarında ilk tanı en çok ortopedi uzmanı (%68), en az birinci basamak hekimi (%10,7) tarafınca konulmuştur. Bu sebeple birinci basamakta skolyoz taramaları birinci basamak hizmetlerinde izlemler içinde standart hale getirilmelidir. Aile hekimleri ile ortopedi ve FTR uzman hekimleri arasında sevk zincirlerinin güçlendirilmesi ile ilgili çalışmalar yapılabilir.

Koruyucu hizmetler ve danışmanlık için medyan değerler aile hekimi 42.86, ortopedi uzmanı 47.00, FTR uzmanı için 47.00 olarak bulunmuştur. Kruskal- Wallis testinde anlamlı bir fark izlenmemiştir ancak anlamlılığa yaklaşmıştır. **(p=0,068)** (Tablo 11) Çalışmamızda katılımcılar; koruyucu hizmetler ve danışmanlık alt boyut soru grubunda bulunan sigara içme, alkol kullanma, aile planlaması, sağlıklı beslenme, egzersiz yapma , sağlıklı cinsel ilişki hakkındaki soruları cevaplamışlardır. Skolyoz tanısının ilk hangi hekim tarafından konulduğundan bağımsız olarak birinci

basamaktan aldıkları hizmeti değerlendirdikleri için anlamlı bir fark izlenmemiş olabilir.

Birinci basamak hekimliğinde çekirdek yeterlilikler; birinci basamak yönetimi, kişi merkezli bakım sunma, özgün sorun çözme becerisine sahip olma, toplum yönelimli olma ile bireylere sunulan sağlık hizmetinin bütüncül ve kapsamlı olması şeklinde sıralanmıştır(54). Tüm bu bağlamlarla birlikte değerlendirildiğinde birinci basamak hekimleri, adölesan idiyopatik skolyoz hastalarının tanı alma sürecinde önemli bir role sahiptir.

Erken başlangıçlı skolyozu olan katılımcılar, geç başlangıçlı skolyozu olanlara göre anlamlı derecede düşük Örgütsel Ulaşılabilirlik (t =-3.007, p = 0,003) ve İletişim (t =-3.371, p <0,001) puanlarına sahip bulunmuştur. Erken başlangıçlı skolyoz için puanlar Örgütsel Ulaşılabilirlikte 52.80 ± 19.35, İletişimde 52.38 ± 22.57 iken; geç başlangıçlı skolyozda bu puanlar sırasıyla 61.99 ± 17.32 ve 64.54 ± 20,62 olarak bulunmuştur. (Tablo 23) Çalışmamızda geç başlangıçlı hasta grubunun iletişim puanı erken başlangıçlıya göre daha yüksek bulunmuştur. Katılımcılara sorulan sorular tanı aldığı zamandaki aile hekimi değerlendirmelerini içerdiği için tanı alma yaşı büyüdükçe hekim hasta ilişkisindeki iletişimin artmış olması olabilir.

Literatüre baktığımızda da birinci basamak yönetiminde hastalarla ilk teması yönetmek, birey merkezli bakımda hasta ile etkili bir iletişim kurarak öncelikleri belirleyip ortak hareket etmek, anamnez, fizik muayene ve tetkikler ile amaca yönelik bilgi toplayarak özgün sorun becerisini kullanmak, hastanın birden fazla hastalığının, akut ve kronik durumların beraber yönetiminde kapsamlı yaklaşım göstermek, bireyin ve toplumun sağlık gereksinimleri arasındaki dengeyi kurmak, bireyi bilişsel duygusal sosyal ve kültürel açıdan bütüncül yaklaşımla değerlendirebilmek etkin bir iletişim ile olasıdır(55).

PCAS'ta 32. Soru olarak bulunan ve puanlamaya dahil edilmeyen yedili likert tipi şeklinde düzenli hekim memnuniyetini sorgulayan soru ayrıca değerlendirilmiştir. Aile

hekiminizden skolyoz tanı-tedavi sürecinde yeterli desteği gördüğünüzü düşünüyor musunuz? sorusuyla memnuniyet değerlendirmeleri karşılaştırıldığında ‘Evet’ ve ‘Hayır’ diyenlerin medyan değerleri 6 olarak bulunmuştur ve anlamlı bir fark izlenmemiştir. (p<0,141) (Tablo 25) Literatürde PCAS ölçeğini kullanan başka bir çalışmada da memnuniyet düzeyi ortalaması 5,61 olarak bulunmuş olup bizim çalışmamızla benzerdir(56). Çalışmamıza katılan hastalar adölesan idiyopatik skolyoz tanı- tedavi sürecinde hekimlerinin yeterli desteği göstermediğini düşünseler de genel olarak hekimlerinden memnun olduklarını ifade etmişlerdir.

6.KISITLAMALAR

Çalışmamız kesitsel bir çalışma olduğu için belirli bir zaman aralığında veriler toplandı. Katılımcı grubumuz adölesan idiyopatik skolyoz tanısı alan hastalardı. Katılımcılara tanı aldıkları dönemdeki birinci basamak ile ilgili sorular yöneltildiği için hatırlamama gibi bir kısıtlayıcı faktör olmuş olabilir. Ayrıca yaş olarak da daha küçük oldukları dönem olduğu için semptomları tam tarifleyememiş olabilirler.

Araştırmamız sadece Dokuz Eylül Üniversitesi Ortopedi Polikliniği'nde başvuran katılımcılarla sınırlı olduğu için tanı alma süreçlerinde çok fazla birinci basamak kullanılmamış olabilir. İleride yapılacak çalışmalar için farklı bölgelerde ve daha geniş popülasyonlarda veri toplanması daha etkili olabilir.

Katılımcılara veri toplama formumuzdaki ve Birinci Basamak Değerlendirme Anketimizdeki soruları telefon aracılığıyla yönelttiğimiz için objektif gözlemler yapılamamış olabilir ve soruları uzun süre düşünerek değerlendirememiş olabilirler. Birinci Basamak Değerlendirme Anketimizdeki sorular uzun olduğu için ve hatırlama faktörü nedeniyle dikkatli bir şekilde cevaplamamış olabilirler. Gelecekteki çalışmalarda yüz yüze görüşmeler veya klinik değerlendirmeler yapılabilir.

PCAS ölçeği, birinci basamak sağlık hizmetlerini değerlendirmek için uygun olsa da spesifik olarak skolyoz yönetimi için geliştirilmemiştir.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın sonucunda, Adölesan İdiyopatik Skolyoz hastalarının tanı süreçlerinde birinci basamağın önemli ancak sınırlı bir role sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Çalışmada, birinci basamağın skolyoz tanı ve tedavi süreçlerindeki etkisini artırmak adına eğitim ve farkındalık programlarının önemi vurgulanmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde tarama ve yönlendirme protokollerinin iyileştirilmesi, skolyozun ilerlemesini önlemek için büyük bir fırsat sunmaktadır. Bu bağlamda, birinci basamak sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği ve kalitesinin geliştirilmesi, AİS hastalarının yaşam kalitesine olumlu katkılar sağlayabilir.

Bu doğrultuda, gelecekteki çalışmalar ve uygulamalarda dikkate alınması gereken öneriler şunlardır:

Birinci basamak hekimleri olarak yapılan çocuk ve ergen izlemlerinde kas iskelet muayenesinde skolyoz için yapılması gereken muayeneleri atlamamak ve hastaların tanı aldıktan sonraki süreçte de yeterli desteği almalarını sağlamamız gerekmektedir.

Araştırmamız yalnızca 8-18 yaş arasında tanı almış bireylerle sınırlı olduğu için başka çalışmalarda daha geniş yaş grubunda çalışmalar yapılabilir ve skolyoz farkındalığı arttırılarak önemine dikkat çekilebilir.

Skolyoz hastalarının, semptomlarını takip etmeleri ve süreçte hastalıklarını tanımaları önemlidir. Bu bilinçlenme, semptomların kontrol altına alınmasına yardımcı olabilir. Adölesan İdiyopatik Skolyoz hastalarının ebeveynleri de sürece dahil olarak farkındalıklarını artırmalıdırlar.

Skolyoz hastaları, semptomlarını hafifletmek için egzersiz yöntemleri denemelidirler. Schroth ve pilates egzersizleri gibi farmakolojik olmayan yöntemler, farmakoterapiye ek olarak kullanılabilir.

Skolyoz tedavisinde multidisipliner bir yaklaşım önemlidir. Hastaların bir sağlık profesyoneli tarafından izlenmesi ve uygun tedavi yöntemlerinin önerilmesi gerekmektedir. Süreçte de birinci basamak hekimi olarak hastalara destek olmamız önemlidir.

Sonuç olarak, bu çalışma, birinci basamak hekimlerinin adölesan skolyoz hastalarının tanı alma sürecinde ve tedavi kısmında daha etkili olmaları için dikkat çekmek amacıyla yapılmıştır. Ancak, daha fazla araştırma ve klinik çalışmaların yapılması ile hastaların ve hekimlerin bilinç düzeyinin artarak farkındalık geliştirmeleri önemlidir.

8. KAYNAKLAR

1. Negrini S, Donzelli S, Aulisa AG, Czaprowski D, Schreiber S, de Mauroy JC, vd. 2016 SOSORT guidelines: orthopaedic and rehabilitation treatment of idiopathic scoliosis during growth. Scoliosis Spinal Disord. 2018;13:3.
2. Wong HK, Hui JHP, Rajan U, Chia HP. Idiopathic Scoliosis in Singapore Schoolchildren: A Prevalence Study 15 Years Into the Screening Program. Spine. 15 Mayıs 2005;30(10):1188.
3. Kikanloo SR, Tarpada SP, Cho W. Etiology of Adolescent Idiopathic Scoliosis: A Literature Review. Asian Spine J. Haziran 2019;13(3):519-26.
4. Bebek Çocuk Ergen İzlemleri [İnternet]. [a.yer 30 Aralık 2024]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/sagligin-gelistirilmesi-programlari/bebek-cocuk-ergen-izlemleri.html
5. Goldberg CJ, Moore DP, Fogarty EE, Dowling FE. Scoliosis: a review. Pediatr Surg Int. Şubat 2008;24(2):129-44.
6. Freidel K, Reichel D, Steiner A, Warschburger P, Petermann F, Weiss HR. Idiopathic scoliosis and quality of life. Stud Health Technol Inform. 2002;88:24-9.
7. Smith PL, Donaldson S, Hedden D, Alman B, Howard A, Stephens D, vd. Parents' and Patients' Perceptions of Postoperative Appearance in Adolescent Idiopathic Scoliosis. Spine. 15 Eylül 2006;31(20):2367.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı DA. T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI EKİBİ. 2019;
9. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Alanındaki Değerlendirmeler1.pdf [İnternet]. [a.yer 19 Ocak 2025]. Erişim adresi: https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1n%20Te%C5%9Fviki%20ve%20Geli%C5%9Ftirilmesi%20Alan%C4%B1ndaki%20De%C4%9Ferlendirmeler1.pdf
10. Surat A. IDIOPATHIC SCOLIOSIS* [İnternet]. The Journal of Turkish Spinal Surgery; 2010 [a.yer 20 Eylül 2024]. Erişim adresi: https://www.jtss.org/articles/idiopathic-scoliosis/doi/28473

11. US Elsevier Health [İnternet]. 2017 [a.yer 20 Eylül 2024]. Gray's Basic Anatomy. Erişim adresi: https://www.us.elsevierhealth.com/grays-basic-anatomy-9780323834421.html
12. Addai D, Zarkos J, Bowey AJ. Current concepts in the diagnosis and management of adolescent idiopathic scoliosis. Childs Nerv Syst. 01 Haziran 2020;36(6):1111-9.
13. Goldstein LA, Waugh TR. Classification and terminology of scoliosis. Clin Orthop Relat Res. Haziran 1973;(93):10-22.
14. Parent S, Newton PO, Wenger DR. Adolescent idiopathic scoliosis: etiology, anatomy, natural history, and bracing. Instr Course Lect. 2005;54:529-36.
15. Slattery C, Verma K. Classifications in Brief: The Lenke Classification for Adolescent Idiopathic Scoliosis. Clin Orthop Relat Res. Kasım 2018;476(11):2271-6.
16. Clements DH, Marks M, Newton PO, Betz RR, Lenke L, Shufflebarger H, vd. Did the Lenke classification change scoliosis treatment? Spine (Phila Pa 1976). 15 Haziran 2011;36(14):1142-5.
17. Rigo MD, Villagrasa M, Gallo D. A specific scoliosis classification correlating with brace treatment: description and reliability. Scoliosis. 27 Ocak 2010;5(1):1.
18. Demir FGÜ. Skolyoz Sınıflaması. JAMER. 19 Mart 2023;8(1):1-13.
19. Weinstein SL, Dolan LA, Cheng JCY, Danielsson A, Morcuende JA. Adolescent idiopathic scoliosis. Lancet. 03 Mayıs 2008;371(9623):1527-37.
20. Helenius I, Remes V, Lamberg T, Schlenzka D, Poussa M. Long-term health-related quality of life after surgery for adolescent idiopathic scoliosis and spondylolisthesis. J Bone Joint Surg Am. Haziran 2008;90(6):1231-9.
21. Yılmaz H, Zateri C, Kusvuran Ozkan A, Kayalar G, Berk H. Prevalence of adolescent idiopathic scoliosis in Turkey: an epidemiological study. Spine J. Haziran 2020;20(6):947-55.
22. Kesling KL, Reinker KA. Scoliosis in twins. A meta-analysis of the literature and report of six cases. Spine (Phila Pa 1976). 01 Eylül 1997;22(17):2009-14; discussion 2015.
23. Pérez-Machado G, Berenguer-Pascual E, Bovea-Marco M, Rubio-Belmar PA, García-López E, Garzón MJ, vd. From genetics to epigenetics to unravel the etiology of adolescent idiopathic scoliosis. Bone. Kasım 2020;140:115563.
24. Shanmuganathan R, Sri Vijay Anand KS, Shetty AP. Etiology and Natural History of Adolescent Idiopathic Scoliosis: A Review. Indian Spine Journal. Aralık 2020;3(2):131.
25. Peng Y, Wang SR, Qiu GX, Zhang JG, Zhuang QY. Research progress on the etiology and pathogenesis of adolescent idiopathic scoliosis. Chin Med J (Engl). 20 Şubat 2020;133(4):483-93.
26. Minich DM, Henning M, Darley C, Fahoum M, Schuler CB, Frame J. Is Melatonin the "Next Vitamin D"?: A Review of Emerging Science, Clinical Uses, Safety, and Dietary Supplements. Nutrients. 22 Eylül 2022;14(19):3934.
27. Obradovic M, Sudar-Milovanovic E, Soskic S, Essack M, Arya S, Stewart AJ, vd. Leptin and Obesity: Role and Clinical Implication. Front Endocrinol (Lausanne). 2021;12:585887.
28. Cristante AF, Silva RT e, Costa GHR da, Marcon RM. Adult Degenerative Scoliosis. Rev Bras Ortop (Sao Paulo). Şubat 2021;56(1):1-8.
29. Ramirez N, Johnston CE, Browne RH. The prevalence of back pain in

children who have idiopathic scoliosis. J Bone Joint Surg Am. Mart 1997;79(3):364-8.
30. Rüwald JM, Upenieks J, Ositis J, Pycha A, Avidan Y, Rüwald AL, vd. Pediatric Scoliosis Surgery—A Comprehensive Analysis of Treatment-Specific Variables and Trends in Latvia. Medicina (Kaunas). 24 Nisan 2020;56(4):201.
31. Horne JP, Flannery R, Usman S. Adolescent idiopathic scoliosis: diagnosis and management. Am Fam Physician. 01 Şubat 2014;89(3):193-8.
32. Langensiepen S, Semler O, Sobottke R, Fricke O, Franklin J, Schönau E, vd. Measuring procedures to determine the Cobb angle in idiopathic scoliosis: a systematic review. Eur Spine J. Kasım 2013;22(11):2360-71.
33. Ibrahim S. Tachdjian's Pediatric Orthopaedics: from the Texas Scottish Rite Hospital for Children. Malays Orthop J. Mart 2015;9(1):53.
34. Cassar-Pullicino VN, Eisenstein SM. Imaging in scoliosis: what, why and how? Clin Radiol. Temmuz 2002;57(7):543-62.
35. Ka G. Adolescent idiopathic scoliosis: radiologic decision-making. American family physician [İnternet]. 05 Ocak 2002 [a.yer 13 Ekim 2024];65(9). Erişim adresi: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12018804/
36. Ms B. Diagnosis and treatment of adolescent idiopathic scoliosis. Pediatric annals [İnternet]. Kasım 2013 [a.yer 14 Ekim 2024];42(11). Erişim adresi: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24168116/
37. Greiner KA. Adolescent idiopathic scoliosis: radiologic decision-making. Am Fam Physician. 01 Mayıs 2002;65(9):1817-22.
38. Moramarco K, Borysov M. A Modern Historical Perspective of Schroth Scoliosis Rehabilitation and Corrective Bracing Techniques for Idiopathic Scoliosis. Open Orthop J. 2017;11:1452-65.
39. Bebek Cocuk Ergen Izlem Protokolleri 2018 [İnternet]. [a.yer 30 Aralık 2024]. Erişim adresi: https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Bebek_Cocuk_Ergen_Izlem_Protokolleri_2018.pdf
40. Safran DG, Kosinski M, Tarlov AR, Rogers WH, Taira DH, Lieberman N, vd. The Primary Care Assessment Survey: tests of data quality and measurement performance. Med Care. Mayıs 1998;36(5):728-39.
41. Lağarlı,T., Eser [Internet]. [a.yer 01 Kasım 2024]. Erişim adresi: http://ouci.dntb.gov.ua/en/works/4E18b624/
42. Wei X, Li H, Yang N, Wong SYS, Owolabi O, Xu J, vd. Comparing quality of public primary care between Hong Kong and Shanghai using validated patient assessment tools. PLoS One. 2015;10(3):e0121269.
43. TÜİK - Veri Portalı [İnternet]. [a.yer 23 Aralık 2024]. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/
44. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2018). Türkiye adölesan idiyopatik skolyoz prevelans araştırması: Sonuç raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı. 2018.
45. Uğrak U, Uzuntarla Y, Cihangiroğlu N, Akyüz S. Analysis of Relationship between Chronic Diseases and Health Care Usage Tendencies. Turk J Bioch. 2016;5(3):158-65.
46. Sürücü HA, Baran Durmaz G, Avcu E. Parents' Awareness of Scoliosis. Turkish J Pediatr [İnternet]. 05 Mart 2018 [a.yer 22 Ocak 2025]; Erişim adresi: http://tchdergisi.org/index.php/tchd/article/view/1192

47. Jayaratne K. Inculcating the ergonomic culture in developing countries: national healthy schoolbag initiative in Sri Lanka. Hum Factors. Aralık 2012;54(6):908-24.
48. Online Store [İnternet]. [a.yer 22 Ocak 2025]. Erişim adresi: https://ams.aaos.org/Online-Store?productid=19866
49. Page Not Found | Scoliosis Research Society [İnternet]. [a.yer 22 Ocak 2025]. Erişim adresi: https://srs.org/turkish/patient_and_family/scoliosis/index.htm.Eris%CC%A7im
50. Rrecaj-Malaj S, Beqaj S, Krasniqi V, Qorolli M, Tufekcievski A. Outcome of 24 Weeks of Combined Schroth and Pilates Exercises on Cobb Angle, Angle of Trunk Rotation, Chest Expansion, Flexibility and Quality of Life in Adolescents with Idiopathic Scoliosis. Med Sci Monit Basic Res. 13 Nisan 2020;26:e920449.
51. Kee IK, Byun JS, Jung JK, Choi JK. The presence of altered craniocervical posture and mobility in smartphone-addicted teenagers with temporomandibular disorders. J Phys Ther Sci. Şubat 2016;28(2):339-46.
52. Güldal AD, Limnili G, Çelik M. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. The Journal of Turkish Family Physician. 25 Aralık 2019;10(4):163-72.
53. Gezergün UA, ŞahiN DB. Hastaların Bakış Açısıyla Hekim-Hasta İlişkisi ve İletişimi; Bir Eğitim Hastanesi Örneği The Relationship Between Patient and Doctor From The Viewpoint of Patient: A Sample Study of a Training Hospital. Sosyal Bilimler Dergisi.
54. Aktürk Z. Aile Hekimliğinin Kilometre Taşları.
55. Dikici M, Kartal M, Alptekin S, Cubukcu M, Ayanoğlu AS, Yariş F. Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. Turkiye Klinikleri Tip Bilimleri Dergisi [İnternet]. 2007 [a.yer 18 Ocak 2025]; Erişim adresi: https://www.semanticscholar.org/paper/Aile-Hekimli%C4%9Finde-Kavramlar%2C-G%C3%B6rev-Tan%C4%B1m%C4%B1-ve-Dikici-Kartal/cfd5d3d27310e120aa3d6d8da29e2e5bbd616e44
56. Şakiroğlu F, Çayır Y. Aile Hekimlerinin Görüşme ve İlişkisel Empati Becerisinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyine Etkisi. Turk J Fam Pract. 15 Eylül 2022;26(3):116-23.

9. EKLER

EK 1: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

HASTA BİLGİLENDİRME FORMU

Sayın katılımcı; Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi öğretim üyelerinden Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR'ın sorumluluğunda yürütülen Dr. Filiz YILDIZ'ın uzmanlık tezi olan 'adölesan skolyoz hastalarının tanı alma sürecinde birinci basamak hekimlerinin rolü' isimli bu araştırmada, çalışmaya katılmaya gönüllü, 8-18 yaş bireylerin 13 soruluk 'Veri Toplama Formu' ve 51 soruluk 'Birinci Basamak Değerlendirme Anketi' uygulanacaktır. Anketimiz yaklaşık 15 dakika sürecektir.

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi öğretim üyelerinden Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR'ın sorumluluğunda yürütülen Dr. Filiz YILDIZ'ın uzmanlık tezi olan 'adölesan idiyopatik skolyoz hastalarının tanı alma sürecinde birinci basamak hekimlerinin rolü' isimli araştırma hakkında bilgilendirildim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili bana ve SGK'ya ücret ödettirilmeyeceği ve şahsıma da bir ödeme yapılmayacağı konusunda bilgilendirildim.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı: Tarih:

Soyadı: İmza:

Olur Alma İşlemine Baştan Sona Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin:

Adı: Tarih:

Soyadı: İmza:

Araştırma yapan araştırmacının:

Adı Soyadı: Filiz YILDIZ

Adresi:Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı İnciraltı Yerleşkesi 35340 Balçova/İZMİR

"Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum."

Tarih: İmza:

EK 2: ANKET FORMU ÖRNEKLERİ

VERİ TOPLAMA FORMU

Ad- Soyad :

Yaş:

Cinsiyet: Erkek ( ) Kadın ( )

1.Skolyoz tanısını ne zaman aldınız?
2. Skolyoz tanısını koyan uzman hekimin branşı nedir? • Ortopedi ve Travmatoloji • Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon • Diğer
3.Tanıyı hangi sağlık kuruluşunda aldınız? • Aile Sağlığı Merkezi • Hastane
4.Skolyoz tanısı aldığınızda herhangi bir yakınmanız var mıydı? Cevabınız evet ise yakınmanız neydi? • Evet Hayır
5.Ailenizde başka skolyoz tanısı alan var mı? Cevabınız evet ise yakınlık dereceniz nedir? • Evet Hayır

6.Aile hekiminize ne sıklıkla başvurursunuz?

- Hiç
- Hasta oldukça
- Sık

7.Birinci basamağa hiç bel ağrısı/ sırt ağrısı şikâyeti ile başvurdunuz mu?

- Evet Hayır

8. Birinci basamakta bu şikayetlere yönelik muayene edildiniz mi?

- Evet Hayır

9.Birinci basamakta size hiç skolyoz olabileceğinizden bahsedildi mi?

- Evet Hayır

10.Birinci basamakta skolyoz olabileceğiniz için bir üst basamağa yönlendirildiniz mi?

- Evet Hayır

11.Birinci basamakta skolyoz için egzersiz önerisinde bulunuldu mu?

- Evet Hayır

12.Tanı aldıktan sonra birinci basamakta skolyoz için tedavi önerisi aldınız mı? Evet ise açıklar mısınız?

- Evet Hayır

13. Birinci basamakta skolyoz tanı-tedavi sürecinde yeterli desteği gördüğünüzü düşünüyor musunuz?

- Evet Hayır

Birinci Basamak Değerlendirme Anketi (PCAS)

The Health Institute
New England Medical Center

NOT: 51 sorudan oluşan bu ankette ☐ ile çevrelenmiş olan sorular ölçeğin puanlamasında kullanılan sorulardır.

AÇIKLAMALAR

Her bir soru için kutucuğu doldurun ya da ayrılan çizgi_____içine uygun cevabı yazın.

Cevapların doğrusu ya da yanlışı yoktur. Lütfen bütün soruları (soru atlamanız istenmedikçe) cevaplayın. Anketi bir seferde doldurmak zorunda değilsiniz, dilerseniz anketi doldururken ara verebilirsiniz.

Bazı soruları çok özel veya kişisel bulursanız soruyu atlayıp diğer soruya geçiniz. Her koşulda verdiğiniz cevapları kimse bilmeyecek gizli kalacaktır.

Sorularınız olursa bilgi almak için lütfen_____nolu telefonu arayınız.

Anketi bitirdiğinizde gerektiğinde size verilmiş olan zarfla anketi postalayınız.

Katıldığınız için teşekkür ederiz.

Düzenli olarak sizi takip eden Doktorunuzla ilgili sorular

1. Düzenli olarak sağlık hizmeti aldığınız bir doktorunuz var mı?

evet [1] ↓

hayır [2] → Diğer ankete geçiniz. Anket sorularımıza yanıt vermek istemeyenler için de yalnızca diğer anketin (sosyodemografik bilgiler) yanıtları alınacak

2. Bu doktorun ne zamandan beri sizin doktorunuz olduğunu belirtir misiniz?

6 aydan daha az	6ay-1yıl arası	1-2 yıl arası	3 – 5 yıl arası	5 yıldan çok
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

3.Bir sağlık sorununuz ya da sağlığınızla ilgili öğrenmek istediğiniz bir konu olduğunda bu doktoru mu ararsınız?

evet [1] hayır [2]

4. Bu doktor sağlık gereksinimlerinizin çoğuna yanıt verebiliyor mu?

evet [1] hayır [2]

5. Bu doktora bir sağlık sorunu nedeniyle bundan bir önceki başvurunuz ne kadar zaman önceydi?

Bir aydan daha kısa	1-3 ay	4-6 ay	7ay-1yıl	Bir yıldan daha çok
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

6. Bu doktoru ailenizin diğer üyelerine ve arkadaşlarınıza, komşularınıza tavsiye eder misiniz?

Kesinlikle evet	Muhtemelen evet	Emin değilim	Muhtemelen hayır	Kesinlikle hayır
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

Aşağıdaki sorular **düzenli olarak sağlık hizmeti aldığınız doktorla** ilgili sorulardır.

7a. **Evinizden doktorunuzun muayenehanesine ulaşmak genellikle kaç dakikanızı alır?**

[1] 15 dakikadan az
[2] 16 – 30 dakika
[3] 31- 60
[4] 60 dakikadan uzun

B. **Evinizden doktorunuzun çalıştığı yere ulaşabilme kolaylığınızı nasıl değerlendirirsiniz?**

Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

8a. **Doktorunuzun çalışma saatlerinin şu anki çalışma saatlerine ek olarak hangi zamanlarda da devam etmesini isterdiniz (birden fazla seçenek işaretlenebilir)**

[1] sabahları erkenden
[2] akşamları ve geceleri
[3] hafta sonları
[4] çalışma saatlerinden memnunum

B. **Sağlık gereksinimleriniz açısından doktorunuzun sağlık hizmeti verdiği saatleri nasıl değerlendirirsiniz**

Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

9a. **Hastalandığınızda genellikle doktorunuzdan telefonla kaç gün sonrası için muayene randevusu alabiliyorsunuz?**

(0) Telefonla randevu alamıyorum
[1] aynı gün içinde
[2] ertesi gün için
[3] 2 veya 3 gün içinde
[4] 4-5 gün içinde
[5] 5 günden daha çok

B. **Bu randevu alabilme sürenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?**

Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

10a. **Size verilen randevu saatinde doktorunuza gittiğinizde muayeneniz genelikle randevu saatinden ne kadar sonra başlıyor**
(randevu almadıysanız sağlık ocağına ulaştıktan sonra muayene için ne kadar bekliyorsunuz?)

→

[1] zamanında başlıyor
[2] beş dakikadan daha az
[3] 6-10 dakika geç
[4] 11-20 dakika geç
[5] 21-30 dakika geç
[6] 31-45 dakika
[7] 45 dakikadan daha fazla

B. **Bu bekleme süresini nasıl değerlendirirsiniz?**

→

Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

11a. **Pahalı olacağını düşündüğünüz için hiç doktora gitmeyi ertelediğiniz oldu mu?**

→

[0] hiç para ödemiyorum *(12a sorusuna geçiniz)*

evet Çoğu kez	evet bazen	hayır kesinlikle olmadı
[1]	[2]	[3]

B. **Muayene için doktora ödediğiniz parayı nasıl değerlendirirsiniz?**

→

Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

12a. **Size oldukça pahalı geldiği için için hiç ilaçlarınızı almadığınız veya tedavinizi aksattığınız oldu mu?**

→

evet çoğu kez	evet bazen	hayır kesinlikle
[1]	[2]	[3]

B **İlaç tedavisi ve önerilen diğer tedaviler için harcadığınız para miktarını(tedavi maliyetini)nasıl değerlendirirsiniz ?**

→

Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

13. **Doktorunuzu görmek veya konuşmak ihtiyacı duyduğunuzda aşağıdaki durumlara göre doktorunuzu nasıl değerlendirirdiniz?**

A. **Telefon aracılığıyla ulaşabilmek konusunda?**

Çok kötü	Kötü	Orta	Iyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

B **Bir sorununuz veya sorunuz olduğunda telefonla doktorunuzdan tıbbi öneri alabilmek konusunda**

Çok kötü	Kötü	Orta	Iyi	Çok iyi	
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

14a. **Düzenli kontrolleriniz veya Genel muayene (Çekap) için gittiğinizde kendi doktorunuzu görebiliyor musunuz ?** ➔

Her zaman	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Hemen hemen hiçbir zaman	Hiçbir zaman
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

B **Bunu nasıl değerlendirirsiniz ?** ➔

Çok kötü	Kötü	Orta	Iyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

15a. **Hastalandığınız zaman gittiğinizde kendi doktorunuza muayene olabiliyor musunuz ? (yardımcı sağlık personeli ya da yerine bakan başka bir doktoru değil)** ➔

Her zaman	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Hemen hemen hiçbir zaman	Hiçbir zaman
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

B **Bunu nasıl değerlendirirsiniz ?** ➔

Çok kötü	Kötü	Orta	Iyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

16. **Aldığınız sağlık hizmetini aşağıdaki sorulara yanıt vererek teknik yeterlilik açısından değerlendiriniz**

A. Sağlık sorununuzu tanımlayabilmek için doktorunuzun yaptığı fizik muayenenin (tam) yeterliliği

Çok kötü	Kötü	Orta	Iyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

B. sağlık sorunlarınıza doğru teşhisler koyabiliyor mu?

Her zaman	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Hemen hemen hiçbir zaman	Hiçbir zaman
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

17. **Düzenli olarak doktorunuzla konuştuğunuz zamanlarla ilgili olarak aşağıdaki durumları nasıl değerlendirirsiniz?** *(uygun kutuya X ile işaretleyiniz)*

	[1] Çok kötü	[2] Kötü	[3] Orta	[4] Iyi	[5] Çok iyi	[6] Mükemmel
A. Sikayet ve belirtilerinizle ilgili sorularının yeterliliği (tamlığı)						
B. Anlattıklarınızla ilgili dikkati						
C. Sağlık sorunlarınız ve tedavilerinizle ilgili olarak yaptığı açıklamalar						
D. Sizi daha ileri bir sağlık hizmetine (hastaneye yey uzman doktora) yönlendirdiğinde hazırladığı ve size verdiği (sevk) raporları						
E. Sağlığınızla ilgili kararlar vermek konusunda yardım ve önerileri						

18. **Doktorunuzun yanından sorularınıza yanıt alamadan ayrıldığınız olur mu?**

Her zaman	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Hemen hemen hiçbir zaman	Hiçbir zaman
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

19. **Doktorunuzdan aldığınız sağlık hizmetini aşağıda sıralanan maddelere göre kişisel olarak nasıl değerlendirsiniz ?** *(uygun kutuya X ile işaretleyiniz)*

	[1] Çok kötü	[2] Kötü	[3] Orta	[4] İyi	[5] Çok iyi	[6] Mükemmel
A. Size ayırdığı **zaman**						
B. Sorularınız ve endişelerinize karşı size gösterdiği **sabır**						
C. Size karşı olan **dostluk ve yakınlığı**						
D. İlgisi ve bakımı						
E. Size karşı **saygısı**						

20. **Doktorunuzun sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak konusunda verdiği önerileri nasıl değerlendirirsiniz ?** *(uygun kutuya X ile işaretleyiniz)*

Her şık için ayrı yanıt işaretlenecek	[1] Evet	[2] Hayır
A. Oldukça **az** öneride bulunuyor		
B. Oldukça **çok** öneride bulunuyor		

21. **Doktorunuz bugüne kadar aşağıdakilerden hangisi/hangileriyle ilgili sizinle konuştu** *(uygun kutuya X ile işaretleyiniz)*

Her şıkkı ayrı yanıtlayınız	[1] Evet üç yıl içinde	[2] Evet 3 yıldan daha uzun	[3] Evet zamanını hatırlamıyorum	[4] hayır
A. Sigara içme				
B. Alkol kullanımı				
C. Aile planlaması				
D. Beslenme (gebe,bebek beslenmesi) ve şişmanlık gibi.				
E. Egzersiz ve spor yapma				
F. Kişisel temizlik (eller, dişler vb.)				
G. Güvenli, sağlıklı cinsel ilişki				

22. **Aşağıdakilerden hangilerini onun önerilerine uyarak gerçekleştirdiniz ?** *(uygun kutuya X ile işaretleyiniz)*

(answer each line)	[1] Evet	[2] Hayır
A. Sigarayı bırakmaya çalışmak/bırakmak		
B. Alkolü bırakmaya çalışmak/bırakmak		
C. Aile planlaması yöntemi kullanmak		
D. Beslenme alışkanlıklarını değiştirmek		
E. Egzersiz ve spora başlamak		
F. Kişisel temizliğe (el yıkama, diş fırçalama) özen göstemek		
G. Güvenli cinsel ilişkide bulunmak (örneğin cinsel ilişkide gerektiğinde kılıf kullanmak gibi)		

23. **Doktorunuza olan güveninizle ilgili olarak aşağıdaki durumları değerlendirir misiniz** *(uygun kutuya X ile işaretleyiniz)*

	[1] Kesinlikle Katılıyorum	[2] Katılıyorum	[3] Emin Değilim	[4] Katılmıyorum	[5] Kesinlikle Katılmıyorum
A. Başka kimseye söyleyemeyeceğim bir şeyi doktoruma söyleyebilirim					
B. Doktorum bazen tam olarak emin olmadığı şeyleri biliyormuş gibi yapar					
C. Tıbbi bakımım konusunda doktorumun vereceği kararlara tam olarak güvenirim					
D. Doktorum benim sağlığım için gerekenleri yaparken maliyeti düşük tutmaya çok dikkat eder					
E. Sağlığımla ilgili kötü bile olsa her zaman gerçeği söyler					
F. Sağlığıma benim kadar dikkat eder					
G. Tedavimde bir hata yapılmışsa benden saklamaya çalışır					

24. **Tüm bunları dikkate aldığınızda doktorunuza olan güveninizi aşağıda yazılı rakamlara göre nasıl değerlendirirsiniz**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç güvenmiyorum — Tam olarak güveniyorum

25. **Doktorunuzun sizinle ilgili bilgisini nasıl değerlendirirsiniz** *(uygun kutuya X ile işaretleyiniz)*

	[1] Çok kötü	[2] Kötü	[3] Orta	[4] İyi	[5] Çok iyi	[6] Mükemmel
A. Tıbbi özgeçmişinizle ilgili bilgisi						
B. Evde ve işyerindeki sorumluluklarınızla ilgili bilgisi						
C. Sağlığınızla ilgili sizi en çok endişelendiren durumlarla ilgili bilgisi						
D. Bir kişi olarak inanç ve değerlerinizle ilgili bilgisi						

26. **Komaya girer ya da bilinç kaybı yaşarsam doktorum benim için tıbbi olarak ne yapılmasını isteyeceğimi bilir**

Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Emin değilim	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

27. **Doktorunuzun çalıştığı sağlık biriminde diğer doktorlar veya hemşireler sizin sağlık bakımınızda önemli bir rol üstleniyorlar mı ?**

[1] evet [2] hayır → 30. Soruya geçiniz

↓

28. **Diğer doktor ve hemşirelerin bakımınızda önemli bir rol oynadığını düşünüyorsanız aşağıdaki verilen durumları nasıl değerlendirirsiniz?** *(uygun kutuya X ile işaretleyiniz)*

	[1] Çok kötü	[2] Kötü	[3] Orta	[4] İyi	[5] Çok iyi	[6] Mükemmel
A. Bir kişi olarak inanç ve değerlerinizle ilgili bilgileri						
B. Tıbbi özgeçmişiniz ile ilgili bilgileri						
C. Onlardan aldığınız hizmetin kalitesi						
D. Sürekli doktorunuzla onların arasındaki eşgüdüm						
E. Sağlık sorunlarınız ya da tedavilerinizle ilgili gereksinim duyduğunuz açıklamalar						

29. **Düzenli doktorunuzun <u>sizin</u> diğer doktor ve hemşirelerden aldığınız sağlık hizmeti ile ilgili bilgilerinin düzeyini nasıl değerlendirirsin?**

Herşeyi biliyor	Çoğunu biliyor	Bazı şeyleri biliyor	Çok az şeyi biliyor	Hiçbir şeyi bilmiyor
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

30. **Doktorunuz size özel bir sağlık sorununuz için farklı bir doktoru önerdi mi ?**

[1] Evet

[2] Hayır → 32.soruya geçiniz

↓

31. **Bir sağlık sorununuz nedeniyle doktorunuz size farklı bir hekim önerdiğinde aşağıdaki durumları nasıl değerlendirirsiniz?**

	[1] Çok kötü	[2] Kötü	[3] Orta	[4] İyi	[5] Çok iyi	[6] Mükemmel
A. Gideceğin uzman hekimi seçmene yardımı						
B. Uzman hekimden gerekli randevuyu almana yardımı						
C. Bir uzman tarafından tedavi olurken ya da hastaneye yatırılarak tedavi edilirken doktorunun ilgisi						
D. Düzenli doktorunun seni gören diğer doktorlar ya da uzmanlarla olan iletişimi						
E. Diğer pratisyen hekim veya uzman hekimlerin sana söylediklerini anlayabilmen konusunda yardımı						
F. Sizi gönderdiği diğer doktor ve uzmanların kalitesi						

32. **Bunların hepsini dikkate aldığınızda düzenli hekiminizden memnuniyetinizi nasıl değerlendirirsiniz?**

(1) Fazlasıyla memnunum daha iyisi olamazdı.
(2)Çok memnunum.
(3)Biraz memnunum.
(4) Ne memnun ne de değilim.
(5) Biraz memnun değilim.
(6) Hiç memnun değilim
(7) Tamamen memnuniyetsizim daha kötüsü olamazdı.

EK 3: ETİK KURUL İZNİ

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2023/29-07	Tarih:20.09.2023
	Prof.Dr. Nilgün ÖZÇAKAR'ın sorumlusu olduğu **"Adölesan Skolyoz Hastalarının Tanı Alma Sürecinde Birinci Basamak Hekimlerinin Rolü"** isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın mevcut haliyle etik yönden uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Şükran Köse (Başkan Yardımcısı)	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Ahmet Okay Çağlayan	Moleküler Tıp	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Suna Asilsoy	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Özgür Er	Endodonti A.D.	Diş Hekimliği Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Hatice Şimşek Keskin	Halk Sağlığı	DEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoğlu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Gamze Tuna	Tıbbi Biyokimya	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒	

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Prof.Dr. Nilgün ÖZÇAKAR

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**
AÇIK ADRES	**Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR**
TELEFON	**0 232 412 22 54-0 232 412 22 58**
FAKS	**0 232 412 22 43**
E-POSTA	**goaek@deu.edu.tr**

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	8175-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☒ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☐ DOKTORA ☐	
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**Adölesan Skolyoz Hastalarının Tanı Alma Sürecinde Birinci Basamak Hekimlerinin Rolü**	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr. Nilgün ÖZÇAKAR Aile Hekimliği A.D.	
	TEZ SAHİBİNİ ADI SOYADI	Filiz Yıldız	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ☐

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐